

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KALÇA PROTEZİ UYGULANMIŞ OLAN HASTALARIN
EVDE TELEFONLA İZLENMESİNİN İYİLEŞMEYE ETKİSİ

Doktora Tezi

Özlem BİLİK

DANIŞMAN

Prof. Dr. Alev DRAMALI

İZMİR

2006

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KALÇA PROTEZİ UYGULANMIŞ OLAN HASTALARIN
EVDE TELEFONLA İZLENMESİNİN İYİLEŞMEYE ETKİSİ

Cerrahi Hastaları Hemşireliği Anabilim Dalı

Doktora Tezi

Özlem BİLİK

DANIŞMAN

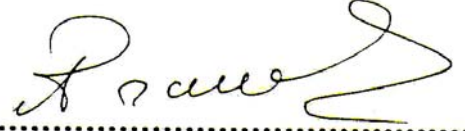
Prof. Dr. Alev DRAMALI

İZMİR

2006

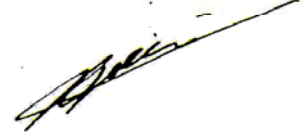
DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Başkan : Prof. Dr. Alev DRAMALI

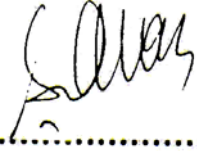


(Danışman)

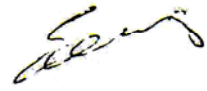
Üye: Prof. Dr. Halit ÖZYALÇIN



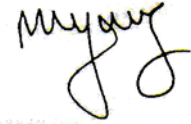
Üye: Prof. Dr. Şükrü ARAC



Üye: Prof. Dr. Mustafa YILMAZ



Üye: Yard. Doç. Dr. Meryem YAVUZ



Doktora tezinin kabul edildiği tarih: ...16-01-2006...

ÖNSÖZ

Araştırma konusunun seçilmesi ve yürütülmesinde her türlü desteği veren ve yardımlarını esirgemeyen çok değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Alev DRAMALI'ya,

Bilgileri ve önerileri ile katkıda bulunan değerli hocalarım Sayın Yard. Doç. Dr. Aklime DİCLE ve Sayın Yard. Doç. Dr. Meryem YAVUZ'a,

Deneyimlerini ve bilgilerini paylaşarak katkıda bulunan Sayın Yard. Doç. Dr. Merdiye ŞENDİR'e,

Araştırmanın uygulanmasına olanak sağlayan Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'ne ve Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı'na,

Araştırmaya katılan tüm hastalara,

Manevi desteklerini ve sevgilerini hiçbir zaman esirgemeyen ve her zaman yanımda olan annem Ayşe BİLİK, babam Hikmet BİLİK ve sevgili kardeşim Ender BİLİK'e sonsuz teşekkürler.

Özlem BİLİK

İZMİR 2006

İÇİNDEKİLER

| | |
|----------------------|----|
| İÇİNDEKİLER..... | II |
| TABLolar DİZİNİ..... | |
| ŞEKİLLER DİZİNİ..... | |

BÖLÜM I

| | |
|---|----|
| GİRİŞ | |
| 1.1. ARAŞTIRMANIN AMA..... | 3 |
| 1.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ..... | 3 |
| 1.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ..... | 3 |
| 1.4. TANIMLAR..... | 5 |
| 1.5. SINIRLAMALAR..... | 6 |
| 1.6. GENEL BİLGİLER..... | 7 |
| 1.6.1. KALÇA PROTEZİ UYGULANAN BİREYLERDE ÖZBAKIMIN ÖNEMİ..... | 7 |
| 1.6.2. TELETIP VE TELEFON İLE HEMŞİRELİK İZLEMİ..... | 8 |
| 1.6.2.1. TELETIP..... | 8 |
| 1.6.2.2. TELEFON İLE HEMŞİRELİK İZLEMİ..... | 12 |
| 1.6.2.2.1. TELETIP VE TELEFON İLE HEMŞİRELİK İZLEMİNİN AVANTAJ VE DEZAVANTAJLARI.... | 15 |
| 1.6.3. HEMŞİRELİK BAKIMINDA TELEFON İLE HEMŞİRELİK İZLEMİNİN ÖNEMİ | 19 |
| 1.6.4. KALÇA PROTEZİ AMELİYATI..... | 25 |
| 1.6.4.1. KALÇA PROTEZİ ENDİKASYONLARI..... | 27 |
| 1.6.4.2. KALÇA PROTEZİNDE CERRAHİ YAKLAŞIMLAR ... | 29 |
| 1.6.4.3. KALÇA PROTEZİ AMELİYATININ KOMPLİKASYONLARI..... | 31 |
| 1.6.4.4. KALÇA PROTEZİ AMELİYATININ MALİYETİ..... | 38 |
| 1.6.4.5. FEMU KIRIKLARI..... | 40 |
| 1.6.4.5.1. FEMUR KIRIĞI İNSİDANSI VE RİSK FAKTÖRLERİ..... | 40 |
| 1.6.4.6. KALÇA PROTEZİ AMELİYAT SONUÇLARI | 47 |

| | |
|---|----|
| 1.6.4.6.1. KALÇA PROTEZİ AMELİYATININ AĞRI, FONKSİYONEL DURUM VE YAŞAM KALİTESİNE OLAN ETKİSİ | 47 |
| 1.6.5. KALÇA PROTEZİ UYGULANAN HASTANIN HEMŞİRELİK BAKIMI..... | 51 |
| 1.6.5.1. AMELİYAT ÖNCESİ DÖNEM..... | 51 |
| 1.6.5.2. AMELİYAT SONRASI DÖNEM..... | 59 |
| 1.6.7. KALÇA PROTEZİ UYGULANAN BİREYİN TABURCULUK EĞİTİMİ..... | 63 |

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

| | |
|---|----|
| 2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ..... | 73 |
| 2.2. KULLANILAN GEREÇLER..... | 73 |
| 2.3. KULLANILAN YÖNTEM..... | 81 |
| 2.4. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI | 84 |
| 2.5. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ..... | 85 |
| 2.6. VERİLERİN TOPLANMASI VE SÜRESİ | 86 |
| 2.7. VERİLERİN ANALİZİ..... | 88 |
| 2. 8. SÜRE VE OLANAKLAR..... | 89 |
| 2.9. ARAŞTIRMA ETİĞİ..... | 90 |

BÖLÜM III

BULGULAR

| | |
|---|-----|
| 3.1. BİREYLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ | 91 |
| 3.2. BİREYLERİN HASTALIK ÖZELLİKLERİ..... | 94 |
| 3.3. BİREYLERİN FONKSİYONEL DEĞERLENDİRME BULGULARI..... | 102 |
| 3.4. BİREYLERİN KALÇA DEĞERLENDİRME BULGULARI..... | 105 |
| 3.5. OLGU GRUBUNDAKİ BİREYLERİN TABURCULUK SONRASI TELEFON İLE EVDE İZLEM BULGULARI İLE OLGU VE KONTROL GRUBUNDAKİ BİREYLERİN AMELİYAT SONRASI ÜÇÜNCÜ AYDA SONUÇ KRİTERLERİNE ULAŞMA DURUMLARI..... | 108 |

| | |
|--|-----|
| 3.6. OLGU VE KONTROL GRUBUNDAKİ BİREYLERİN | |
| TABURCULUK SONRASI TELEFON İLE İZLEM YAPILMASI | |
| KONUSUNDAKİ GÖRÜŞLERİ..... | 148 |
| 3.7. ARAŞTIRMACIDAN TELEFON İLE DANIŞMANLIK İSTENEN | |
| KONULAR | 148 |

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

| | |
|--|------------|
| 4.1. BİREYLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ | 155 |
| 4.2. BİREYLERİN HASTALIK ÖZELLİKLERİ..... | 160 |
| 4.3. BİREYLERİN FONKSİYONEL DEĞERLENDİRME | |
| BULGULARI..... | 172 |
| 4.4. BİREYLERİN KALÇA DEĞERLENDİRME BULGULARI..... | 181 |
| 4.5. OLGU GRUBUNDAKİ BİREYLERİN TABURCULUK SONRASI | |
| TELEFON İLE EVDE İZLEM BULGULARI İLE OLGU VE | |
| KONTROL GRUBUNDAKİ BİREYLERİN AMELİYAT SONRASI | |
| ÜÇÜNCÜ AYDA SONUÇ KRİTERLERİNE ULAŞMA | |
| DURUMLARI..... | 189 |
| 4.6. OLGU VE KONTROL GRUBUNDAKİ BİREYLERİN | |
| TABURCULUK SONRASI TELEFON İLE İZLEM YAPILMASI | |
| KONUSUNDAKİ GÖRÜŞLERİ..... | 221 |
| 4.7. ARAŞTIRMACIDAN TELEFON İLE DANIŞMANLIK İSTENEN | |
| KONULAR | 222 |

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

| | |
|---------------------------|------------|
| 5.1. SONUÇLAR..... | 224 |
| 5.2. ÖNERİLER..... | 238 |

BÖLÜM VI

| | |
|------------------|------------|
| ÖZET..... | 239 |
|------------------|------------|

| | |
|----------------------|------------|
| ABSTRACT..... | 241 |
|----------------------|------------|

| | |
|-----------------------|------------|
| KAYNAKLAR..... | 243 |
|-----------------------|------------|

EKLER

TABLolar DİZİNİ

| | |
|--|-----|
| Tablo 1: Olguların Bireysel ve Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı..... | 91 |
| Tablo 2: Olguların Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerinin Dağılımı | 94 |
| Tablo 3: Olguların Fonksiyonel Değerlendirme Bulgularının Dağılımı | 102 |
| Tablo 4: Olguların Fonksiyonel Değerlendirme Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı..... | 104 |
| Tablo 5: Olguların Kalça Değerlendirme Bulgularının Dağılımı | 105 |
| Tablo 6: Olguların Kalça Değerlendirme Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı. | 107 |
| Tablo 7. Olgu Grubundaki Bireylerin Taburculuk Sonrası İlk Üç Aydaki Ağrı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması | 110 |
| Tablo 8. Olgu Grubundaki Bireylerin Taburculuk Sonrası İlk Üç Aydaki Evde Yürürken Ağrı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması | 112 |
| Tablo 9. Olgu Grubundaki Bireylerin Taburculuk Sonrası İlk Üç Aydaki Yatak ya da Sandalyeden Kalkarken Ağrı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması | 115 |
| Tablo 10. Olgu Grubundaki Bireylerin Taburculuk Sonrası İlk Üç Aydaki Merdiven Çıkarken Zorlanma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 117 |
| Tablo 11. Olgu Grubundaki Bireylerin Taburculuk Sonrası İlk Üç Aydaki Ev İşlerinde Zorlanma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması | 120 |
| Tablo 12. Olgu Grubundaki Bireylerin Taburculuk Sonrası İlk Üç Aydaki Giyinirken Zorluk Yaşama Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması | 122 |
| Tablo 13. Olgu Grubundaki Bireylerin Taburculuk Sonrası İlk Üç Aydaki Tuvaletini Yaparken Zorlanma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması | 124 |
| Tablo 14. Olgu Grubundaki Bireylerin Taburculuk Sonrası İlk Üç Aydaki Kişisel Hijyende Zorlanma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 126 |
| Tablo 15. Olgu Grubundaki Bireylerin Taburculuk Sonrası İlk Üç Aydaki Ulaşımında Zorlanma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması | 130 |

| | |
|--|-----|
| Tablo 16. Olgu Grubundaki Bireylerin Taburculuk Sonrası İlk Üç Aydaki Alışverişte Zorlanma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması | 132 |
| Tablo 17. Olgu Grubundaki Bireylerin Taburculuk Sonrası İlk Üç Aydaki Yara Yerinde Ağrı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması | 136 |
| Tablo 18. Olgu Grubundaki Bireylerin Taburculuk Sonrası İlk Üç Aydaki His Kaybı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması | 139 |
| Tablo 19. Olgu Grubundaki Bireylerin Taburculuk Sonrası İlk Üç Aydaki Bacakta Şişlik Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması | 141 |
| Tablo 20. Olgu Grubundaki Bireylerin Taburculuk Sonrası İlk Üç Aydaki Bacakta Şişlik ve Ödem Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması | 145 |
| Tablo 21. Olgu Grubundaki Bireylerin Taburculuk Sonrası İlk Üç Aydaki Bacakta Ani Ağrı/Hassasiyet Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması | 147 |
| Tablo 22: Olguların Ameliyattan Üç Ay Sonra Sonuç Kriterlerine Ulaşma Bulgularının Dağılımı | 153 |

ŞEKİLLER DİZİNİ

| | |
|--|----|
| Şekil 1: Normal Kalça Eklemi ve Kalça Protezi..... | 25 |
| Şekil 2: Total Kalça Protezi..... | 25 |
| Şekil 3: Parsiyel Kalça Protezi..... | 26 |

BÖLÜM I

GİRİŞ

Hızla değişim gösteren günümüzün sağlık bakım hizmetinde hemşireler önemli rol oynamaktadır. Hemşirelerin verdiği bakımın kalitesinin göstergelerinden biri bakımdaki sürekliliğin devamlı olmasıdır. Bu süreklilik hastanın taburculuk sonrası evde izlenmesi ile sağlanacaktır. Bu nedenle bireylerin iyileşme süreçlerini değerlendirmek için telefon aracılığı ile yapılan hasta izleminin önemi gün geçtikçe artmaktadır.

Öz bakım kavramında bireylerin sağlık ve iyiliklerini koruması önemli olup, iyileşme sorumluluğunu almalarında kendi öz bakım gereksinimlerini karşılamalarının sürekli olması gerekmektedir (19, 55, 190). Kalça protezi uygulanan bireylerin evde kendi bakımlarını yönetebilmeleri ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmeleri ameliyata bağlı olası komplikasyonların önlenmesi, erken tanınması ve yönetilebilmesi açısından önemlidir.

Kalça protezi ameliyatları bireylerin sağlık durumunu geliştiren ve yaşam kalitesini arttıran ameliyatlardır olmasının yanı sıra, maliyeti, mortalite ve morbidite oranı yüksek olan ameliyatlardır (5, 15, 31, 36, 37, 60, 72, 92, 93, 100, 103, 109, 143, 147, 150, 173, 177, 180, 185). Genellikle kalça eklemde görülen ciddi ağrı ve hareket kısıtlanmasına neden olan durumlarda ve daha çok kadınlarda ve yaşlılarda uygulanan kalça protezi ameliyatlarının uygulanma oranları ülkelere göre farklılık göstermektedir (15, 31, 51, 74, 76, 77, 95, 146, 152, 153, 166, 179, 210). Ülkemizde uygulanan kalça protezi ameliyatlarına ilişkin Devlet İstatistik Enstitüsü ve Sağlık Bakanlığı istatistiklerinde yazılı bir bilgiye ulaşılamamıştır (39, 168). Kalça protezi ameliyatları kemiğin dejeneratif hastalıklarından sonra en sık olarak femur kırıkları

nedeniyle uygulanmaktadır (74, 210). Kalça eklemine görülen kırıklar menopoza sonrası dönemde ve osteoporoz varlığında artış göstermektedir (38, 179, 186, 210). Günümüzde erkeklerin yaşam süreleri uzadığı için kırık insidansındaki artış yüzdesinin erkeklerde daha fazla olacağı bildirilmiştir (16, 74).

Kalça protezi ameliyatları özellikle yaşlılarda düşme nedeniyle oluşan femur kırıklarında en iyi tedavi seçeneği olmakla birlikte, erken ve geç komplikasyonlara neden olarak, hastaların bağımlılık düzeylerini arttırmakta, hatta kalıcı sakatlıklara neden olabilmektedir (17, 22, 29). Bu komplikasyonların etkili bir şekilde yönetilmesi için hemşirenin hastayı taburculuk için eğitmesi ve evde hastayı izlemesi önem kazanmaktadır. Ülkemizin sağlık sistemi koşullarında birey ve ailenin taburculuk sonrası danışmanlık almasında, evde bakım ve izleminin sağlanmasında yürütülen bir sistem bulunmaması büyük bir boşluk yaratmaktadır. Birey ve ailenin bakımı, danışmanlık alması, kontrol amacıyla polikliniklere, acil servislere başvurusu ile giderilmektedir. Bu nedenle, toplumumuzun bakım sürekliliğinin sağlanmasında kolay, ulaşılabilir, maliyeti düşük olan bu sistemin yapılandırılması, toplum sağlığı hizmetleriyle bütünleştirilmesine gereksinim açıktır. Hemşirelik bakımına yansıyan hasta sonuçlarının izlenmesi, hasta bakım standartlarının geliştirilmesine ve hizmet sistemlerinde değişim yaratılmasına katkı sağlayacaktır. Hemşirelik bakım kalitesinin gelişmesiyle hastane kalitesi gelişecek ve hastaların memnuniyeti artacaktır (42). Bunun için telefon aracılığı ile yapılan hasta izlemi etkin bir araç olarak kullanılabilir. Hemşirelik bakımının göstergelerinden birisi olan bu aracın geliştirilmesinden de hemşireler sorumludur. Bu konudaki kanıta dayalı rehberlerden yararlanılarak ve kültürel özelliklerimize uyumlandırılarak yapılan çalışma sonuçları, telefon aracılığı ile hasta izleminin ve danışmanlığın sağlık politikalarında yer almasına yol gösterici olacaktır.

1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmada, kalça protezi uygulanmış olan hastaların telefon görüşmesi yolu ile izlem sürekliliğinin sağlanmasının bireylerin ameliyat sonrası bakım sonuçlarına etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

1.2. HİPOTEZLER

H₀: Kalça protezi uygulanan bireylere telefon görüşmesi ile evde uygulanan hemşirelik bakımı iyileşmelerinde fark yaratmamaktadır.

H₁: Kalça protezi uygulanan bireylere telefon görüşmesi ile evde uygulanan hemşirelik bakımı iyileşmelerinde fark yaratmaktadır.

1.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Uluslararası ve ulusal belgelerde, sağlık sistemindeki sorunların çözümünde kilit personel olarak tanımlanan hemşirelerin varlıklarını gösterebilmesi için verdikleri hizmette değişim yapmaları zorunludur. Sağlık hizmetlerinde maliyetin artması nedeniyle, sağlık sektörü maliyet etkili uygulamalara yönelmektedir. Sağlık hizmetlerinde teknoloji kullanımında artış, bilgi teknolojilerindeki hızlı gelişme, evde bakım talebinde, kronik hasta sayısında ve yaşlı nüfusta artış gibi değişiklikler dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık sistemini ve onun önemli bir insan gücü unsuru olan hemşirelik hizmetlerini etkilemektedir (103). Hemşireler uyguladıkları bakımın kalitesini geliştirmek için, gelişen bilgi teknolojisini izlemek ve uygulamada kullanmak durumundadır. Bakım kalitesinin artırılmasında hastanın bakım sürekliliği önemli olup, telefon ile yapılan hasta izlemi bu sürekliliği sağlayacak uygulaması kolay; maliyeti düşük, hasta memnuniyetini arttıran; hastaneye yatışları, acil servise ya da hekim muayenehanelerine başvuruyu azaltan; sağlık bakım

kaynaklarının etkin kullanılmasını sağlayan, hemşire-hasta-hastane iletişimini geliştiren, hasta eğitiminde ve performans değerlendirilmesinde kullanılabilen bir yöntemdir (85, 90, 108, 110, 109, 161, 204).

Kalça protezi ameliyatları, ameliyat sonrası dönemde bireylerin uzunca bir süre fonksiyon kaybı nedeniyle fiziksel yetersizliğe ve ağrı oluşmasına, öz bakım gereksinimlerini ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorluklara, düşme korkusu nedeniyle sosyal izolasyona ve depresyon gibi psikolojik problemlerin gelişimine neden olabilmektedir. Tüm bunlar hastayı daha bağımlı duruma getirmekte ve bireylerin yaşam kalitesi azalabilmektedir. Bu problemler yaşlı bireyler sözkonusu olduğunda daha da yoğun yaşanmaktadır (18, 22, 147, 175). Bunun yanı sıra ameliyatın dislokasyon ve enfeksiyon gibi komplikasyonlara neden olması ve maliyetinin yüksek olması dezavantaj oluşturan yönlerindedir (119, 150). Ameliyat komplikasyonları erken ve geç dönemde ortaya çıkabilmektedir (22, 29).

Dünya ve ülkemiz nüfusunda yaşlı oranının artması ile birlikte, kalça eklemünde görülen kırıkların hem kadınlarda hem de erkeklerde önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkacağı açıktır. Ülkemizde hemşirelerin kalça protezi uygulanan hastalara taburculuk sonrası dönemde heşirelerin telefon ile izlem yaptıkları araştırma örneklerine rastlanmamıştır. Dünyada ise, kalça kırığı sonrası bireylerin sağlığı nasıl algıladıklarını değerlendirmede ve kalça protezi uygulanan kişilerin yaşam kalitelerini ölçmede telefonun kullanılmasının yararlı olduğu çalışmalarla gösterilmiştir (33, 126). Kalça protezi uygulanan hastaların sonuçlarını telefon ile izleme açısından bu çalışmaların da sınırlı sayıda olduğu görülmektedir.

Bu nedenlerden dolayı kalça protezi ameliyatından sonra taburculuk sonrası hasta izleminin önemli olduğu ve telefon izlemi ile hastalara yardımcı olunacağı düşünülmektedir.

1.4.TANIMLAR

Telefon aracılığı ile yapılan hemşirelik izlemi: Tedavi edici hemşire-hasta ilişkisine dayanan ve hemşirenin uzakta bulunan hastanın hemşirelik izlemine sağlamak için telefon kullanmayı gerektiren hemşirelik aktivitesidir (72, 73).

Kalça protezi ameliyatı (Artroplasti): Eklemlerde sonradan ortaya çıkan ve çeşitli hastalıklarla oluşan ağrı, hareket kısıtlılığı, yürüyememe gibi ciddi sorunlara yol açan durumlarda, eklemlere yapay bir takım protezler yerleştirilmesi işlemidir. Bu ameliyat ile protez kullanılarak femur başı ve asetebulum değiştirilmektedir. Femur başı ya da asetebulumun değiştirilmesine hemiartroplasti, hem femur başının hem de asetebulumun değiştirilmesine total artroplasti denir (17, 48, 171) .

Öz Bakım: Bireylerin kişisel olarak yaşamlarını, sağlık ve iyiliklerini korumak için kendilerine düşeni yapmalarıdır (9, 19, 55, 65, 93, 112, 125, 143, 184, 190, 198).

İyileşme: Bireyin öz-bakım gereksinimleri ile bunları karşılayabilmesi arasındaki denge durumunun sürekli oluşudur (19, 55, 65, 93, 112, 125, 143, 190, 198).

Sonuç: Hemşirelik bakımı veya başarısının etkilerinin tanımlanmasını ifade eden, ölçülebilir göstergeler, gözlenebilir davranışlardır. Hizmetin son ürünleridir ve süreç standartlarının gelişimini açıkça belirlemelidir. (2, 166).

Sonuç (Outcome) Kriterleri: Sağlık hizmetini alan bireyin, davranış veya sağlık durumundaki ölçülebilir değişikliklerdir (166).

Hasta eğitimi: Hasta eğitimi; kişiye yaşamını nasıl daha uzun ve sağlıklı geçirebileceği, fiziksel ve ruhsal sağlığını en üst düzeyde nasıl tutacağını öğrenmesine yardım sürecidir. Hasta eğitiminin önemli bir bölümünü oluşturan taburculuk eğitimi, hasta kliniğe kabul edildiği andan başlamalıdır (53).

Danışmanlık: Danışmanlık, başvuranın karar vermesi ya da sorununu çözmesi için danışanın karşılıklı konuşma yoluyla durum, olay ve bağlantıları tanımlayarak ve açıklama yaparak başvurana yardım etme sürecidir (93, 195).

1.5. SINIRLAMALAR

Bilişsel yeterliliği bozulan, ruh sağlığı yerinde olmayan, psikiyatrik hikayesi olan, okuma yazma bilmeyen, iletişim kurma problemi olan, görme ve işitme kaybı olan, 18 yaşından küçük, revizyon ameliyatı olan ve araştırmaya katılmayı reddeden hastalar araştırma kapsamı dışında tutulmuştur. Başlangıçta araştırmaya katılmayı kabul edip sonradan araştırmadan çekilmek isteyen ve araştırmanın başlangıcında araştırma kriterlerine uygun olup daha sonra araştırma kriterlerine uymayan (ruh sağlığının bozulması, görme, işitme ve bilişsel yetilerinin bozulması vb.) hastaların yanı sıra telefon numarası değişiminin araştırmacıya bildirilmemesi halinde denek kaybının olması araştırmanın sınırlılığı olarak kabul edilmiştir.

Araştırma süresince 25 hastaya kalça protezi revizyonu, 20 hastaya açık redüksiyon ve internal fiksasyon ameliyatı uygulandığı için, 14 hastada Alzheimer tanısı olduğu için, 22 hastada konuşma, işitme ve kooperasyon yetisinde bozukluk olduğu için, 7 hasta araştırmaya katılmayı reddettiği için, 3 hasta başka bir hastaneye sevk edildiği için, 1 hasta Alman olduğu ve dil problemi olduğu için, 1 hasta ameliyattan vazgeçtiği için ve 1 hastanın da ameliyatı birkaç ay sonraya ertelendiği için toplam 94 hastanın araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır. Yüksek sayıdaki bu sınırlılık araştırma süresinin belirlenen tarihten itibaren 2 ay uzamasına neden olmuştur. Araştırmanın verileri 18 Mayıs 2004-24 Aralık 2004 tarihleri arasında toplanmış, araştırmanın örneklemini oluşturan 88 deneğin üç ay izlem zorunluluğu olduğu için veri toplama aşaması Mart 2005 sonuna kadar devam etmiştir.

1.6. GENEL BİLGİLER

1.6.1. KALÇA PROTEZİ UYGULANAN BİREYLERDE ÖZ BAKIMIN ÖNEMİ

Kalça protezi ameliyatları özellikle yaşlılarda uzun süreli sınırlamalara ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olduğundan, ameliyat sonrası bireylerin iyileşme süreçlerinin geliştirilmesi için özbakım gereksinimlerini karşılayabilecek duruma gelmeleri önemlidir (18, 22, 29, 119, 147, 150, 175). Özbakım bireylerin kişisel olarak yaşamlarını, sağlık ve iyiliklerini korumak için kendilerine düşeni yapmalarıdır. İyileşme ise, bireyin öz-bakım gereksinimleri ile bunları karşılayabilmesi arasındaki denge durumunun sürekli oluşudur (9,19, 55, 65, 93, 112, 125, 143, 184, 190, 198). Kalça protezi ameliyatlarından sonra bireylerin fiziksel sınırlılık ve düşme korkusu nedeniyle özbakım gereksinimlerini yerine getirmekten kaçındıkları ve sosyal izolasyon yaşadıkları, dolayısıyla taburculuk sonrası ameliyata bağlı komplikasyonların geliştiği bilinen bir gerçektir. Tüm bunlar ameliyat sonrası bireylerin iyileşme süreçlerini olumsuz etkilemektedir (18, 22, 119, 147, 150, 175).

Kalça protezi ameliyatı sonrası bireylerin evde kendini yönetebilecek duruma gelmelerinden sorumlu olan hemşiredir. Hastanın uyması gereken sınırlılıklar ve bakıma katılım konusunda hemşire eğitim ve danışmanlık yapar. Böylece bireyler kendi sağlıkları konusunda yapmaları gerekenlerin farkında olarak bireysel sorumluluğunu alır ve kendi bakımlarına katılır.

Günümüz sağlık sistemi içinde ameliyat sonrası evde bakım yönetimine ilişkin hastaların durumu konusunda ortopedi hemşirelerinin yeterince bilgi sahibi olmadıkları bilinen bir gerçektir. Çalışma koşulları gereği taburculuk sonrası hastayı sürekli izleme olanakları bulunmamaktadır. Hemşire yerine getirmesi gereken gözlem ve danışmanlık hizmetlerini telefon aracılığı ile yerine getirebilir.

1.6.2. TELETIP VE TELEFON İLE HEMŞİRELİK İZLEMİ

1.6.2. 1. TELETIP

Teletıp terimi 1970'lerde kullanıma girmiştir. Bu terim tıpta iletişim ve bilişim teknolojilerinin kullanılarak geleneksel ve yüzyüze iletişimin olduğu veya hasta ve hekimin karşı karşıya geldiği sağlık hizmeti sunumunun yerine, yüzyüze olmadan veya hasta ve hekim karşı karşıya gelmeden uzak yerlerde tıp hizmetinin sağlanması anlamına gelir. Başka bir deyişle teletıp "Sağlık hizmetlerinin uzak iletişim sistemleri ile sağlanması"dır (187). Sonuçta teknoloji aracılığı ile yapılan hasta izleminde, sağlık çalışanlarının profesyonel sorumluluklarını yerine getirirken birey ve onların aileleri veya diğer sağlık profesyonelleri ile iletişim ağları oluşturarak elektronik ortamı kullanmaları söz konusudur (73). Bu şekilde sağlanan dijital hareketlilik; hasta kayıtları, hastane maliyet kayıtları, hekimin yaptığı işlem kodları, ilaç kayıtları ve diğer maddi, yönetsel ve elektronik ortamdaki klinik veriler etrafında hızla dönmesidir (7).

Günümüzde teletıp terimi kullanılan bütün teknolojileri, ağ yapılarını ve bakım hizmetlerini de içerecek şekilde **tele-sağlık** veya **e-sağlık** terimine doğru genişlemektedir. Telesağlık veya e-sağlık; mevcut enformasyon ve iletişim teknolojilerinin, özellikle de internetin sağlık hizmetini iyileştirmek veya ulaşılabilirliğini arttırmak için kullanılmasıdır (28, 187). Teknoloji ağları, sağlık bakım sisteminde yer alan profesyonellerin bu bilgiye kolay ve hızlı bir şekilde ulaşmalarını sağlamaktadır. Bu hızlı iletişim ağı içinde bilgisayar, telefon, faks, posta vb. kullanılmaktadır (7).

Kapsamı oldukça geniş olan teletıp uygulamalarının bazı ortak yönleri bulunmaktadır. Bunlar;

1. Eylemin içinde tıp ve sağlıkla ilgili öğeler bulunmaktadır.

2. Bilişim ve iletişim teknolojileri kullanılmaktadır.

3. Hizmet, eğitim veya yönetimi daha nitelikli veya ekonomik olarak gerçekleştirmeyi amaçlamaktadır

4. İşleme katılan taraflardan en az biri farklı bir yerdedir (187).

Teletıp kavramı içinde yer alan çeşitli uygulamaların kullanıldığı birçok çalışma bulunmaktadır. Bu uygulamalar özellikle evde bakım hizmetlerinde, yaşlı ve sakatların bakımında, hasta izleminde, danışmanlıkta, ilaç yan etkilerini izlemede ve yardım etmede, patolojik çalışmalarda, kadın sağlığında, olağandışı durumlarda, hastalara randevuların hatırlatılmasında, uzakta olan kardiyolojik hastaların izleminde, bireylerin tanınmasında ve veri toplama aracı olarak kullanılmaktadır (7, 13, 20, 24, 25, 28, 75, 100, 113, 114, 118, 124, 136, 157, 165, 178, 191).

Teletıp hizmetlerinde telefon; akut ve kronik hasta izlemi, danışmanlık, izlem ve eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi, taburculuk eğitiminin etkinliğinin değerlendirilmesi, sağlık bakımı ve eğitime katılımın artırılması, hastane ve ev arasında duygusal bağın oluşturulması, bakım kalitesi ve performansın değerlendirilmesi ile verilen hizmetin iyileştirilmesi amacıyla kullanılmaktadır (24, 72, 73, 75, 204).

Teletıp hizmetleri ile hasta izleminin yapıldığı çalışmalar incelendiğinde olumlu sonuçlar elde edildiği görülmektedir. Balch ve Tichenor (1997) topluma teletıp ağı ile sağlık hizmetlerinin birçok alanda uygulandığını, bu uygulamanın mevcut geleneksel tıp bilgisine göre daha etkili olacağına inandıklarını belirtmiştir (7). Rogers ve arkadaşları (2001) teleiletişim ile sağlık hizmeti sunarak esansiyel hipertansiyonu olan hastaların arteriyel basıncının azalmasında etkili olduklarını bildirmişlerdir (165). Bendekovits (2002) evde bakım ortamında elektronik izlemin hasta sonuçlarını geliştirme ve kaynakları doğru kullanma açısından etkin bir yöntem

olduğunu belirtmiştir (13). Teletıp hemşiresi tarafından yürütülen Evde İnteraktif Sağlık Bakım Programı, yaşlılara ve sakatlara sağlık bakımı vermek için kullanılmıştır (118). Başka bir çalışmada, kalp yetmezliği olan hastaların taburculuk sonrası izleminde telefon bir araç olarak kullanılmış, telefon ile arama sıklığı hastaların gereksinimine göre planlanmıştır (75). Akciğer transplant alıcılarının evde izleminin yapıldığı bir çalışmada, elektronik günlüklerin hastaların klinik problemlerini erken dönemde saptamada etkili olduğu saptanmıştır (134). Car ve Shcikh (2003) telefonu topluma danışmanlık yapmada kullanmışlar, Mayoır (2003) toplum sağlığı hizmetlerinde telefon hattının ilaç yan etkilerini izleme ve bireylere bu konuda yardım etmede etkin olduğunu belirtmişlerdir (24, 124). Olağan dışı durumlarda hastalara ulaşmak, tıbbi bakım hizmetlerinin entegrasyonunu yapmak, bakım verenlerin güvenliğini sağlamak, olaylara hakim olmak, kaynakları etkin yönetmek ve bilgi desteği oluşturmak açısından telekomünikasyon hizmetlerinin oldukça önemli olduğu, olağan dışı durumlarda kablosuz internet gibi teknoloji hizmetlerinin etkin bir şekilde kullanılabileceği bildirilmiştir (25). Lee ve McCormick'in çalışmasında (2003), telefon yolu ile yapılan endoskopi randevusunu hatırlatma sonrası hastaların endoskopiye önemsememe oranı %23.00'ten %5.70'ye düşürülmüştür (113).

Teletıp hizmetlerinde telefonun ve bilgisayarın veri toplama aracı olarak etkin bir şekilde kullanıldığı belirtilmiştir (136, 157, 178, 191). Naleway ve arkadaşları (2003), bireylerde atopik dermatit veya egzama olup olmadığını belirlemek, Thomson ve arkadaşları (2003) meme kanseri olan kadınların yeme alışkanlıklarını değerlendirmek, Sorenson (2003) eve olan saldırıları önleme programına ücret ödeme konusunda toplumun istekliliğini değerlendirmek için telefonu veri toplama aracı olarak kullanmışlardır (136, 178, 191). Powe ve Finnie (2003) kanser fatalizmi

olarak tanımlanan “Kanser başladığında ölüm kaçınılmazdır” inancı konusunda görüşleri belirlemek için bilgisayar veri tabanını veri toplama aracı olarak kullanmışlardır (157).

Hizmeti almak için daha az beklmeleri ve hizmete kolay ulaşmaları, sağlık çalışanları ile daha sık temasa geçmeleri ve destek aldıklarını hissetmelerinden dolayı teletıp uygulamaları hastalar tarafından da tercih edilmektedir (4, 24, 83, 88, 203).

Hemşireler teletıp hizmetleri içinde sorumluluklarını başarılı bir şekilde yerine getirmekte ve en az hekimler kadar başarılı olmaktadır. Telefon ile öneri verme şeklinde yapılan bir çalışmada önerilerin uygunluğu konusunda doktor ve hemşire arasında fark olmadığı saptanmıştır (4). Yaşlı ve sakatlığı olan bireylerin evde bakım hizmetlerinin yürütülmesine aktif bir şekilde katılan hemşireler, interaktif video ve işitsel cihazları kullanarak kronik hastalığı olan bireylerin izlemini yapmışlardır. Kan alma, yara yeri bakımını yapma ve pansuman değiştirme gibi durumlarda teletıp hemşiresi bireyleri ziyaret etmiş veya evde sağlık bakımı veren hemşireye ileterek onun yapmasını sağlamıştır. Bu programda yer alan hemşireler zamanlarının çoğunu eğitim yapmaya, malzeme sağlamaya ve hasta tanılamaya ayırmışlardır (118).

Teletibbin olumlu yönlerinin yanısıra etkin olmadığı bazı çalışmalar da bulunmaktadır. Choreyko ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmada telepatoloji ve ışık mikroskobu karşılaştırılmış; okuma zamanının telepatolojide daha kısa olmasına rağmen, ışık mikroskobunda yapılan tanılamının daha doğru olduğu ve daha kısa zamanda tanılama yapıldığı saptanmıştır (28). Andrews, Armstrong ve Fraser (2002) tarafından yapılan pediatrik acilde telefon önerilerinin sunulduğu bir çalışmada, ailelerin bu uygulamayı kabul kolay ettiği fakat ailelere uygun olmayan öneriler olabildiği ve bunların kalite kontrolünün denetlenmesine gereksinim olduğu

belirlenmiştir (4). Telefon ile hizmet verirken doğru sorular sorarak uygun klinik kararlar vermek önemlidir. Kalite güvencesinin bir parçası olarak görülen klinik rehberlerin geliştirilmesi, telefon ile sunulan sağlık bakım kalitesini geliştirmeye yardımcı olacaktır. Bunun yanı sıra, bu hizmeti veren sağlık personelinin eğitimi ve performansın sürekli değerlendirilmesi önemli olan diğer bir noktadır (149).

Teletıp hizmetleri yürütülürken, hizmeti sunanların geribildirimlerini almak hizmetin geliştirilmesinde değerli katkılar sağlayacaktır. Yaşlı ve sakatlığı olan bireylerin evde bakım hizmetlerinin yürütülmesine aktif bir şekilde katılan hemşireler, teletıp hizmetlerinin yapısından dolayı izolasyon ve soğukluk yaşadıklarını, beklentileri belirlemenin ve yeni bir sağlık sunum modeli ile ilgili problemleri önceden tahmin etmenin oldukça zor olduğunu belirtmişlerdir (118). Bazı klinisyenlerin telefon izlemi ile ciddi durumlarda potansiyel riskleri kaçırma olasılığı olduğuna inandıkları, bazı hekimlerin tanı koymak için hastayı görme ve elle muayene etme gereksinimi duymalarından dolayı telefon izleminden memnun olmayabilecekleri bildirilmiştir (24). Dezavantaj yaratan durumlar kontrol altına alınarak teletıp hizmetlerinden yararlanılabilir.

1.6.2. 2. TELEFON İLE HEMŞİRELİK İZLEMİ

Teletıp alanında çalışan hemşireler profesyonel hemşirelik hizmetlerini verirken hastalarla ve/veya diğer sağlık profesyonelleri ile iletişim ağları oluşturmak için elektronik ortamı kullanmaktadırlar (72, 73). Telefon aracılığı ile yapılan hemşirelik izlemi; tedavi edici hemşire-hasta ilişkisine dayanan ve hemşirenin uzakta bulunan hastanın hemşirelik izlemini sağlamak için telefon kullanmayı gerektiren hemşirelik bakımındır (72, 73). Telefon ile yapılan izlem hızla gelişim gösteren özel hemşirelik alanlarından biridir. Sağlık sistemi içinde hangi yapının en iyi olduğu ve

ulaşılmamış olan belirli sonuçlara nasıl ulaşılabacağı konusunda karar vermelerini sağlayacak rehberleri oluşturmaları için yöneticilere kullanışlı bilgi sağlamaktadır (197).

İnteraktif ve kapsamlı bir yapısı olan telefon ile hemşirelik izlemi; tanılama, planlama, bilgi verme, değerlendirme ve dokümantasyon basamaklarından oluşur. Sağlık durumuna yönelik doğrudan konuşmanın yapıldığı tanılama aşamasında standardize görüşme aracı ya da bilgisayar temelli protokoller kullanılmaktadır. Tanılama yaparken hastayı arama nedeni (soruna yönelik hikaye, belirti ve bulgular), ismi (kod adı olabilir), acil durum söz konusu ise adresi ve diğer bilgiler (yaş, cinsiyet, allerji, ilaçlar vb.) sorulur. Planlama aşamasında hemşire kritik düşünme becerisini kullanarak hangi protokolü seçeceğine karar verir ve hasta izleminde kullanır. Telefon hattındaki hemşire bireyi yönlendirmek için öneri sunarak, bilgi vererek, danışmanlık yaparak, gerektiğinde acile havale ederek hemşirelik girişimlerini gerçekleştirir. Aynı zamanda telefondaki bireyin sorularını yanıtlar. Hastayı doktor ya da hemşireye ulaşması için cesaretlendirir. Değerlendirme aşamasında hemşire verilen bilgi ya da önerinin anlaşılıp anlaşılmadığını değerlendirir. Değerlendirmeyi yapmanın bilinen yolu da hastanın bilgiyi tekrarlamasıdır. Sürecin son aşamasında hemşire elde ettiği bilgileri dokümante ederken aşağıdaki bilgileri kaydeder:

- Arama tarihi ve zaman
- Arayanın adı, adresi ve telefon numarası
- Arayan kişinin doğum tarihi veya yaşı
- Hastadan alınan bilgi
- Spesifik protokoller
- Verilen öneri ya da bilgi

- Yapılan sevk
- Hemşirenin imzası ve ünvanı (72, 73, 108).

Telefon aracılığı ile hemşirelik izleminin standartlara uygun olarak sürdürülebilmesi için tanımlanmış beş kriteri içermesi gerekir. Bu kriterler, yapılandırılmış protokollerin, algoritmelerin veya rehberlerin kullanılması; hasta ve ailenin gereksinimlerini sistematik bir şekilde tanılama, önemli olana öncelik verme, plan geliştirme ve sonuçları değerlendirmedir. Bu kriterlerin yanı sıra olmazsa olmaz diğer önemli noktalar; etkin dinleme, dilin doğru kullanılması ve karşılıklı karar verme sürecidir (27, 72, 73, 109). Telefonu kullanarak izlem yapan hemşireler bu kriterlerin yanı sıra aşağıda belirtilen konularda da duyarlı davranmalıdır:

- Tanılama ve planlamayı temel alan tedavi edici hemşire-hasta ilişkisi olmalı
- Sağlık ekibinin diğer üyeleriyle işbirliği sağlamalı
- Hasta için en etkili ve en uygun yöntem olup olmadığını belirlemeli
- Kanunlar, etik kodlar ve uygulama standartlarına uygun hareket etmeli
- Bireyin kültürel, spiritüel ve psikososyal gereksinimlerini ve önceliklerini göz önünde bulundurmalı
- Bireyleri telefon yoluyla izleme yöntemini seçimleri konusunda bilgilendirmeli
- Aydınlatılmış onamı destekleyen kurum politikalarına bağlanmalı ve savunmalı
- Hemşirelik hizmetlerinin yeterliliğini ortaya çıkarmalı
- Hasta bilgilerinin gizliliğini ve güvenliğini sağlamaya yönelik kurum politikaları geliştirmeli
- Telefon hemşireliği ile ilgili enformasyon sistemlerini entegre ederek hemşire-hasta etkileşimlerini kayıt etmeli

- Hizmetlerin etkinliğini değerlendirmeli
- Gerektiğinde uygulamaları değiştirmeli ve geliştirmeli
- Kanıta dayalı uygulamayı desteklemelidir (108).

Telefon görüşmelerinin kısa olmasının ve standardize edilmesinin önemi vurgulanmaktadır. Görüşme rehberlerinin oluşturulması, her bir görüşme içeriğine odaklanmaya ve yapısına yardımcı olacaktır. Telefon ile yapılan taramalar, görüşmecinin yeterliliğini sağlamaya ve izlemeye yardımcı olmaktadır. Veri toplama aracı olarak telefon görüşmeleri tek bir merkezden yapılandırıldığında telefon araştırmalarının kalite kontrolünde kolaylıkla kullanılabilmesi bir avantaj oluşturmaktadır.

1.6.2.2.1. TELETIP VE TELEFON İLE HEMŞİRELİK İZLEMİNİN AVANTAJ VE DEZAVANTAJLARI

Sağlık alanında teknoloji kullanımına çok önem veren ICN (International Council of Nursing) hemşirenin telefon aracılığı ile hasta izlemi yapmasının çok önemli olduğunu fakat doğrudan etkileşimin yapılabildiği mevcut hemşirelik bakımının yerini almayacağını vurgulamaktadır. Ayrıca telefon aracılığı ile hemşirelik uygulamalarının avantaj ve dezavantajlarının göz önünde bulundurulması gerektiğini belirtmektedir (85, 90).

Sağlık hizmetlerinin birçok alanında kullanılabilen teletip ve telefon ile hemşirelik izleminin avantajları;

- Bakımda sürekliliğin sağlanması,
- Kalitenin yükseltilmesi,
- Maliyetin azaltılması ve memnuniyetin arttırılması,
- Performansın değerlendirilmesi,

- Ulaşılabilir ve uygulanmasının kolay olması,
- Dokümantasyon ve klinik rehber oluşturması,
- Tekrar hastaneye/acil servise başvurunun azaltılması,
- Tekrar hastaneye yatışların azaltılması,
- Hastanede kalış süresinin kısaltılması,
- Mortalite ve morbiditenin azaltılması,
- Hasta ve ailesine destek sağlanması,
- Hasta ve ailenin bireysel bakım aldığı hissetmesinin sağlanması,
- Hemşire ile hasta ve aile arasındaki iletişimin geliştirilmesi,
- Taburculuk eğitimlerinin planlanması ve etkinliğin sürdürülmesi,
- Problemin erken tanınması ve çözümlenmesi,
- Bekleme süresinin kısılması,
- Bireyin ve sağlık profesyonellerinin izolasyon hissini azaltması,
- Diğer sağlık profesyonellerine ulaşımın sağlanması,
- Sağlık bakım gereksinimlerini gidermeye yardımcı olabilecek hazır bilgi sağlanması,
- Hemşirelik bakımında zamandan kazanılması,
- Hemşirelere bakım planını uygulama konusunda esneklik kazandırması,
- Eğitimi kolaylaştırması,
- Denetleme yapmaya olanak vermesi,
- Standardize bir uygulama sağlaması,
- Veri toplama aracı olarak kullanılması,
- Telefon ile toplanan verilerin anket ile toplanan verilere göre daha özel bilgiler içermesi,
- Veri toplama zamanından kazanç elde edilmesi,

- Araştırmaya katılanların yaşadığı yükün azalması olarak sıralanmaktadır (7, 8, 20, 21, 24, 27, 33, 75, 79, 85, 100, 110, 118, 123, 148, 149, 160, 187, 191, 197, 209).

Teletıp hizmetlerinin ve telefon ile hemşirelik izleminin üzerinde durulan en önemli özellikleri uzakta bulunan bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanması, maliyetinin düşük ve memnuniyet verici olmasıdır (24, 60, 100). Doğu Karolina Üniversitesi Tıp Fakültesi, kırsal kesimde yaşayan bireylere teletıp yolu ile 1000'in üzerinde tıbbi danışmanlık yaparak yardım edilmesini sağlamıştır. Bu danışmanlık hizmetleri 29 farklı dalda uygulanmakta olup, en çok (%55.00) dermatoloji alanında uygulanmıştır (7). Kavuncubaşı ve arkadaşları (2004) ülkemizin büyük bir çoğunluğu kırsal kesimde yaşadığı için sağlık hizmetlerine yeterince ulaşamadığını, teletıbbın bu soruna çözüm getirebileceğini belirtmiştir (100). Telefon ile yapılan triyajın maliyeti düşürdüğü, hekimin iş yükünü azalttığı, hekim ve hastanın memnuniyetini arttırdığı, acile ve doktor muayenelerine gereksiz başvuruları azalttığı, kaliteyi geliştirdiği şeklinde görüş belirtilmesine rağmen, karşı görüş olarak çoğu pediatrik uygulamalarda yer alan hemşire arama merkezlerinin telefon ile bakım uyguladıktan sonra bu hizmete ücret alındığı, her arama için maliyetin 5-15 dolar olduğu belirtilmiştir (60).

Hasta kayıtlarının gizliliği ve güven konusunda risk taşınması, bakım verenlerin uygulamalarını izlemede yetersizlik gibi durumlar da teletıp ve telefon ile yapılan hemşirelik izleminin dezavantajları arasındadır. Bu riskler yeni protokoller/klinik rehberler geliştirilerek ve değerlendirilerek, düzenli kayıtlar tutularak, hemşirenin yeterliliği geliştirilerek, çalışanların performansı değerlendirilerek, tıbbi öneri verirken profesyonel ilişki ortamı yaratılarak, entegre bakım yönetimi sağlanarak ve

etik kurallara dikkat edilerek azaltılabilir (27, 72, 73, 85, 99, 110, 149, 154, 161, 197).

Özellikle teletıp alanında yaşanan dezavantajları ortadan kaldırmak için evde ya da işyerinde telefon ile ulaşılamayan bireylere mobil telefon, faks, telefon bağlantılı bilgisayar sistemleri ve mesaj bırakma yoluyla ulaşılabileceği; görerek tanılama gereksinimine yönelik görüntülü telefon kullanılabileceği; evde bazı elektronik araçlarla muayenelerin yapılabileceği (vücut ısısı, kan basıncı, nabız, serum glikoz, elektrokardiyografi ve akciğer sesleri gibi); yine de bazı hastalıklarda doktorun tanı koymasına için detaylı tanılama yapması gerektiği gibi bazı sınırlılıkların aşılamayacağı belirtilmiştir. Bazı sınırlılıkları aşmada da personel eğitimi, teletıpta hizmet veren sağlık profesyonellerinden sürekli geribildirim almak ve hizmeti yeniden yapılandırmak, yaygın görülen sağlık sorunları için protokoller hazırlamak, telefon ile görüşmeye zaman ayırmak, tüm konuşulanları dökümanente etmek gibi uygulamalar etkili olabilmekte ve telefon ile yapılan danışmanlığın kalitesini ve güvenliğini sağlamaya yardımcı olabilmektedir (24, 60, 118, 129).

Hemşire telefon yolu ile izlem yaparken hastayı doğrudan görme olanağı olmadığı için fizik muayene yapması olası değildir. Bu nedenle hemşire ortaya çıkabilecek riskleri azaltmak ya da yok etmek için birtakım stratejiler planlamalıdır. Bu stratejiler;

- Açık uçlu soruların sorulması
- Anlaşılır bir dil kullanılması
- Bilgilenme için yeterli uzunlukta konuşulması
- Basmakalıp aramalardan ve sonuca bir an önce ulaşmaktan kaçınılması
- Mümkünse hastayla doğrudan konuşulması
- Hastadan tanısını açıklamasının istenmesi

- Hastanın tekrar aramasının azaltılması
- Kişisel yetersizliğin farkında olunması
- Dil engelinin belirlenmesi ve çözüm bulunması şeklinde olabilir.

Telefonda hizmet veren hemşirelerin yaklaşımı ve kullandıkları dil, sunulan hizmetin kalitesinin hastalar tarafından algılanmasında önemlidir. Literatürde hizmeti alan kişilerin hemşirelik hizmeti kalitesinden memnun oldukları belirtilmiştir. Arayan bireyler hemşirelerin ilgili olduklarını, sorunlarını iyi algıladıklarını, açık ve anlaşılır bir dil kullandıklarını, verilen bilgileri ve önerileri kolayca algıladıklarını belirtmişlerdir (72, 73, 79). Dünyada yaygın bir şekilde kullanılan telefon ile hemşirelik izlemine her hasta grubunda uygulamak olası değildir. İşitme sorunu olan hastaları, telefon bağlantısında yetersizlik olan kişileri, ileri derecede kronik hastalığı olup da değerlendirme yapmak için telefonu kullanmaya uygun olmayan kişileri telefon yolu ile izlemek uygun değildir (72, 73).

Sonuç olarak, birey ve ailenin taburculuk sonrası elektronik ortamda evde izlenmesi sağlık hizmetleri kalitesinin göstergelerinden biri olan bakım sürekliliğinin sağlanmasında önemlidir. Avantajları ve dezavantajları göz önünde bulundurularak etkin bir şekilde kullanıldığında telefon aracılığı ile yapılan hasta izlemi hemşirelik bakım kalitesini geliştirecektir.

1.6.3. HEMŞİRELİK BAKIMINDA TELEFON İLE HEMŞİRELİK İZLEMİNİN ÖNEMİ

Telefon ile hemşirelik izlemi; hastayı görmeden, ona dokunmadan veya steteskop kullanmadan, hasta ile ya da geçmişi ile bağlantı kurmaksızın ve onunla ilgili bir belgeye ulaşmaksızın yapılan hemşirelik izlemidir. Bu izlemde yer alan

uygulamalar, hemşirelerin genişleyen rolleri çerçevesinde bakımın sürekliliğini sağlamak için çeşitli ortamlarda oluşmaktadır (108).

Telefon aracılığı ile sürekli izlem, kronik hastaların izlenmesinde, kalça protezi sonrası hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde, hemşire tarafından danışmanlık hizmetlerinin yürütülmesinde, yaşlıların ve psikiyatrik hastaların taburculuk sonrası izlenmesinde, hemşirelik bakım sürecinin ve hasta memnuniyetinin değerlendirilmesinde, kanserli hastalara psikososyal destek sağlama ve bilgilendirmede, toplum sağlığı uygulamalarında, hastane ünitelerinde, evde bakım hizmetlerinin yürütülmesinde, ruh sağlığına yönelik krize müdahalede, günübirlik cerrahi, entegre bakım yönetimi ve triyaj uygulamalarında, hasta randevularının hatırlatılmasında, pediatrik izlemlerde, araştırmalarda veri toplama aracı olarak kullanılmaktadır (6, 8, 12, 26, 32, 33, 63, 67, 79, 87, 99, 101, 113, 123, 126, 133, 140, 149, 155, 161, 167, 170, 194, 202, 209). Hemşire telefonda ilaç uygulamaları, yeni doğan bakımı, hastalık yönetimi gibi konularda yönlendirme yapabildiği gibi, taburcu olan hastaların sağlık durumunu sorabilir, hastalığa özel bilgi verip danışmanlık yapabilir, hatta yolculuk yapanlara gidecekleri yerdeki sağlık hizmetleri konusunda yardımcı olabilir (6, 73, 79, 205). Kanserli hastaların izleminde, psikososyal destek sağlanmasında ve bilgi vererek gereksinimlerinin giderilmesinde telefon ile hemşirelik izleminin başarılı şekilde kullanıldığı bildirilmiştir (32). Ohio Genel Tıp Merkezi'nde Patient Call-Back System geliştirilmesi sonucunda; bakım kalitesinde artış sağlanmış, telefon sistemi hastanenin tüm servislerinde kullanılmaya başlanmış, uyanma ünitesindeki bakımda değişiklik yapılmış, ameliyat öncesi testlerin tamamlanmasında yol gösterici olmuş ve hastanede alınan bakımların yeterliliğinin evde değerlendirilmesinde kullanılmıştır (161). Kanada'da toplum hizmetinde kullanılan telefon hattını arayan bireylerin uygulamanın memnuniyet

verici ve kullanışlı olduğunu belirttikleri, verilen bilgilerin bireylerin problemlerini %95.00 oranında çözdüğü, bireylerin %89.00'nun başka bir kaynağa başvurmadığı, %81.00'nin önerilere hemen uyduğu saptanmıştır. Bu çalışmada hemşireler, danışan bireylerin %67.00'ne öz bakım uygulamaları ile belirti ve bulguların izleminini önermişler, %72.00'ne sakinleştirici bakım uygulamışlardır. Telefon ile sunulan sağlık hizmetinde görevli hemşireler, bireylerin %16.00'nı hekime, %25.00'ni en kısa zamanda (ilk 24 saat) başka bir profesyonele, %29.00'nu da durumları kötüleşmeden bir sağlık kurumuna yönlendirmişlerdir (79).

Hemşirelerin, ameliyat sonrası bireylerle telefon görüşmesi yaparak evde bakım sürekliliğini sağlaması ve semptom yönetimi konusunda danışmanlık rollerini yerine getirmesi de gerekmektedir. Araştırmalarda, hastane-ev telefon zinciri ile izlem ve bilgilendirmenin sürekliliğinin sağlanmasının bireylerin gerek ameliyat sonrası bakım sonuçlarına gerekse tıbbi durum sonuçlarına olumlu etkileri olduğu belirtilmektedir (6, 83, 203).

Hemşireler, hastalarıyla telekomünikasyon bağlantısını kurarak elektronik ortamda bakım hizmetlerini verebilirler (204). Savage ve Grap'ın çalışmasında (1999), açık kalp cerrahisi geçiren hastaların taburculuk sonrası izlemleri telefon ile yapılmış, yaşadıkları sorunlar belirlenerek hemşirenin danışmanlık eğitim programı gözden geçirilerek ameliyat sonrası eğitim planı yeniden düzenlenmiştir (170). Naylor, Bowles ve Brooten'in (2000) belirttiği gibi hemşireler, tıbbi ve cerrahi nedenlerden dolayı hastaneye yatırılan yaşlı hastaların taburculuk sonrası izlemlerini telefon ile yapmışlar ve yaşlıların yaşadıkları problemleri belirleyerek gereken girişimleri uygulamışlardır (140). Kim ve Oh'un çalışmasında (2003), diyabetik hastalara telefon ile sürekli eğitim ve diyet düzenleme, egzersiz, ilaçları kullanmaları konusunda öneriler sunularak, kendi kendilerine kan glikoz düzeylerini de ölçmeleri

sağlanmıştır. Girişim sonucunda telefon ile izlenen hastaların HbA1c seviyelerinde %1.00-2.00 azalma olurken, kontrol grubundaki hastalarda ise %0.60 oranında artma olmuştur. Girişim grubunda yer alan hastalar beslenmelerine daha fazla dikkat etmişler ve kan glikozunu ölçme işlemini daha çok uygulamışlardır (101). Gagligardi'nin çalışmasında (2003) hemşireler, multiple skleroz tansı alan bireylerin cinsel yaşantılarını bir yıl boyunca telefon ederek izlemişlerdir (63). Konjestif kalp yetmezliği (KKY) olan hastalara uygulanan KKY Telefon Girişim Programı sonunda hastalar; eğitim ve bilgilenme, tedaviye uyum ve sosyal destek alanlarında programın yararlı olduğunu belirtmiştir. Aynı çalışmada telefon aracılığı ile hasta izleminin öğrenci açısından yararları ise; kritik düşünme, kültürel yetki, hemşirenin bağımsız rolünde memnuniyet hissetme ve evde bakım hemşireliği ile ilgilenme olarak sınıflandırılmıştır (209). Psikiyatrik hastaların taburculuk sonrası özellikle ilk iki haftalık izlemlerinin hemşire tarafından telefon ile aranarak yapılmasının önemli olduğu vurgulanmaktadır (67).

Literatür incelendiğinde, hemşirelerin telefon yolu ile uyguladığı hemşirelik izlemi sürekliliğinin yaygın olduğu görülmektedir. Chewit ve arkadaşlarının (1997) yaptığı bir çalışmada; telefon görüşmesi yöntemiyle, hastaların öncelik sırasına göre öz bakım desteği, ilaç yönetimi, sağlık sistemi desteği, duygusal destek ve ağrı yönetimine yönelik bilgi gereksinimleri olduğu saptanmış ve gereken girişimler uygulanmıştır. Taburculuk sonrası cerrahi hastalarının izleminin sürekliliğini sağlamada telefon görüşmesi yöntemi kullanışlı ve etkili bir araç olarak görülmüştür. Böylelikle hastaların gereksiz yere acil servise gitmeleri önlenmiştir. Hastalara gece ve gündüz herhangi bir zamanda arama güvencesi sağlanmıştır (27).

Klinisyen ve hasta arasında yüzyüze olmayan iletişim kronik hastalığı olan hastaların izleminde sık kullanılmasına rağmen, ülkemiz açısından telefon ile hasta

izlemi pek yaygın değildir. Bu konuda sınırlı sayıda yapılan çalışmaların her birinin tez çalışması olduğu saptanmıştır (6, 36, 43, 78, 88). Aytur (2001), laparoskopik abdominal cerrahi geçiren kadınlara verilen taburculuk eğitiminin hasta bakım sonuçlarına etkisini değerlendirdiği çalışmada telefon görüşmesi tekniğini kullanmıştır (6). Gürsoy (2002) bir çalışmada, mastektomi sonrası hastaların evde izlemlerinin değerlendirilmesinde ev ziyaretlerinin yanı sıra telefon görüşmeleri yaparak sağlık durumları hakkında bilgi almıştır (78). Dal çalışmada (2002) ev ziyareti yapılmayan şehir dışındaki hastalara telefon yolu ile ulaşmış ve danışmanlık yapmıştır (36). Duman (2003), şizofreni tanısı almış bireylere ve ailelerine uyguladığı topluma yeniden katılım programı çerçevesinde randevuları hatırlatma, gerektiğinde danışmanlık yapma amacıyla telefonu bir araç olarak kullanmıştır (43).

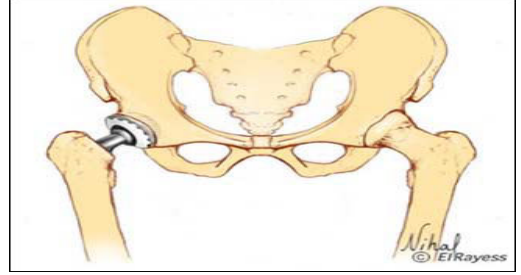
Kompleks hale gelen sağlık hizmeti içinde telefon ile sunulan hemşirelik izlemi; kaliteyi geliştirir, bakımın sürekliliğini artırır ve maliyet etkinliğini sağlar (79, 108). Hızla gelişen telefon ile hemşirelik izleminin en iyi bilgi sağlayan göstergelerden biri olduğuna inanılmaktadır. Ayrıca ulaşılabilir, uygulanması kolay, maliyeti düşük ve memnuniyet verici olması üzerinde durulan yönlerindedir. Bunların yanı sıra kullanıcılara dökümantasyon sağlar, klinik rehber oluşturur ve yeterlilik sağlar. Bu anlamda yüksek kalitede bilgi sağlayan bir sistem olduğu düşünülür (79, 85, 149, 155). Hastanın tekrar hastaneye başvurmasını azaltabilir. Hastaya ve ailesine destek sistem oluşturur (204). Kanada'da 1995 yılında 15 yerel toplum hizmeti merkezinde Info-Santé Local Community Service Center (CLSC) Québec telefon ile hemşirelik hizmetleri uygulanmıştır. Info-Santé CLSC hizmetleri haftanın 7 günü 24 saat yürütülmüş, 1997'de 2.260.000'den fazla kişi tarafından arama yapılmıştır. Yürütülen hizmetin sonuçları incelendiğinde, bireylerin bu hizmetten oldukça memnun olduğu, hemşirelerin verdiği önerileri uyguladıkları ve

kendi kendine bakım ölçütlerini önerilen doğrultuda yaptıkları saptanmıştır. Hemşirelik girişimleri bireylerin kendilerini güvende hissetmelerine, gelecekte olabilecek aynı ya da benzer sorunları çözebilmelerine yardımcı olmuştur. Bireyler uygulamanın problemlerini çözümlenmelerinde çok yararlı olduğunu belirtmiştir. Ayrıca telefon danışmanlığı alanlar, doğrudan ya da dolaylı olarak maliyetten kazandıklarını belirtmişlerdir. Bu hizmeti kullananların %80.00'i ortalama beş saat zamandan kazandıklarını, pediatrik sorunlar nedeniyle arayanların 1/3'ünden daha fazlası çocuk bakımından üç saat kazandıklarını, %60.00'ı ulaşım masraflarından, %25.00'i de işyerinde zaman kaybından kazandıklarını ifade etmişlerdir (79). Benzer sonuçlar Greenberg'in (2000) çalışmasında da elde edilmiştir. Telefon ile sunulan hemşirelik hizmetinden yararlananların çoğunun kadın olduğu (%73.00) çalışmada, arama nedenlerinin başında bilgi/öneri alma (%66.70), randevu alma (%26.70) ve ilaç yazılmasını rica etme (%5.60) gelmektedir. Bu bireylere %48.90 oranında bilgi verilmiş, %40.00 oranında randevu programı planlanmış, %1.00 oranında acil servise yönlendirme yapılmış, %7.80 oranında başka bir merkezin telefonuna yönlendirme yapılmıştır. Greenberg'in çalışmasında maliyetin düşük olması, arayanların memnun olduklarını ve uygulamadan yararlandıklarını belirtmesi, telefon ile hemşirelik izleminin toplum tarafından istenildiğini ve gereksinimlerinin karşılanıldığını göstermektedir (71). Klinikte verilen hemşirelik hizmetlerinin yanı sıra, hemşire ve hasta etkileşimi telefon ile yapılan hemşirelik izlemiyle toplumsal alanda da devam etmektedir. Bu yüzden klinik hemşirelerinin toplum sağlığı veya evde bakım hemşireleriyle etkileşime geçmeleri önemli görünmektedir (167). Çalışmalar hemşirelerin telefon aracılığıyla hasta izlemini etkin bir şekilde sürdürdüklerini göstermektedir.

1.6.4. KALÇA PROTEZİ AMELİYATI

(KALÇA REPLASMANI - KALÇANIN ARTROPLASTİK CERRAHİSİ)

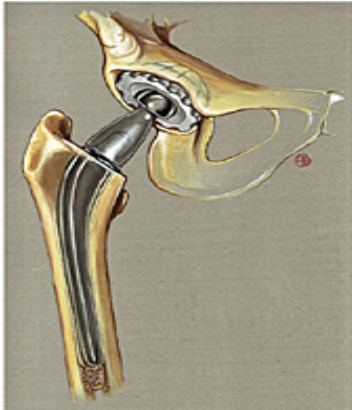
Kalça protezi ameliyatı, eklemlerde sonradan ortaya çıkan çeşitli hastalıklarla oluşan ağrı, hareket kısıtlılığı, yürüyememe gibi ciddi sorunlara yol açan durumlarda, eklemlere yapay bir takım protezler yerleştirilmesi işlemidir. Bu ameliyatta protez kullanılarak femur başı ve asetebulum değiştirilmektedir.



Şekil 1: Normal kalça eklemi ve kalça protezi

Femur başı ya da boynunun femoral protez ile değiştirilmesine hemiartroplasti, hem femur başının hem de asetebulumun femoral ve asetebular protez ile değiştirilmesine total artroplastisi denir (17, 30, 48, 171, 176).

Kalça ekleminin yeniden hareket kazanmasını sağlayan artroplastisi ameliyatları Gluck'un 1918 yılında fildişinden yaptığı "ball and socket" tarzındaki eklemin



Şekil 2: Total kalça Protezi

Sovyetler Birliği'nde 1960'da Sivash'un geliştirdiği, kendi adıyla anılan ve Doğu Blok'u ülkelerde en yaygın olarak kullanılan çimentosuz protez tipinde de gevşeme görüldüğü için kısa sürede revizyon problemi ortaya çıkmıştır. Kemik

çimentosunun 1960'da Charnley tarafından kullanılması üzerine kalça artroplastisine yeni bir boyut getirilmiş ve güvenilir bir fiksasyon tekniği sağlanmıştır (77).

Parsiyel kalça protezinin (hemiartroplasti/endoprotez) tarihine bakıldığında, ilk kez 1922'de Hey-Groves'un fildişi endoprotez uyguladığı görülmektedir. Daha sonra 1948'de Judet kardeşlerin akrilik başlı endoprotezlerinin femur boynu kırıklarında başarısız olmasından sonra 1950-1951'de Moore'un self-locking tip, Thompson'un kalın stemli vitalyum endoprotezleri çok yaygın olarak kullanılaya başlanmıştır (45).



Şekil 3: Parsiyel Kalça Protezi

Günümüzde artroplastik girişimler, dünya genelinde ve ülkemizde en sık uygulanan ortopedik cerrahi girişimler arasında ön sıralarda yer almaktadırlar (171). Kanada'da 1999/2000 yılı verilerinde toplam %0.00595 oranında total kalça protezi uygulandığı bildirilmiştir (173). İngiltere'de yılda 30.000 kalça protezi ameliyatı yapıldığı, gelecek 30 yıl içinde kalça protezi ameliyatlarının %40.00 oranında artış göstereceği; bu artışın erkeklerde %51.00, kadınlarda %33.00 olacağı öngörülmekte; kalça protezi ameliyat oranlarının 2006'da %42.00, 2016'da %55.00 ve 2026'da %113.00 olacağı tahmin edilmektedir (16, 96). Amerika Birleşik Devletleri'nde iki yıl içinde çoğu huzurevinde kalan ve yaşlı olan 1631 kişiye total kalça protezi uygulandığı belirtilmiştir (70). Ülkemizde uygulanan kalça protezi ameliyatlarına ilişkin Devlet İstatistik Enstitüsü ve Sağlık Bakanlığı'nda kayıtlı bir bilgiye ulaşılamamıştır (39, 168). Fakat Dal'ın çalışmasında 1996-2000 yılları arasında Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği'nde erişkin hastaya uygulanan toplam 600 kalça cerrahi girişiminden 179'nun artroz nedeniyle total

kalça protezi, diğerlerinin ise femur boynu ve torakanterik kırıklar nedeniyle internal fiksasyon ve parsiyel kalça protezi uygulamalarından oluştuğu belirtilmiştir (36).

1.6.4.1. KALÇA PROTEZİ AMELİYAT ENDİKASYONLARI

Kalça ekleminde ciddi ağrısı ve fonksiyonel yetersizliği olan kişilere kalça protezi uygulaması tercih edilmektedir. Kalça protezi endikasyonu arasında,

- Romatoid artrit
- Primer osteoartrit
- Travma ve osteoporozla bağlı femur kırıkları
- Konjenital kalça displazileri
- Protrusio asetebuli
- Sekonder osteoartrit (posttravmatik artrit, adolesan koksa vera, paget hastalığı, perthes hastalığı vb)
- Ankilozan spondilit
- Avasküler nekroz
- Daha önce uygulanmış ve başarısız kalmış olgular (cup artoplastisi, femur başı endoprotezleri, femoral deplasman osteotomileri, artrodez ameliyatları, eski protez ameliyatlarının revizyonları, pseudoartroz) bulunmaktadır (77, 176).

Total kalça protezi takılmasını gerektiren hastalıkların başında en sık [osteoartrit](#) ya da romatoid artrit gelmektedir (146, 210). Başta kalça ve diz eklemlerinde ağrıya ve fonksiyon kaybına yol açan osteoartrit, eklem kartilajında kayıp olmasıyla karakterize birçok eklemi etkileyebilen enflamatuvar bir durum olup, altmış yaş üzerindeki erkeklerin %9.60'nı kadınların %18.00'ni etkilemektedir. Beklenen yaşam süresinin uzaması ve toplumda yaşlı oranının artması nedeniyle 2020 yılına kadar osteoartritin yetersizliklere neden olan dördüncü hastalık olması

beklenmektedir. Eklem replasman cerrahisi yetersizliğin azaltılmasında etkili bir tedavi şeklidir. Genel populasyonun %0.30-1.00'ini etkiler, kadınlar arasında ve gelişmiş ülkelerde prevalansı daha fazladır (210). Osteoartritin gelişimi ve ilerlemesinde yaş ve obesite güçlü bir göstergedir. Travma ve belirli zorlayıcı aktiviteler de kalça artrit gelişimi açısından risk faktörüdür.

Kalça protezinin endikasyonlarında önemli bir yere sahip olan osteoporoz düşük kemik kütlesi (genç kadınlardaki kemik mineral yoğunluğu değerinin altında 2.5 standart sapmadan daha fazla olması) ve eklemlerin mikro yaralanması ile karakterizedir ve kalça, vertebra ve bilek kırığı açısından önemli bir risk faktörüdür. Kalça kırığı en zararlı olan kırıktır çünkü mortalitenin %20.00'ni, fonksiyon kaybının %50.00'ni oluşturur. Bel ağrısı prevalansı en yüksek olan kas iskelet rahatsızlığıdır, populasyonun %4.00 ile %33.00'nü etkiler. Amerika Birleşik Devletleri'nin (ABD) kuzey bölgelerinde postmenopozal dönemdeki beyaz kadınların %30.00'da osteoporoz bulunmaktadır. İngiltere'deki 50 yaş üzerindeki kadınların %23.00'de osteoporoz olduğu Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirtilmiştir. Elli yaşındaki kadınlar arasında osteoporoz insidansı %5.00, 85 yaş kadınlar arasında %50.00'dir. Osteoporozu olan bireylerde yaşam boyu kırık riski değerlendirildiğinde, 50 yaş için erkeklerde %20.70, kadınlarda %53.20; 60 yaş için erkeklerde %14.70, kadınlarda %45.50; 70 yaş için erkeklerde %11.40, kadınlarda %36.90, 80 yaş için erkeklerde %9.60, kadınlarda %28.60'dır. On yıllık riske bakıldığında 50 yaş için erkeklerde %7.10, kadınlarda %9.80; 60 yaş için erkeklerde %15.70, kadınlarda %13.30; 70 yaş için erkeklerde %6.20, kadınlarda %17.00, 80 yaş için erkeklerde %8.00, kadınlarda %21.70'dir (210).

Konjenital kalça hastalıklarının komplikasyonlarında kullanılan total kalça protezi ameliyatlarının doğuştan kalça çıkıklı veya ağır displazik olgularda etkili

olduğu belirtilmektedir (15, 171). Doğumsal kalça displazisi geç tedavi edildiğinde ya da uygun olamayan bir tedavi şekli uygulandığında gelişen kalça eklemi dejenerasyonu sonucu hastada günlük yaşamı etkileyen ağrı, hareket kısıtlılığı ve aksama sorunlarından dolayı kalça artroplastisi gerekmektedir (171). Kalça tutulumu olan ankilozan spondilitli olgularda uygulanan total kalça protezi, hastaların yaşam kalitesini belirgin oranda arttırmaktadır (76).

Kalça protezi ameliyatları femur boynu kırığı ve metastatik kansere bağlı patolojik kırıklarda sık kullanılan bir tedavi yöntemidir (15, 51, 171). Tüm femur boyun kırıkları için endike olmamakla birlikte ameliyat sonrası erken dönemde tam ağırlık vermek mümkün olduğu için çoğu merkezde kabul görmektedir. Fizyolojik yaşı 65 yaş üzeri olanlara, femur başının superior kesiminde kırığı olanlarda, başka rahatsızlıkları nedeni ile yürüme olasılığı olmayanlarda ve belirgin osteoprozu olanlarda protez tercih edilmektedir. Kırığın rijit olarak fikse edilemediği durumlarda, fiksasyona rağmen gevşeme olduğunda, kırıkla birlikte femur başı dislokasyonu bulunduğunda, mental sorunları veya epilepsisi olan bir hastada da kalça protezi endikedir (171).

1.6.4.2. KALÇA PROTEZİNDE CERRAHİ YAKLAşIMLAR

Kalça protezi ameliyatlarında cerrahi teknikler; hastanın sırt üstü veya lateral pozisyonda yatırılmasına, torakanter majorun osteotomize edilip edilmeyeceğine, kalçanın ne veya arkaya disloke edilmesine göre farklılık göstermektedir. Günümüzde kalça artroplastisinde en çok Watson-Jones ve direkt lateral insizyon, lateral insizyon ile posterior girişim ve posterior insizyonlar kullanılmaktadır (77).

Eklem cerrahisinde kullanılan protezlerin çoğu metal ve yüksek yoğunlukta polietilen komponentlerden oluşmaktadır. İmplant yüzeyleri makroporozite gösteren yüzeyler ve mikroporlu yüzeyler olarak iki türlü planlanmıştır (77, 120).

a) Makroporozite: Pürüzlü yüzeyler çok sayıda, küçük, yuvarlak, yaklaşık 1 mm çapında gözenekler içermektedir. Bunların varlığı yüzeyi 3-4 kat artırır. Makroporlu bazı protezlerde girintiler arasında olan küçük bağlantılar, kan dolaşımının devamına ve kemik köprücük oluşumuna izin verir (77).

b) Mikroporozite: Kemik büyümesine izin veren 20 mikrometreden büyük, kimyasal olarak sabit porlu yüzeyler sağlamak amaçlanmaktadır. Çapı 100 mikrometreden daha büyük porlar osteonların kalsifikasyonlarına izin verir (77).

Eklem implantları, kemiğe benzer özellikler taşıyan polymethyl methacrylate (PMMA) ile kemiğe yapıştırılabilmektedir. Uygun doldurma ve yeterli kan dolaşımının olduğu sağlıklı bir kemik çimentosuz komponentlerin kullanımı açısından önemlidir (176). Total kalça protezinde metal ile kaplanmış çimentosuz gözenekli protezler (Porous-coated, cementless, artificial joint components) kullanılabilir. Çimentosuz total kalça protezlerinde porlu sistemlerin dışında biyoaktif özelliği olan hidroksiapatit maddesi ile kaplanmış sistemler kullanıma girmiştir (77). Protezin seçimi farklılık gösterebilir. Osteoporotik olgularda veya revizyon ameliyatlarında femoral komponentin uzun saplı olanı tercih edilmektedir. Dizplazik femurda kullanılan protezlerin özel üretilmiş ve standart boydan daha kısa olanı kullanılmaktadır. Eğer ekstermitelerde boy farkı varsa seçilecek olan femoral komponentin modüler olması önemlidir. Genel olarak asetebular komponentler;

- a) Yivli olanlar
- b) Porla kaplı olanlar
- c) Hidroksiapatit kaplı olanlar

olarak üçe ayrılmaktadır. Bunlar hemen hemen tüm primer ogularda kullanılmaktadır (77).

Hastanın durumuna göre ne tür protezin kullanılacağına hekim karar verir. Bu karar ülkelere göre değişebilmektedir. Hardinge, Hooper ve McMahon'un çalışmasında, Avustralya'da hekimlerin protez seçiminin İngiltere'ye göre farklılık gösterdiği; bu durumun kişisel deneyim, hasta tanılması, bütçe, kurumsal düzenlemeler, teoriler, yeni akımlar, otonomi ve tanıtımdaki farklılıklardan ileri gelebileceği belirtilmektedir (81).

1.6.4.3. KALÇA PROTEZİ AMELİYATININ KOMPLİKASYONLARI

Artroplasti ameliyatı sonrasında hastaların ağrısı geçmekte, eklemleri normal hareketine kavuşmakta, şekil bozukluğu ve varsa kısalık gibi uzunluk eşitsizlikleri de düzeltilenmektedir. Kalça protez ameliyatları özellikle yaşlılarda en iyi tedavi seçeneği olmakla birlikte, erken ve geç komplikasyonlara neden olarak, hastaların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca hastaların bağımlılık düzeylerini arttırmakta, hatta kalıcı sakatlıklara neden olabilmektedir. Ameliyat sonrasında enfeksiyon, erken dislokasyon, derin ven trombozu, siyatik sinir paralizisi, ve daha fazla kan kaybı gibi dezavantajları da vardır (77, 152, 171).

A) Ameliyat Sırasında Kompikasyonlar:

Ameliyat sırasındaki komplikasyonlar genel olarak;

- Sinir ve damar lezyonları
- Asetebulumun perforasyonu
- Şaftın perforasyonu
- Şaft kırıkları (Femur proksimali ve femoral komponentin ucunda olabilir)
- Kardiyovasküler komplikasyonlar

- Protezin dislokasyonu şeklinde sıralanmaktadır.

Ameliyat komplikasyonlarından en kötüsü asetebular oyucular ile asetebulum duvarı oyulurken oluşan iç duvar perforasyonu ve bunun sonucunda ana iliak ven rüptürüdür. Diğer önemli komplikasyon ise sinir lezyonlarıdır. Femoral, siyatik, obturator ve peroneal sinir paralizileri oluşabilmektedir. Femoral shaft kırıkları ise önlenmesi tedavisinden daha kolay olan bir komplikasyondur (77). Jergesen ve arkadaşlarının çalışmasında (1978), ameliyat sonrası dönemde iki hastada sinir palsisi geliştiği saptanmıştır (94).

B) Ameliyat Sonrası Erken Komplikasyonlar:

Kalça protez ameliyatlarından sonra erken dönemde görülen komplikasyonlar; dislokasyon, hematoma oluşumu, erken enfeksiyonlar, pulmoner emboliler, kanama, tromboflebit ve tromboemboliler olarak sınıflanmıştır. Hersekli ve Atik çalışmalarında (1999) total kalça protezi uygulananların %28.50'de, bipolar hemiarthroplasti grubunun %33.30'de, unipolar hemiarthroplasti grubunun %42.10'de erken dönem komplikasyonlarının geliştiğini saptamışlardır (84).

a) Dislokasyon: Bu durumun önlenmesinde en önemli yol olarak protezin doğru yerleştirilmesi öngörülmektedir. Dislokasyon hem hasta hem de cerrah için çok ciddi bir komplikasyondur. Teknik nedenlerin yanı sıra, kalçada daha önceki ameliyatlar ya da yaralanmalar dislokasyonda etkindir. Asetebular komponentin retroversiyonu posterior çıkığın bir nedeni olabilir ve ameliyat sırasında hastanın uygun olmayan bir pozisyonda yatışından kaynaklanabilir. Konservatif yöntemler ile tedavi edilemeyen durumlarda kalçanın yeniden açılarak uygun anteversiyon ve eğim açısına getirilmesi gerekmektedir (77). Jergesen ve arkadaşlarının çalışmasında (1978), ameliyat sonrası dislokasyon geliştiği saptanmıştır (94). Hypnar ve

Anderson'un çalışmasında (2001), evde bakım programının uygulandığı merkezdeki (The Joint Care Center) hastalarda %0.02, bölge hastanelerinde %2.50, devlet hastanelerinde %2.90 oranında dislokasyon geliştiği belirtilmiştir (89).

b) Hematom oluşumu: Kalça protezi ameliyatlarından sonra en çok korkulan komplikasyonlarından biri olan hematoma enfeksiyonlara zemin hazırladığı için, ameliyat sırasında hemostaza çok dikkat edilmesi gerekmektedir. Bu durum profilaktik antikoagülan kullanan hastalarda daha sık görülmektedir (77). Hypnar ve Anderson'un çalışmasında (2001), evde bakım programının uygulandığı merkezdeki (The Joint Care Center) hastalarda %0.01, bölge hastanelerinde %0.80, devlet hastanelerinde %0.50 oranında yara yerinde hematoma geliştiği belirlenmiştir (89).

c) Erken enfeksiyonlar: Ameliyat sonrası ilk 3-6 ayda meydana gelen enfeksiyonlar erken enfeksiyon olarak kabul edilmektedir. Profilaktik antibiyotik tedavisi ve ameliyathane ortamında asepsi ve antisepsi ilkelerine dikkat edilmesi enfeksiyon riskini büyük oranda azaltmıştır (77). Hersekli ve Atik yaptıkları bir çalışmada, yüzeysel enfeksiyon oranını total kalça protezi grubunda %7.10, bipolar hemiartoplasti grubunda %8.30, unipolar hemiartoplasti grubunda %10.50 olarak belirlemişlerdir (84).

d) Pulmoner emboliler: Kemik çimentosu spongios kemik ile direkt temasa geldiğinden beri polimerizasyonun küçük monomerleri sistemik dolaşıma ve bu arada da pulmoner dolaşıma girmektedirler (77). Hypnar ve Anderson'un çalışmasında (2001), evde bakım programının uygulandığı merkezde (The Joint Care Center) pulmoner emboli gelişmezken, bölge hastanelerinde %0.30, devlet hastanelerinde %0.40 oranında pulmoner emboli geliştiği bildirilmiştir (89).

e) Kanama: Herhangi bir ameliyatta olabileceği gibi, protez ameliyatlarında da kanama riski vardır (77). Jergesen ve arkadaşlarının çalışmasında (1978), ameliyat sonrası dönemde bir hastanın ameliyat yarasında hemoraji geliştiği saptanmıştır (94).

f) Tromboflebit ve tromboemboliler: Aşırı kilo, ödem, DVT anemnezi, varikoz venler, osteoartrit tanısı ve 40 yaşın üzerindeki bu hastalarda risk daha yüksektir. Kalça ameliyatı yapılan olgularda mortalite ve morbiditeyi etkileyen önlenebilir en yaygın komplikasyonlardan birisi tromboembolizmdir. Bu grup hastalarda profilaksi uygulanmadığı takdirde pulmoner embolinin %2.00 ile %16.00, fetal pulmoner embolinin ise %2.00 ile %3.40 arasında olduğu; çimentosuz protezlerde derin ven trombozunun %10.00 civarında olduğu bildirilmiştir (77). Derin ven trombozunu önleme amacıyla uygulanan profilaksinin maliyetinin tedavisinden daha ucuz olduğu; hasta başına net kazancın 3400 İsveç Kronu olduğu belirtilmektedir (14). Hypnar ve Anderson'un çalışmasında (2001), evde bakım programının uygulandığı merkezdeki (The Joint Care Center) hastalarda %0.01, bölge hastanelerinde %1.00, devlet hastanelerinde %1.40 oranında DVT geliştiği belirlenmiştir (89).

C) Ameliyat sonrası geç komplikasyonlar: Genel olarak geç enfeksiyonlar, protez komponentinin aşınma ve gevşemesi, femur kırıkları-pelvisin yorgunluk kırıkları ve ektopik kemik oluşumu şeklinde dört grupta toplanmaktadır.

a) Geç enfeksiyonlar: Ameliyattan sonra altı ay ile bir yıl kadar normal seyreden bir hastada aniden ağrıların başlaması, gevşeme bulgularının ortaya çıkması, radyografik değişiklikler, sinüs veya soğuk abse oluşumu, genellikle düşük dereceli ateş, hareket serbestliğinin kaybı, sedimentasyon hızı ve lökosit sayısının yükselmesi, geç enfeksiyon belirtileridir.

Erken tanıldığında ve tedavi edildiğinde %13.00 ile %80.00 başarı oranı olduğu bildirilmektedir. Tedavisinde enfeksiyonun erken tanınması, kültür sonuçlarına göre lokal ve sistemik antibiyotik tedavisi, açık yara debritleme, gerektiğinde implantın uzaklaştırılması yer almaktadır. Enfeksiyon nedeniyle kalça protezlerinin %10.00'una revizyon ameliyatı yapıldığı bildirilmiştir. Kalçadaki drenler 72 saatten fazla tutulduğunda gram (-) enfeksiyon riski artar ve drenlerin ilk 48 saat içinde uzaklaştırılması gerekir. (77, 120).

b) Protez parçalarının aşınma ve gevşemesi: Aşınma, yük altında bulunan karşılıklı iki yüzey arasında oluşan hareketin sonucu olarak eklemde aşınma nedeni ile materyalin çıkması demektir. Aşınma sonrasında polietilen parçada meydana gelen incelme sonucu protezin fonksiyonel yaşamı sınırlanmaktadır (172). Ameliyat sonrası dönemde asetebuler gevşemenin %11.30, femoral gevşemenin %29.90 olduğu bildirilmiştir. Çimentolu kalça protezlerinde iki yıldan sonra enfeksiyon nedeni ile gevşeme ve ikinci bir ameliyat riski giderek azalmaktadır. Ameliyat sonrası 5.-7. yıllar arasında femoral komponent kırıkları sık olmakla birlikte, 7. yıldan sonra pek görülmezler. Ameliyat sonrası 5. yıldan önce asetebuler gevşeme sık olmamakla beraber 8. yıldan sonra giderek artar. Femoral komponentin gevşemesi her yıl oldukça sabit hızda artar. İmplantasyonu izleyen uzun ya da kısa bir nekahat döneminden sonra kalça, uyluk ve kasıkta ani ağrıların başlaması, topuğun yerden aktif olarak kaldırılamaması ve daha önceden negatif olan Trendelenburg testinin pozitif olması gibi bulgular protez gevşemesini gösterir. Protezlerin hatalı implantasyonu, travma ve implanta komşu faktörlerin yol açtığı gevşeme olayına, bu etkenlerin olmadığı başarılı ameliyatlarda bile rastlanmaktadır. Gevşeme tedavisinde implantlar çıkarılarak yenisi takılır (77). Jergesen ve arkadaşlarının çalışmasında (1978), ameliyat sonrası bir hastada yerleştirilen

implantta malpozisyon geliştiği saptanmıştır (94). Hersekli ve Atik'in çalışmasında unipolar hemiarthroplasti uygulanan hastaların %5.30'de gevşeme, %22.20'de asetebular aşınma; bipolar hemiarthroplasti ameliyatı olanların da %22.2'de asetebular aşınma olduğu görölmüştür (84).

c) Femur kırıkları-pelvisin yorgunluk kırıkları: Femur proksimalinde oluşan kırıklar traksiyon ile tedavi edilir. Orta bölümde yerleşen kırıklarda, protez çıkarılarak uzun saplı diğer protez ile revizyon yapılır. Distale yerleşen kırıkların tedavisinde fragmanları tamiri için implant materyalinin kullanılması gerekmektedir (77). Hersekli ve Atik'in çalışmasında unipolar hemiarthroplasti uygulanan hastaların %5.30'de femur diyafiz perforasyonuna bağlı kırık geliştiğinden revizyon ameliyatı uygulanmıştır (84).

d) Ektopik kemik oluşumu: Ender görölen bir komplikasyon olup, insidansı konusunda farklı sonuçlar olduğu görölmüştür. İnsidansının %2.00 ile %90.00 arasında geliştiği belirtilirken, Neal ve arkadaşlarının (2002) alışmasında %43.00 olduğu, ciddi heterotopik kemik oluşumu insidansının %9.00 ile %19.00 arasında değiştiği saptanmıştır (77, 141). Hersekli ve Atik'in çalışmasında total kalça protezi uygulanan hastaların %71.40'de, bipolar hemiarthroplasti grubunda %50.00, unipolar hemiarthroplasti grubunda %47.30 oranında ektopik kemik oluşumu görölmüştür (84). Özellikle osteoporotik zeminde yapılan daha önceki protez ameliyatlarının bu komplikasyonu arttırıcı etkisi olduğu görölmüştür. Kalça ve uylukta lokalize ağrılar, fonksiyon kaybı ve ortalama hareket açıklığında azalma olmaktadır (77). Neal'ın (2003) kalça protezi yapılmış hastalarda ektopik kemik oluşumuna yönelik literatür taraması sonucunda; toplam 10826 bireyin değerlendirildiği 37 çalışmaya ulaşılmıştır. Bu çalışmaların 30'unda ektopik kemik oluşumu ile hareket açısı arasında, 16'sında fonksiyonel sonuçlar arasındaki ilişki incelenmiş; ektopik kemik

oluşumunun kalça eklemine hareket açısında bozulmaya neden olabileceği ve fonksiyonel sonuçları azaltabileceği şeklinde sonuç elde edilirken; ektopik kemik oluşumu ile ağrı arasındaki ilişkinin (14 çalışma) açık olmadığı saptanmıştır. Ayrıca nonsteroid antiinflamatuar ilaç kullanımının ektopik kemik oluşumu riskini azalttığı bildirilmiştir (141).

Yapılan çalışmalarda da kalça protezi sonrası ortaya çıkan komplikasyonların çeşitlilik gösterdiği ve revizyon ameliyatı yapıldığı saptanmıştır. İngiltere’de gelişen komplikasyonlar nedeni ile %10.00 revizyon cerrahisi yapıldığı bildirilmiştir (96). O’Boyle ve arkadaşlarının (1992) çalışmasında 40 hastadan 1’inde ameliyat sonrası dönemde süperfasiyal cilt nekrozu, 2’sinde DVT gelişmiştir (150). Fortin ve arkadaşlarının (1999) artritli hastalarla yaptığı çalışmada ameliyat öncesi dönemde daha çok ağrısı olan ve fonksiyonel durumları daha kötü olan bireylerin ameliyat sonrası sonuçları daha kötü bulunmuştur. Total kalça protezi sonrası hastaneye yeniden yatışların tıbbi sorunlar nedeni ile olduğu belirlenmiştir. Bir hastada pulmoner emboli ile birlikte DVT, bir hastada üst gastrointestinal sistem kanaması, bir hastada Kulak Burun Boğaz cerrahisi gerektiren bir durum ve bir hastada da prostat ameliyat endikasyonu ile yeniden hastaneye giriş yaptığı belirtilmektedir (61).

Görüldüğü gibi bunlar hastanın konforunu bozan, sosyal ve ekonomik kayıplara neden olan, maliyeti arttıran, hastanın tekrar hastaneye dönmesine ve ameliyat olmasına neden olan durumlardır. Bu yüzden erken tanınması ve önlenmesi sağlık personelinin sorumluluğu altındadır. Komplikasyonları önlemek için multidisipliner yaklaşım önemlidir. Vidan ve arkadaşları (2005) kalça kırığı nedeniyle ameliyat edilen 75 yaş üzerindeki yaşlı bireylere uyguladıkları

multidisipliner geriatrik bakım ile mortalite ve tıbbi komplikasyon riskinin azaldığını belirlemişlerdir (200).

1.6.4.4. KALÇA PROTEZİ AMELİYATININ MALİYETİ

Düşmeye bağlı kırıklardan femur kırıkları önemli sağlık sorunlarına ve ölüme yol açtığı için en ciddi kırıklar olarak düşünülmektedir. Amerikan toplumunda her yıl 240.000 femur kırığı oluştuğu, 2040 yılına kadar 500.000'i aşacağını tahmin edildiği belirtilmiştir. Kalça kırıklarının maliyetinin 1986'da 3 milyar \$'dan daha fazla olduğu, %5 enflasyon oranı eklenerek 2040 yılına kadar kalça kırıklarının yıllık maliyetinin 240 milyar \$ olacağını tahmin edildiği bildirilmiştir (189). İngiltere'de yılda 30.000 kalça protezi ameliyatı yapıldığı, maliyetinin 140 milyon pounda (224 milyon dolar) mal olduğu, gelişen komplikasyonlara bağlı yapılan revizyon ameliyatı maliyetinin 2-3 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir. Kullanılan bir kalça protezi maliyetinin yapılacak olan işlemin kompleks olma durumuna ve kullanılacak proteze göre 384 pound ile 7784 pound arasında değiştiği, ortalama 3755 pound gidere neden olduğu saptanmıştır (96).

Düşmeye ilişkin yaralanmaların büyük bir çoğunluğu osteoporozla bağlı olan kırıklardır. Bu kırıklar daha çok kalça, omurga ve el bileğinde ortaya çıkmaktadır. Osteoporozla bağlı olan kırıkların son yıllarda 10 milyar \$ ek yük getirdiği; kalça kırıklarının tedavisinin 10.3 milyar dolar ile 15.2 milyar dolar arasında değiştiği bildirilmiştir. Hastaların, aile üyelerinin ve toplumun yaşadığı üretkenlik kaybı ve yaşam tarzındaki değişiklikler göz önüne alındığında bu durum hesap edilemez. (31, 189). Düşme sonucu yaralanan 65 yaş üzerindeki bireylerin her biri için elde edilen doğrudan maliyet ortalamasının 1.400\$ milyar, total doğrudan maliyet oranının 20.2\$ milyar olduğu bildirilmiştir (61, 189).

Kalça protezi ameliyatları maliyetin yanı sıra mortalite üzerine de önemli derecede etki etmektedir. Hersekli ve Atik (1999) ameliyat sonrası 1. aydaki mortalite oranının unipolar hemiaroplasti için %4.80; 6. ayda total kalça protezi için %4.00, bipolar hemiaroplasti için %4.70, unipolar hemiaroplasti için %9.60; 12. ayda total kalça protezi için %8.00, bipolar hemiaroplasti için %14.30, unipolar hemiaroplasti için %16.30 olduğunu saptamışlardır (84). Stoddart ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kalça cerrahisi sonrası ilk bir yıl içinde mortalite oranı %17.40, üç aylık mortalite oranı %10.00 olarak belirlenmiştir (180). Yaşla birlikte mortalite oranı artmaktadır. Hamel ve arkadaşları (2005), kalça protez ameliyatı sonrası 3. günde 80 yaş altındaki bireylerde mortalite oranının %1.30, acil ameliyatlardan sonra ise %7.60 olduğunu; 80 yaşın üzerindeki bireylerde %6.80, acil ameliyata alınanlarda %10.60 olduğunu saptamışlardır. Aynı çalışmada 30 günlük mortalite oranı 80 yaş altındakiler için %1.30 iken, 80 yaş üzerindeki bireyler için %2.50'tir (80).

Mortalite: Femur kırıklarının maliyete etkisinden çok insan yaşamı üzerine olan etkisi çok daha önemlidir. Femur kırıkları, en yüksek morbidite ve mortaliteye sahip olan kırıklardır (74, 153). Femur kırığı nedeniyle ilk hastaneye yattıklarında ölenlerin oranının %4.00'den daha fazla olduğu bildirilmiştir. %10.00 ile %35.00'lik bir oranda da yaralanma sonrası ilk bir yıl içinde ölüm gerçekleşmiştir (31). Osteoporoz sonucu gelişen kırıklara bağlı ölümler %2.80 oranında görülmektedir (153). Kalça kırıklarının % 15.00-20.00'nin, pnömoni, tromboflebit, pulmoner emboli, dekubitis gibi kırık komplikasyonlarından kaybedildiği bildirilmektedir (77, 171). İngiltere'de uyulanan kalça protezi ameliyatlarından sonra gelişen komplikasyonlara bağlı olarak %10.00 oranında revizyon cerrahisi yapıldığı bildirilmiştir (96).

1.6.4.5. KALÇA (FEMUR) KIRIKLARI

Kalça protezi, osteoartritlerden sonra en çok femur kırıkları nedeni ile yapılmaktadır. Günümüzde femur proksimal bölge kırıklarında çoğunlukla cerrahi tedavi uygulanmaktadır. Genç hastalarda, yer değiştirmemiş, stabil, kemik kalitesi iyi ve çok parçalı olmayan kırıkların tedavilerinde açık redüksiyon ve internal tespit araçları ile cerrahi tedavi yöntemleri tercih edilirken; osteoporotik, yer değiştirmiş ve çok parçalı kırıklı olgularla rehabilitasyonuna hemen başlanması düşünülen olgularda endoprotez yöntemleri uygulanmaktadır (15, 77, 95, 102).

Femur kırıkları morbidite, mortalite ve ekonomik maliyet açısından en ağır ve zor kırıklardır. Sıklıkla ayakta dururken düşme sonrası veya kendiliğinden olurlar. Çok ağrılı olup daima hastanede yatmayı gerektirir. Genelde intra kapsüler (servikal) ve ekstrakapsüler olmak üzere iki tip kalça kırığı olur. Oluş hikayesi ve tedavileri farklıdır. Trokanterik kırıklar daha fazla osteoporotik yapıda olup, yaş ve cinse bağlı spesifik risk servikal kırıklardan daha fazladır (40).

Femur kırıklarında tedavinin temel amacı hastayı ameliyat öncesi fonksiyonlarına geri döndürmektir. Kalça kırığı olan hastaların çoğu için bu amaç cerrahi sonrası erken mobilizasyon ile sağlanabilir (215).

1.6.4.5.1. KALÇA (FEMUR) KIRIĞI İNSİDANSI VE RİSK FAKTÖRLERİ

A) Kalça Kırığı İnsidansı

Dünya geneline bakıldığında kalça kırığı insidansının yüksek olduğu görülmektedir. Nüfusun yaşlanmasıyla birlikte özellikle batı toplumlarında bu insidansın artacağı ve erkeklerde kadınlara göre daha fazla insidans artışı olacağı öngörülmektedir (74, 210). Batı toplumlarında kalça kırığı insidansı 35 yaş altındaki

kadınlarda yılda %0.002 iken, 85 yaş üzeri kadınlarda %0.003032'dir. Erkeklerdeki oran ise %0.004 ve %0.001909 arasında değişmektedir. Dünya genelinde 1990 yılında 1.66 milyon kalça kırığı gelişmiş, bunlardan 1.19 milyonu kadınlarda 463.000'i ise erkeklerde görülmüştür. Kırıkların görüldüğü bölgeler farklılık göstermiş, en yüksek oranlar Kuzey Amerika ve Avrupa'da ve özellikle de İskandinavya'da görülmüştür. Osteoporotik kırık riski Afrika ve Asya'da daha az iken, dünyadaki yansıma değerlendirildiğinde gelecekte artış göstermesi beklenmektedir (210).

Dünya genelindeki insidanda yaşa ve cinsiyete özel değişiklik olmadığı temel alınarak, yıllık kalça kırığı sayısının 2025'te 2.6 milyon, 2050'de 4.5 milyona ulaşacağı; bu büyüme hızının kadınlara göre erkeklerde daha fazla olacağı düşünülmektedir. Yıllık %1.00 artış gösteren kırık oranının 2025'te %42.00, 2050'de %82.00 olacağı düşünülerek, Kuzey Amerika ve Kuzey Avrupa'da 5 kat daha yüksek olacağı 21.3 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. Asya, Afrika ve Latin Amerika'da daha fazla yaşlı olacaktır. Asya'daki nüfusun daha büyük olmasından dolayı, yaşlı nüfusun %38.00'i Asya'da bulunurken, 2025'te bu oranın %50.00'ye, 2050'de %57.00'ye ulaşacağı belirtilmektedir. Bu oranlar doğrultusunda Asya'da 2030 yılında yıllık bir milyon, 2050'de iki milyon kalça kırığı gerçekleşeceği düşünülmektedir. Bu 1990'daki değerlerin %520.00 artış göstereceği anlamını taşımaktadır. Tüm kalça kırıklarının %26.00'si Asya'da oluşurken, 2025'te %37.00, 2050'de %45.00 olacağı tahmin edilmektedir (74).

Kalça kırıklarının Amerikalıların maruz kaldığı en yaygın, maliyeti yüksek ve kalıcı hasar bırakan kırıklardan biri olduğu; ABD'de yılda 1.000.000 olan kırıkların 250.000 tanesini kalça kırıklarının oluşturduğu, bir yılda kaza sonucu oluşan 350000

kırık vakasının hastaneye yatış nedeninin %30.00'nu kalça kırığının oluşturduğu bildirilmiştir. Bu oranın 2040 yılında iki katına çıkacağı düşünülmektedir (96).

B) Kalça Kırıkları Açısından Risk Faktörleri

a) Cinsiyet: Özellikle kadınlarda ve gelişmiş ülkelerde görülen kalça kırıkları önemli bir sağlık sorunu olup, 50 yaşındaki kadınların %16.00'ı; Avrupa ve Amerika'da yaşayan kadınların %10-15'i, erkeklerin %50.00'i ya da 1/3'ü yaşamları boyunca kalça kırığı riski taşımaktadır (31, 74, 153). İngiltere'de kalça protezi ameliyatlarının 15.000 tanesinin kadınlara, yaklaşık 9000 tanesinin erkeklere uygulandığı belirtilmiştir (96).

Günümüzde kadınlarda erkeklere göre daha fazla femur kırığı görülür. Bunun iki nedeni vardır: (1) Erkeklere göre kadınlarda görülen kemik mineral dansite kaybı yaşın artması ile birlikte daha fazladır. (2) Erkeklere göre kadınların yaşının ilerlemesi ile birlikte kadınlarda düşmeler daha fazla görülmektedir (31). Bunun yanı sıra erkeklerin yaşam süreleri uzamaya başladığından, gelecek yıllarda bu artış yüzdesinin erkeklerde kadınlara göre daha fazla olacağı öne sürülmektedir (74). İsviçre'de kadınlarda 0-44 yaş grubunda femur boynu ve femur kırığı insidansı 6.5 ve 21.70, 45-54 yaş grubunda 36.90 ve 16.90, 55-64 yaş grubunda 111.40 ve 37.80, 65-74 yaş grubunda 308.90 ve 71.80, 75-84 yaş grubunda 1229.10 ve 159.40, 85 ve üzeri yaş grubunda 3129.30 ve 447.50 olarak belirlenmiştir. Erkeklerdeki oranlara bakıldığında 0-44 yaş grubunda femur boynu ve femur kırığı insidansı 19.40 ve 60.60, 45-54 yaş grubunda 42.90 ve 27.80, 55-64 yaş grubunda 87.10 ve 44.90, 65-74 yaş grubunda 152.70 ve 38.90, 75-84 yaş grubunda 501.70 ve 64.50, 85 ve üzeri yaş grubunda 1405.70 ve 139.80 olduğu görülmektedir (119).

b) Yaş: Femur kırıkları içinde intertrokanterik kırıklar tüm dünyada nüfusun artışıyla paralellik gösteren, ileri yaşlarda ve kadın popülasyonda daha fazla görülen

kırık tipleridir. Yaş, cins ve kemik kalitesi önemli faktörler arasındadır (77, 171). Kalça kırığı olan 10 hastadan 9'u 65 yaşın üzerindedir. 2040 yılına kadar 65 yaş ve üzeri yaşlıların ikiye katlanacağı, dolayısıyla nüfus yaşlandıkça kalça kırığı sayısının da artacağı beklenmektedir (31). Dünya nüfusu 1990 yılında 5285 milyon olarak hesaplanmış; erkeklerin %16.00'nin kadınların %18.00'nin 50 yaş ve üzerinde olduğu, erkeklerin %0.70'nin kadınların %1.30'nün 80 yaş ve üzerinde olduğu belirlenmiştir. Dünya nüfusunun 2025'te %25.00'nin, 2050'de %32.00'nin 50 yaş ve üzerinde; 2025'te %1.60'sının, 2050'de %3.40'nün 80 yaş ve üzerinde olacağı düşünülmektedir (74). Toplam dünya nüfusunun, 2050 yılında, 6 milyardan 9 milyara çıkacağı tahmin edilmektedir (74, 104). 2000 yılı verilerine göre dünyada 65 yaş ve üzeri 400 milyon insan varken, 2050 yılında bu rakamın yaklaşık 4 kat artış göstererek 1.5 milyarın üstüne çıkması beklenmekte, bu artışın büyük çoğunluğunun da (%90.00) ülkemizin de içinde bulunduğu gelişmekte olan ülkelerde olacağı öne sürülmektedir. 2025 yılı istatistiki projeksiyonları, çoğu gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfusta %300.00'lere varan artışlar olacağını göstermektedir (104). Dünyada ve Türkiye'de 65 yaşın üstündeki insanların nüfusa oranı ve yaşam süreleri ortalaması birbirinden farklılıklar gösterir. İsveç'te toplumun %18.00'i, ABD'de %13.00'ü, Rusya'da %12.00'i, Pakistan'da %4.00'ü 65 yaş üstündedir. Ülkemizde yaşlanma sürecinin en hızlı olduğu ülkeler arasındadır. 1955 yılında nüfusumuzun %3.40'ü 65 yaş üzerinde iken, bu oran 1980'de %4.63 olmuştur. Günümüzde geriatric yaş grubu, tüm nüfusun yaklaşık %6.00'nü oluşturduğu söylenebilir (104).

c) Osteoporoz: Osteoporoz ve düşme nedeniyle femur boynu kırığı daha çok yaşlı bireylerde görülmektedir. Yaşın artması ile birlikte kemik mineral yoğunluğu azalmaktadır. 65 yaş sonrası her 5 yıl için kemik mineral yoğunluğunun %5.00 oranında azaldığı belirtilmektedir (153). Osteoporoz kemik gücünü azaltan bir

hastalık olup, bu hastalıkla doğrudan ilişkili kalça kırıklarının oldukça önemli bir nedenini oluşturur (31). İsviçre’de osteoporoz nedeniyle hastaneye yatış günü kronik obstruktif akciğer hastalığı, stroke, meme kanseri, miyokard enfarktüsü nedeniyle yatış gününden fazladır. Osteoporoz nedeniyle hastaneye yatışların yıllık maliyeti 846 İsviçre Frangı ve osteoporoz komplikasyonlarının maliyeti yaklaşık 600 milyon İsviçre Frangı’nı bulmuştur. Osteoporozun en önemli komplikasyonu kırıklardır. İsviçre’de kırığa bağlı nedenlerden hastaneye yatış kadınlarda 950/100.000, erkeklerde 877/100.000 olarak belirlenmiştir (119).

d) Kemik kütledeki kayıp: Kemik kütledeki kayıp birçok faktör ile ilişkilidir (130, 142, 181). Menopoz dönemindeki kadınların yaşı, sigara içme durumu, östrojen kullanımı, beden kitle indeksi, bel-kalça oranı, tip 1 diyabet tanısının olmasının kırık insidansını etkilediği ve menopoz sonrası dönemdeki ve diyabeti olmayan kadınlara göre 12.25 defa daha fazla kırık gelişme riski taşıdığı saptanmıştır. Tip 2 diyabet tanısı alan kadınların diyabeti olmayan kadınlara göre 1.70 defa daha fazla kalça kırığı riski taşıdığı belirlenmiştir. İnsülin ya da oral antidiyabetik kullanan tip 2 diyabeti olan kadınlarda olduğu kadar bu tanıyı alma süresi de kırık insidansını arttırmaktadır (142). Depresyon da kalça kırığı ile ilişkili olan fakat daha az önemsenen faktörlerden biridir (181). Depresyonun kalça kırığı olan hastalarda özellikle de kadınlar arasında risk faktörü olduğu konusunda çalışmalar vardır. Yaşları 33-49 arasında değişen 48 kadın ile yapılan vaka kontrol çalışmasında, Michelson ve arkadaşları depresyon ve düşük kemik kitlesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulmuşlardır ($p<0.001$), (130).

Kalça kırığında büyük rol oynayan kemik kütle kaybı, kalça kırığından sonra da devam etmektedir. Wehren ve arkadaşları (2004) yaptığı çalışmada, kırık sonrası kemik kaybının %4.70 oranla en çok femur boynunda, %4.40 oranla torakanterde,

%2.50 oranla intertorakanterik bölgede, %3.50 oranla total kalçada ve %2.10'lik oranla tüm vücutta olduğunu saptamışlardır (207).

e) Düşme korkusu ve risk faktörleri: Yaşın artması ile birlikte düşme riski artmaktadır. Yaşı 70'ten daha fazla olan yetişkinlerin %30.00'undan daha fazlası yılda en az bir kere düşmektedir. Her bir düşme kalça kırığı oluşma riskini %30.00 arttırmaktadır (153). Bu istatistiki veriler doğrultusunda düşme riski taşıyan yaşlı bireylerde kalça kırıklarının gelecek yıllarda önemli bir sorun olarak karşımıza çıkacağı açıktır. Yaşlı bireylerin düşmelerinde önemli faktörlerden biri de yaşadıkları düşme korkusudur. Yaşlı popülasyonunda düşme korkusu %20.00 ile %40.00 oranındadır (131).

Düşme korkusunu çok yoğun yaşayan bireylerin hem aktivitesi hem de mobilizasyonu azalmakta, bu durum tekrarlı düşmelere neden olmaktadır. Düşmeye bağlı fiziksel yaralanmalar bir yana düşme korkusunun da yer aldığı psikolojik etkiler daha da fazladır. Yaralanmaya açık yaşlı insanlar arasında kalça kırığına neden olan düşmeler, immobilitiyi ve uzunca bir süre evden dışarıya çıkmamayı kolaylaştıran önemli faktörlerdir. Doğrudan fiziksel yaralanmanın olmadığı düşme deneyimlerinde bile, yeniden düşme ve kontrol eksikliği korkusu yaşanabilmektedir. Bu durum yaşlı insanlarda kendine yeterlilik ve bağımsızlık konusunda anksiyete yaratmaktadır (131, 182, 211). Düşme sonrası yaşlılarda görülen aktivitede azalma, günlük işlerini yerine getirme konusunda güven kaybı ve sosyal izolasyon ile karakterize bu duruma "Düşme sonrası sendromu" denmektedir (208). Düşme korkusunun en önemli sonucu aktiviteyi kısıtlamaktır. Düşme korkusu yaşayan bireylerin %76.00'ı kendilerine olan güvenin kaybından dolayı bazı aktivitelerden kaçındıklarını ifade etmişlerdir. Kendi kendilerine kabullendikleri sınırlama dengede

bozulmaya, kas bütünlüğü, gücü ve esnekliğinde azalmaya, koordinasyonun bozulmasına yol açabilir (131).

Yaşlı bireylerde düşme korkusu ve risk faktörlerini inceleyen birçok çalışma bulunmaktadır (106, 182). Suzuki ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmada katılımcıların %16.30'ü, Lach'in yaptığı çalışmada %56.00'ü düşme korkusu yaşadıklarını belirtmiştir. Kadınlar erkeklere göre daha fazla düşme korkusu yaşamaktadırlar (106, 182, 199). Vellas ve arkadaşlarının (1997) çalışmasında düşme deneyimi olan bireylerin %32.00'i düşme korkusu yaşadıklarını ifade etmiştir. Tekrar düşme korkusu yaşayan bireylerin %31.90'da denge, %12.80'de yürüme bozukluğu bulunduğu belirlenmiştir (199). Denge ve düşme korkusunun yardımcı araç kullanımı ile ilişkili olduğu fakat ağrı ile ilişkili olmadığı saptanmıştır (206).

Düşme korkusu ile ilişkisi olduğu saptanan faktörler arasında daha önce düşme deneyimi özellikle de geçmişte iki veya daha fazla düşme yaşanması, fonksiyonel yetersizlik, kalçada bozulma ve görmede azalma, titremelerin varlığı, geçmiş sağlık durumu, özellikle de stroke ve Parkinson hastalığı olanlar, yaş, beyaz ırk, ve dört ya da daha fazla ilaç alma bulunmaktadır (62, 106, 182). Friedman ve arkadaşları (2002) düşme korkusu yaşayan bireylerde 20 ay içinde düşme yaşandığını belirtmektedir (62). Suzuki ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında, erkeklerde düşme ile günlük yaşam aktiviteleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, kadınlarda düşme korkusu ile yürüme ve banyo yapma arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (182). Lach'in yaptığı çalışmada (2005), tek bir kez düşen yaşlıların düşme nedeni çevresel değişiklikler iken, birden fazla düşmenin nedeni kronik ve intrensek faktörler olarak saptanmıştır. Lach düşme korkusu insidansının %22.40-%22.60 arasında olduğunu; düşme korkusu prevalansının ise iki yıldan daha fazla süre için %23.00'ten %43.00'e doğru artış gösterdiğini belirtmektedir (106).

Düşme sonrasında bazı yaşlı insanlarda depresyon ve güven kaybının yer aldığı emosyonel problemler ortaya çıkabilir. Bunun sonucunda anksiyete ve tekrar düşme korkusu gibi emosyonel problemlere bağlı olarak yaşam kaliteleri azalabilmektedir (182). Hemşireler, yaşlılarda düşme korkusunu ve aktivite sınırlılıklarını azaltıcı girişimler uygulayabilirler. Tennstedt çalışmasında girişim sonrası yaşlı bireylerin aktivite derecelerini arttırmada istekli oldukları ($p<0.05$), girişimden hemen sonra mobilizasyonlarını daha fazla kontrol ettikleri ($p<0.05$), 12. aydaki izlemlerinde sosyal fonksiyonlarının gelişmiş olduğu ($p<0.05$) ve mobilite kapasitelerinin arttığını saptamıştır (188).

1.6.4.6. KALÇA PROTEZİ AMELİYATI SONUÇLARI

1.6.4.6.1. KALÇA PROTEZİ AMELİYATININ AĞRI, FONKSİYONEL DURUM VE YAŞAM KALİTESİNE OLAN ETKİSİ

Kalça protezi ameliyatı olan hastaların sağlık durumunun geliştiğini ve yaşam kalitesinin arttığını gösteren çalışmalar vardır. Kalça protezi ameliyatı sonrası hastaların ağrıları azalmakta, yürüme kapasiteleri ve kalça ekleminin fonksiyonları gelişmektedir. Dolayısıyla hastaların memnuniyeti de artmaktadır (5, 15, 36, 37, 61, 89, 94, 95, 102, 111, 126, 150, 177, 185).

Ameliyat sonrası dönemde hastalar günlük yaşam aktivitelerini daha rahat yerine getirebilmekte, bireylerin yaşam kaliteleri gelişmekte ve memnuniyetleri artmaktadır. Jergesen ve arkadaşları (1978) artritli olan hastalarda uygulanan kalça protezi sonrası fonksiyonel gelişimin olduğunu belirtmektedirler (94). O'Boyle ve arkadaşları (1992) kalça protezi sonrası hastaların yaşam kalitelerinin geliştiğini ve sosyal yaşama katılımlarının ameliyat sonrası 6. ayda daha çok olduğunu saptamıştır (150). Aydın ve arkadaşları (1992) kalça protezi uygulanan ve rehabilitasyon

programına alınan hastaların fonksiyonel durumlarında belirgin bir iyileşme olduğunu ve günlük yaşama daha iyi uyum sağladıklarını bulmuşlardır (5). Laupacis ve arkadaşları (1993) osteoartrozu olan ve kalça protezi uygulanan hastalarda sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin, fiziksel fonksiyonların, sosyal etkileşimin ve yürümenin genel olarak üç ay içinde geliştiğini belirlemişlerdir (111). Dawson ve arkadaşları (1996) kalça protezi uygulanan hastaların ağrılarının azaldığını, fiziksel ve sosyal fonksiyonlarında gelişim olduğunu, ruhsal ve fiziksel anlamda yaşadıkları sınırlılığın azaldığını saptamışlardır (37).

Ethgen ve arkadaşlarının (2004) total kalça ve diz protezi uygulanan hastalar ile yaptığı sistematik review çalışmasında; total kalça protezi uygulanan hastaların sosyal yaşamın iş boyutu haricinde sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ameliyat sonrası dönemde oldukça geliştiği, erkek hastaların ameliyattan daha fazla yarar gördüğü, ameliyatın etkili olmasında yaşın etkili olmadığı, primer cerrahi uygulanan hastaların sonuçlarının revizyon cerrahisi uygulanan hasta sonuçlarına göre daha iyi olduğu, kalça protezi uygulanan hastaların fonksiyonlarını geri kazanmalarının diz protezi uygulanan hastalara göre daha iyi olduğunu belirlemişlerdir (52). Doğumsal kalça çıkığı ve displazisinin tedavisinde çimentosuz kalça protezi sonucu kalça eklemının fonksiyonunun arttığı, ağrının azaldığı ve yürüme mesafesinin arttığı görülmüştür (15).

Ameliyat sonuçlarının başarısı ile rehabilitasyon döneminin etkin olması arasında yakın bir ilişki vardır. Özellikle yaşlı olan bireylerin rehabilitasyonu planlanırken yaşlı özelliklerini göz önünde bulundurarak ameliyat sonuçlarını geliştirebilirler. Eklem protezi yapılan hastaların eklem bakım programdaki kalite sonuçlarını geliştirmek için yapılan bir çalışmada; hastanede kalma süresinin azaldığı, birkaç komplikasyon görüldüğü, hastaların fonksiyonel durumunun

geliştiği, taburcu olmak için daha istekli oldukları ve maliyetin daha az olduğu saptanmıştır (89).

Ameliyat sonuçlarını hastaların ve hekimlerin değerlendirmesi farklılık gösterebilir. Liberman ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (1996) hastaların hekimlere göre ağrıyı daha yüksek, memnuniyeti daha düşük tanımladığı belirlenmiştir (117). Ameliyat kararını vermeden önce hekim ve hastanın durumu tartışmaları ve beklentilerin neler olduğunu belirlemeleri önemlidir.

Kalça kırığı olan hastalar ızdırap verici tedaviyle birlikte ameliyat sonu dönemde uzun süre immobil kalabilmektedirler. Bazı bireyler de bağımsız yaşamayı kaybetmektedirler. Kalça kırığı sonrası bireylerin yaklaşık %50.00'i kırık öncesi döneme göre daha büyük fonksiyonel yetersizlikler yaşamaktadır. Bazı kişilerin uzun bir süre bakım evlerinde yaşamaları gerekecek veya aile üyelerinden birisinin yardımına bağımlı olacaklardır (31, 74). Shyu ve arkadaşlarının (2004) alışmasında, kalça kırığından bir ay sonra fiziksel problemlere bağlı fonksiyonel (10.97 ± 16.19) ve rol sınırlılıkları (6.32 ± 20.60) toplumda yaşayan bireylere göre (77.50 ± 20.50 ; 63.80 ± 45.30) en düşük düzeyde bulunmuştur. Genel sağlık durumu 1. ay ile 3. ay arasında anlamlı bir artış gösterirken ($p<0.01$), 3. ay ile 6. ay arasında anlamlı bir artış olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Taburculuk sonrası 3. aydan sonra 6. aya kadar fiziksel fonksiyonlar anlamlı derecede artış göstermiştir (25.18 ± 23.66 ; 40.30 ± 25.94 , $p<0.05$). Fiziksel problemlere bağlı rol sınırlılıkları 3. aydan 6. aya kadar değişim göstermezken, 6. aydan 1. yıla kadar gelişme göstermiştir (17.69 ± 31.78 ; 32.22 ± 44.47 , $p<0.05$), (175). Holtzman ve arkadaşları (2002), kalça protezi uygulandıktan sonra kadınların erkeklere göre daha fazla yardımcı gerece gereksinim duyduklarını saptamıştır (86). Boonen ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada kalça kırığından 12 ay sonra bile fonksiyonel durumun ve yaşam kalitesinin azaldığı

görülmüştür (18). Norton ve arkadaşları yaptığı çalışmada (2000), yaşın ilerlemesiyle birlikte, daha önceki tıbbi durum ve sakatlıklardan bağımsız olarak kalça kırıklarının iki yıl içinde fiziksel fonksiyonlarda dramatik bir şekilde azalmaya neden olduğunu saptamışlardır. Kalça kırığı yaşayan bireylerle toplumda sağlıklı bir şekilde yaşamını sürdüren bireyler karşılaştırıldığında, kalça kırığı yaşayan bireylerde immobilitenin 4.2 defa daha fazla olduğu, fonksiyonel bozukluğu 2.6 defa daha fazla olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada bireylerin %80.90'u kadın, %50.70'i 80-89 yaş grubunda, %71.50'i kendi evinde yaşayan, %77.00'nin görmesinde azalma olduğu, %16.60'da kalp hastalığı olduğu, %19.70'nin stroke yaşadığı ve %53.30'de artrit olduğu belirlenmiştir. Bireylerin %61.50'i toplumda mobil yaşarken, %17.50'nin belirli alanlara çıkabildiği, %19.70'nin evde yaşadığı, %1.50'nin yatak ya da sandalyeye bağımlı olduğu saptanmıştır. Tekerlekli sandalye kullanmayan %89.40, genelde kullanan %9.00, günün çoğunda kullanan %2.00, her zaman kullanan %0.03 olarak belirlenmiştir. Yürürken yardımcı araç kullanmayanların oranı %50.30 iken, genelde kullananlar %13.60, günün çoğunda kullananlar %14.30 ve her zaman kullananlar %21.60'dır (147). Eastwood (2002), kalça kırığı nedeniyle ameliyat olan hastaların %33.00-%37.00'nin altı ay içinde ameliyat öncesi fonksiyonlarına döndüğünü, %24.00'nün bağımsızca hareket edebildiğini bildirmiştir (44). İngiltere'de uygulanan kalça protezi ameliyatlarının %14.00'nün etkili olmadığı belirlenmiştir (96).

1.6.5. KALÇA PROTEZİ UYGULANAN HASTANIN HEMŞİRELİK BAKIMI

1.6.5.1. AMELİYAT ÖNCESİ DÖNEM

A) Hasta Tanılaması:

Ameliyat öncesi dönemde hastayı değerlendirme ve yönetme ameliyat sırasında hastanın optimal sağlık düzeyinde olmasını hedeflemektedir. Ameliyat öncesi tam bir değerlendirme doğrudan kardiyovasküler, solunum, renal ve hepatik fonksiyonlara yöneliktir. Hastanın mevcut hastalıkları tedavi planını etkileyebilir. Sıvı elektrolit dengesindeki bozukluklar ve kardiyopulmoner problemler özellikle yaşlı olan hastalar için risk oluşturmaktadır. Yaş, obezite, bacak ödemi, derin ven trombozu hikayesi ve varikoz venler ameliyat sonrası derin ven trombozu ve pulmoner ödem açısından risk oluşturur. Bu nedenle hastanın mutlaka nörovasküler izlemi yapılmalıdır.

Bunların yanı sıra, beslenme ve boşaltım durumu, enfeksiyon olup olmadığı, hipertansiyon, Diyabetes Mellitus, artrit gibi hastalıkların varlığı, ağrının olup olmadığı, ilaç kullanımı, travma olup olmadığı ve sağlık alışkanlıkları değerlendirilir. Ameliyat öncesi dönemdeki tanı çalışmaları için gereken işlemler gerçekleştirilir. Hastanın aydınlatılmış onamı kontrol edilerek, hastanın varsa özel durumları (ilaçları, yaşlılık vs.) gözden geçirilir.

Hastada enfeksiyon olup olmadığı değerlendirilir. Planlı cerrahiden önce 2-4 hafta öncesinde herhangi bir enfeksiyon varlığı, ameliyatın ertelenmesine neden olabilir. Proflaktik antibiyotik kullanımı önemlidir (17, 23, 30, 54, 82, 115, 156, 176, 215).

B) Hasta Eğitimi:

Doktoru ile birlikte kalça protezi kararını veren hastalar, geleceği ile ilgili kaygıları yaşamaya başlar. Ameliyat olma psikolojisi içinde hekimin kendisine verdiği bilgileri yeterince anlamayabilir. Elektif cerrahilerde haftalar ya da aylar öncesinden yapılan açıklamalar unutulabilmektedir. Genellikle yaşadıkları korku ya da anksiyete nedeni ile doktoruna ne soracağını bilememektedirler. Planlı hasta eğitimi ve danışmanlığı yapılarak hastanın fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan ameliyata ve ameliyat sonrası döneme hazırlanması sağlanabilir. Bu eğitim sırasında hemşire ve hasta arasındaki etkileşim çok önemlidir. Hastanın eğitim ihtiyaçları, anksiyetesi ve cerrahi konusundaki korkuları bireysel olarak ele alınmalıdır. Ameliyat öncesi eğitim, anksiyeteyi azaltır ve hastanın kendi bakımına aktif olarak katılmasına yardımcı olur. Hasta kliniğe geldikten sonra karşılanması ve kliniğe kabulü hemşire tarafından gerçekleştirilmektedir. Hasta bireye çalışan kişiler, diğer hastalar, çevre ve işlemler tanıtılarak klinik ortama uyumu sağlanmalıdır.

Kalça protezi ameliyatından önce eğitimde esas olarak verilen konu alanları şunlardır:

- Ameliyat öncesi genel hazırlık ilkeleri
- Öksürme ve derin solunum yöntemi
- Etkilenmeyen ekstremiteye ROM (Range of Motion) egzersizleri
- Ameliyat sonrası pozisyonu nasıl sağlanacağı
- Gluteal, abdominal ve quadrisep kasların egzersizleri
- Ayağın dorsofleksiyonu ve plantar fleksiyonu
- Kalçanın yükseltilmesi
- Ameliyat sonrası dönemde bacağın abduksiyonunu sağlamak için bacak arasında yastık kullanmanın önemi

- Mesane ve barsak boşaltımının nasıl olacağı
- Ağrı yönetimi
- Ameliyat sonrası olabilecek malzemeler (foley katater, hemovak dren, intravenöz katater vb.) konusunda hasta bilgilendirilmelidir (17, 23, 30, 54, 82, 115, 156, 176, 215).

- Ameliyat öncesi dönemde derin solunum ve öksürük ile yatak içinde dönme ve ekstremitte egzersizleri anlatılır.

a) Derin Solunum Egzersizleri: Ameliyat sonrasında hastalar için en uygun solunum şekli diyafragmatik-karın solunumudur. Bu solunumu gerçekleştirmek için;

- Sırtüstü uzanın ve sağlam bacağınızın dizini bükerek karın adalelerinizin gevşemesini sağlayın.

- Ellerinizi karın bölgesinin yan taraflarına yerleştirin.

- Karnınızın üst kısmı dışa doğru şişinceye kadar burun yoluyla nefes almaya devam edin.

- Karın adalelerinizi kasarak, havayı ağız yoluyla yavaşça üfleyin.

b) Öksürük Egzersizleri: Bu egzersizi yarı oturur ya da yatar pozisyonda yapabilirsiniz.

- Öncelikle derin bir soluk alın.

- Havayı ağızdan çıkarırken patlama sesi yapın.

- Derin soluk egzersizleri öksürüğü uyaracağından, öksürük egzersizinden önce yapın.

c) Dönme Egzersizleri: Dönme dolaşımınızın artmasına yardımcı olur ve solunum problemlerinin gelişmesini önler.

- Karyola kenarlıklarını kullanarak ve yataktan elinizle destek alarak sırt üstü pozisyondan sağlam bacağına altta kalacak şekilde yan pozisyona dönebilirsiniz.
- Takılan protezin yerinden çıkmasını önlemek için bacaklarınızın arasına mutlaka yastık koyun.
- Ameliyattan sonra saatte bir kez veya iki saatte bir kez dönebilirsiniz.

d) Ekstremiteler (Kol ve Bacak) Egzersizleri: Bu egzersizler dolaşım problemlerini önler ve ameliyat sonrası gaz sancılarını giderir.

- Ameliyatsız bacağınızın tüm eklemlerini özellikle kalça, diz ve ayak bileği eklemlerini hareket ettirin.
- Ayaklarınızı çevirin (sirküler hareket).

C) İlaç Kullanımı:

Hastanın mevcut hastalıkları ve kullandığı ilaçlar öğrenilir. Hastaya kalp, hipertansiyon, diyabet vb gibi kronik hastalıkları nedeniyle kullandığı ilaçları içmeye devam etmesi gerektiği söylenir. Sürekli kullandığı ilaçların ameliyat sabahında doktor önerisiyle hemşire tarafından az bir su ile verilebileceği açıklanır. Ameliyattan iki hafta kadar önce doktor önerisiyle aspirin ve antiinflamatuar ilaçların alımı sonlandırılabilir. Ameliyattan önce ağrı kesici olarak genellikle parasetamol içeren ağrı kesiciler önerilmektedir. Ayrıca hastanın herhangi bir ilaç ya da maddeye karşı alerjisi olup olmadığı öğrenilir.

Hemşire ameliyat öncesi dönemde antibiyotik ve antikoagülan ilaçları hekim istemindeki gibi uygulamalıdır. Hastaya ağrı yönetiminin nasıl olacağı ve hasta kontrollü analjezi konusunda bilgi verilmelidir. Bunun yanısıra hastanın kullanması gereken diğer ilaçlar isteme göre uygulanmalıdır (17, 23, 30, 54, 82, 115, 156, 176, 215).

D) Emosyonel Destek:

Hastanın ameliyat konusunda görüşleri alınıp, bu konudaki duygu ve düşüncelerini ifade etmesine fırsat verilir. Bu dönemde korku ve anksiyete beklenen duygulardır. Hastanın ameliyattan beklentileri öğrenilir. Hekimin açıkladığı cerrahi yöntem konusunda tartışılır. Hastanın anlamadığı şeyler doktor ile işbirliği yapılarak açıklanır. Hasta ekipteki diğer kişilerle iletişime geçmesi için cesaretlendirilir. Klinikteki ameliyat olmuş diğer kişilerle etkileşime geçmesi sağlanarak, deneyimleri paylaşması için yönlendirilir (17, 23, 30, 54, 82, 115, 156, 176, 215).

E) Ameliyat Öncesi Dönemde Genel İlkeler:

- Hastanın tanınması ve fiziksel hazırlık gerçekleştirilir. Hastanın rahatlaması ve uyuması sağlanır. Hastalar, ameliyata ilişkin korku ve endişelerini paylaşmaları ve soru sormaları için cesaretlendirilir.

- Ameliyattan sonra her hastada farklı derecelerde ağrı oluşabileceğini, ağrının klinik hemşiresi ve doktoru tarafından sık sık değerlendirilerek ağrı kesici ilaçlarla kontrol altına alınacağı açıklanır. Ağrı değerlendirmede kullanılan tanılama araçlarının ya da ölçeklerin neler olduğu hastaya anlatılır. Ayrıca hastaya hasta kontrollü analjezinin ne demek olduğu ve bu cihazı nasıl kullanacağı açıklanır.

- Ameliyattan sonraki sıvı elektrolit dengesini sağlamak ve hastayı beslemek amacıyla intravenöz yoldan sıvı replasmanı yapılabileceği ifade edilir.

- Hastanın vücudunda ateş, halsizlik, burun akıntısı, idrar yaparken yanma, boğaz ağrısı vb. herhangi bir enfeksiyon belirtisi varsa bildirmesi gerektiği ve ameliyatın ertelenebileceği açıklanır. Enfeksiyon tedavi edildikten sonra ameliyatın planlanabileceği belirtilir.

- Ameliyattan önce kalp, akciğer, böbrek ve diğer sistem fonksiyonlarını değerlendirmek amacıyla elektrokardiyografi ve akciğer grafisi çekileceği, kan ve idrar tetkiklerinin yapılacağı, eğer doktoru uygun görürse farklı branşlardaki hekimlerin konsültasyona geleceği açıklanır.

- Doktorun kendisinden ameliyat için yazılı izin alacağı, kendisine ameliyatın olumlu yanları, riskleri ve olabilecek komplikasyonlar, ameliyat sonrası hastayı nelerin beklediğini gösteren aydınlatılmış onam formunu imzalatacağı söylenir ve uygulanır.

- Ameliyattan önceki gece hazırlığına ilişkin aşağıdaki konular hastaya açıklanır:

a) Cilt Hazırlığı: Ameliyat edilecek olan bölgedeki deri üzerinde bulunan tüylerin ameliyathane ortamında traşlanacağı, bu bölgenin belden itibaren ameliyat edilecek bacadaki dizin altına kadar olan alanı kapsadığı ve aynı bölgenin antibakteriyel solüsyonlarla yıkanacağı belirtilir.

b) Gastrointestinal Sistem Hazırlığı: Ameliyattan sonra bulantı ve kusmayı önlemek amacıyla beslenmenin yasaklanacağı ve gerekirse lavman uygulanacağı açıklanır. Ameliyat gününden önceki gece saat 24⁰⁰'den sonra hiçbir şey yiyip içmemesi gerektiği söylenir. Ameliyat sabahı doktor önerisiyle bazı ilaçlarının çok az su ile verilebileceği açıklanır. Ameliyattan sonra anesteziye bağlı susuzluk hissedebileceği ve kuruyan dudaklarının hemşireler tarafından hafifçe ıslatılabileceği belirtilir. Hastanın barsak sesleri duyulmaya başladıktan sonra ve bulantı kusması yoksa, başlangıçta azar azar su verilebileceği, daha sonra ayran, komposto, meyve suyu gibi sulu gıdalara, sonra çorba, yoğurt, muhallebi gibi yumuşak gıdalara ve en sonunda da normal diyete geçebileceği söylenir.

c) **Anestezi Hazırlığı:** Ameliyattan önceki gün anestezi hastayı değerlendirir ve muayene sonucunda ne tip anestezi alacağı belirlenir. Hastanın bu konuda soruları olursa anestezi sorabileceği belirtilir.

d) **İstirahat ve Uykunun Sağlanması:** Hastanın psikolojik ve fizyolojik yönden ameliyata iyi hazırlanması, ameliyattan önceki geceyi rahat geçirmesi sağlanır.

- Daha rahat uyumak için odanın havalandırılması, sırt masajı yapılması ve bir bardak ılık süt yardımcı olabilir.

- Hastanın korku ve endişelerini hemşire ile paylaşması sağlanabilir.

- Genellikle anestezi, geceyi rahat geçirmesi için premedikasyon isteminde bulunacaktır.

* Hastanın ameliyat günü hazırlığı aşağıdakileri kapsar:

1. Yaşam bulguları alınır.

2. Sabah bakımı yapılır.

3. Başka bakımları veya özel istem varsa (damar yolu açılması, foley kateter takılması vb.) uygulanır.

a) Ameliyat öncesi dönemdeki ilaçları varsa isteme göre verilir.

b) İstemde varsa **premedikasyon** hemşire tarafından uygulanır.

Premedikasyon yapıldıktan sonra baş dönmesi olabileceği için hastaya tek başına yataktan kalkmaması, ilaç uygulanmadan önce tuvalete gitmesi gerektiği söylenir.

c) Ameliyata gitmeden önce varsa makyajı, ojeleri, toka ve takıları, işitme cihazı, gözlüğü, kontakt lensleri, takma dişleri ve saati çıkarılır.

d) Değerli eşyalarını ve parasını saklaması ya da hemşireye teslim etmesi hatırlatılır.

e) Tüm çamaşırlarının çıkarılacağı ve ameliyat gömleği giydirileceği söylenir.

f) Ameliyathane gömleğini giydikten sonra sedyeye alınarak dosyası ile birlikte ameliyathaneye gönderileceği anlatılır.

g) Hastanın durumu hakkında yakınlarına ameliyathane hemşiresi tarafından bilgi verileceği belirtilir (17, 23, 30, 54, 82, 115, 156, 176, 215).

F) Ameliyat Sonrası Dönemde Gözlemler:

- **Ekstremitelerin nörovasküler değerlendirilmesi:** Pedal nabızlar, solgunluk, siyanoz, uyuşukluk, soğukluk, ödem vb.

- **İnsizyon alanı:** Yara drenajı, hemovak dren kontrolü, aşırı kanama ya da drenaj

- **Ptotezin dislokasyonu:** Ağrının artması, etkilenen bacağın kısalması ya da dönmesi

- **Ağrının yeri ve özelliği** değerlendirilmektedir. Bunların yanı sıra üriner retansiyon, fekal impakt, atelektazi, pnomoni, tromboflebit, pulmoner emboli, hemoraji, şok, yağ embolisi, disoryantasyon, vücut ısısının artması, taşikardi, taşipne ve göğüs ağrısı yönünden hasta yakından izlenir (17, 23, 30, 54, 82, 115, 156, 176, 215).

1.6.5.2. AMELİYAT SONRASI DÖNEM

A) Ameliyat Sonrası Genel Bakım: Ameliyat sonrası genel bakım ilkeleri geçerlidir. Ameliyat sonrası amaçlara ulaşmak önemlidir. Bunlar;

- Yeterli hava yolunu ve solunum fonksiyonlarını sağlama
- Yeterli kardiyovasküler sistem fonksiyonları ve doku perfüzyonunu sağlama
- Yeterli sıvı elektrolit dengesi ve böbrek fonksiyonlarını sağlama
- Homeostazisi düzenleme ve komplikasyonları önleme
- Konforu ve dinlenmeyi sağlama
- Yeterli beslenmeyi ve boşaltımı sağlama
- Yara iyileşmesini sağlama
- Aktivasyonu ve mobilizasyonu sağlama
- Yeterli emosyonel destek ve olumlu beden imajını sağlama
- Taburculuk planı (17, 23, 30, 54, 82, 115, 156, 176, 215).

B) Ameliyat Sonrası Erken Dönem Bakımı

Hasta uyandırma ünitesinde izlendikten sonra kliniğe alınır. Hasta kliniğe gelir gelmez yaşam bulguları alınır; solunum, kardiyovasküler sistem, nörolojik fonksiyonlar, damar yolu, cerrahi yara kontrol edilir; mevcut drenler veya tüplerin açıklığı sağlanır; sırtüstü pozisyon verilerek ilk 24 saat yatak istirahati sağlanır. Ağrı kontrolü yanı sıra, istemdeki diğer ilaçlar (antibiyotik, antiemetik vb) uygulanır. Bu girişimlerden başka erken ameliyat sonrası bakımda aşağıdaki hemşirelik aktiviteleri uygulanır:

- Hasta stabil duruma geldikten sonra, 48 saat boyunca 4 saatte bir yaşam bulguları kontrol edilir, daha sonra izlem sıklığı açılır.
- Hastanın bulantı kusması varsa başı yana çevrilir ve antiemetik uygulanır.
- Farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler ile ağrı yönetimi yapılır.

- Ameliyattan önce düzenli aldığı ilaçlar uygulanır.
 - Antibiyotik, antikoagülan, analjezik vb. ilaçlar isteme göre uygulanır.
 - Parantral sıvılar istemde yer aldığı gibi uygulanır.
 - İsteme göre başlangıçta sıvı olan yüksek proteinli diyet uygulanır.
 - Hastanın aldığı çıkardığı izlemi yapılır.
 - Gerekirse idrar ölçümü yapılır. İdrar retansiyonu açısından gözlem yapılır.
 - Solunum sesleri 2-4 saatte bir dinlenir.
 - Ortalama 2 saatte bir öksürük ve derin solunum egzersizlerini yapması için hastaya yardımcı olunur.
 - Hemovak dren varsa serbest drenaja bırakılır ve drenaj 8 saatte bir ölçülür.
 - Hastanın yara yeri pansumanı 4 saatte bir kontrol edilir. Aşırı bir drenaj varsa hekime bildirilir.
 - Gerekliğinde antibiyotikli solüsyon ile sürekli yara irrigasyonu sağlanır.
- Drenajın özelliği ve miktarı 8 saatte bir kayıt edilir.
- Ameliyat edilen bacağıın nörovasküler durumu 4 saatte bir kontrol edilir.
- Herhangi bir değişiklik durumunda hekime haber verilir.
- Hastanın baldırı hassasiyet, ödem ve ağrı yönünden 4 saatte bir kontrol edilir.
- Herhangi bir değişiklik durumunda hekime haber verilir.
- İstemde yer aldığı gibi her iki bacağı antiembolik çoraplar uygulanır.
 - Yaşlı hastalar konfüzyon ve disoryantasyon yönünden gözlenir.
 - Hastanın pozisyonu istemde yer aldığı gibi 2 saatte bir değiştirilir.
 - Kemik çıkıntılarına cilt bakımı uygulanır.
 - Ameliyatsız bacağı 2 saatte bir aktif ROM egzersizlerini yapması için hasta cesaretlendirilir.

- Ameliyat edilen bacağın ayağına 5-10 kez dorsofleksiyon ve plantar fleksiyon yapmasını ve izometrik egzersizler yapması öğretilir ve hastaya bu konuda yardımcı olunur.

- Hastaya hekim tarafından belirlenen pozisyon sınırlılıkları konusunda bilgi verilir. Amaç ameliyat edilen protezin dislokasyonunu önlemektir. Rotasyondan ve akut kalça fleksiyonundan kaçınılması önemlidir.

- Dislokasyonu önleme amacıyla ameliyat edilen bacağın addüksiyonu önlenir. Bunun için bacak arasına yastık konarak bacağın abduksiyonu sağlanır. Hastanın ayak ucuna asılıp kalkabileceği bir şerit bağlanabilir.

- Ameliyat edilen bacağın internal ve eksternal rotasyonundan kaçınılır. Bunun için bacakların iç ve dış yanına yastık ya da rulo yerleştirilir.

- Dislokasyonu ve fleksiyon kontraktürünü önlemek için yatak başı 45 dereceden fazla kaldırılmamalıdır. Ayrıca hasta yatakta 90 derecede oturtulmamalıdır.

- Ameliyat sonrası dönemin başından itibaren buz torbası konabilir.

- Emosyonel destek sağlanır.

- Gerektiğinde kan ve idrar tetkikleri alınabilir ve grafi çekilebilir (17, 23, 30, 54, 82, 115, 156, 176, 215).

C) Ameliyat Sonrası Geç Dönem Bakımı

Bu dönemde ameliyat sonrası bakımın devamlılığı sağlanır ve hastanın durumunu geliştirmek için özbakım konusunda hemşirelik fonksiyonlarının sıklığı azaltılır. Geç posoperatif dönemde hastanın erken mobilizasyonu komplikasyonları önleme açısından büyük önem taşımaktadır. Rehabilitasyon süreci ameliyattan sonra ilk birinci günde başlamalıdır. Mobilizasyonda ilk sağlanan şey hastanın ayakta

durması ve yataktan sandalyeye geçmesidir. Hastanın durumuna göre ameliyattan sonra birkaç saat içinde ya da ertesi gün yürütülmeye başlanır. Hemovak dren genellikle 48. saatte çıkarılır.

İkinci önemli nokta tromboembolik komplikasyonların önlenmesidir. Hastanın erken mobilize edilmesi venöz stazı azaltarak bu komplikasyonların önlenmesine yardımcı olur. Bunun yanı sıra hastaya profilaktik ajanlar uygulanmaktadır. Bu amaçla aspirin, warfarin, heparin en sık kullanılan ilaçlardır.

Bunun yanı sıra hemşirenin uygulaması gereken aktiviteler şunlardır:

- İsteme göre yüksek protein içeren diyet uygulanır.
- Kontrendike olmadıkça günde 2500-3000 ml sıvı alması sağlanır.
- İsteme göre pansumanları değiştirilir: Yara iyileşmesi açısından insizyon bölgesi kontrol edilir. Yara yerinde kırmızılık, ağrı, şişlik veya drenaj varsa hekime bildirilir.
- Ameliyatsız bacağın eksenini üzerinde kalçanın ekstansiyonda kalmasına yardımcı olunur.
- Kalçanın yalnızca 45 derece fleksiyonda kalması sağlanır. Kalçanın 90 derece fleksiyonundan kaçınılır.
- İsteme göre yürüteç ya da koltuk değneği kullanılır.
- Hastanın konstipe olması önlenir. Gerekirse isteme göre laksatifler verilir.
- Hastaya 2 saatte bir sırt bakımı yapılır.
- Oturmaya izin verildiğinde sandalyenin oturma yeri yüksek olmalı ve otururken bacaklar arasına yastık konmalıdır.
- Tuvaletin oturma yeri yüksek olmalıdır.
- Enfeksiyon ve dislokasyon belirtileri açısından izlenmelidir.

- Ameliyat sonrası akut dönemi geçirdikten sonra, kişinin mobilize olması ve kendine bakım aktivitelerini yerine getirmesi önemlidir. Taburculuk öncesi hastaya ve aileye komplikasyon belirtileri, kontrendike hareketler, kontrole ne zaman geleceği, ilaçlarını nasıl kullanacağı ve öğrenmek istedikleri konusunda eğitim verilir. Aynı zamanda hastaya eğitim kitapçığı verilmesi uygundur (17, 23, 30, 54, 82, 115, 156, 176, 215).

1.6.7. KALÇA PROTEZİ UYGULANAN BİREYİN TABURCULUK EĞİTİMİ

Hemşirelerin eğitici ve danışman rollerini kullanarak, sağlığın korunmasında sekonder ve tersiyer bakımdaki sorumluluklarını, gereksinimlere yanıt verebilen etkin bir taburculuk eğitimi ile yerine getirmeleri gerekmektedir. Taburculuk öncesi hastaya spesifik olarak yapılan eğitim genel olarak aşağıdaki konuları içermektedir:

- Yara bakımı ve enfeksiyon bulguları
- Aktivitede olan sınırlılıklar
- Beslenme eğitimi
- Ameliyat sonrası ilaç kullanımı
- Kişisel hijyen
- Cerraha ya da kliniğe kontrole gelmesinin önemi

Taburculuk planı ve eğitimi, hastanın hastaneye kabul edildiği zamanda başlamalıdır. Birçok hasta ameliyat sonrası 5-7 gün içinde taburcu edilmekte, bazen taburculuk daha da erken olabilmektedir. Bu yüzden erken taburculuk planı gerekli olabilir. Ameliyat öncesi dönemde eğitime başlama zamanı, bireye göre değişmektedir. İdeal olanı, hastaya yeterli eğitim ve soru sormasına yetecek zaman ayrılmalıdır. Eğer eğitim, ameliyattan birkaç gün önce yapılırsa hasta unutulabilir.

Diğer yandan, eğitimin cerrahiden hemen önce yapılması hastanın anksiyetesi olacağı için dinlemesine ve anlamasına engel olacaktır. Bazı vakalarda, cerrahiye alındığı gün eğitim verildiği görülmektedir. Ameliyat öncesi eğitim yazılı veya sözlü verilmelidir. Taburculukla ilgili anksiyeteden dolayı, hastaya ve ailesine önemli bilgilerin yazılı olarak verilmesi tercih edilmektedir. Eğitim planlamanın tipi ve içeriği, bireye ve ameliyatın tipine göre değişmektedir. Taburculuk eğitim araçları, açık, anlaşılır olmalı ve kullanılan eğitim materyalleri ameliyat öncesi dönem ve yoğun bakım süresince hastanın öğrenmesini sağlamalıdır. Eğitim planları ve hastanın anlaması, hasta bakım planlarına ve dosyalarına kaydedilmelidir (17, 23, 30, 54, 82, 115, 156, 176, 215).

Kalça protezi olan hastaların taburculuk eğitimi, evde bakımlarını bağımsız bir şekilde sürdürebilecekleri düzeye gelebilmelerini sağlayacak içerikte olmalıdır. Bunun için hastaya ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası bakıma yönelik eğitim verilebilmesi için eğitim araçları geliştirilmelidir. Egzersizler yazılı ve resimlerle açıklanarak verilmelidir (54, 89). Yapılan bir çalışmada eğitim kitapçığı ve eğitim danışmanlığının hastalar tarafından en iyi bilgi sağlama yöntemi olarak görüldüğü; ameliyata bağlı komplikasyonların eğitim sırasında ayrıntılı olarak anlatılmasının hastaları mutsuz ettiği belirtilmiştir (68). Bu yüzden eğitim hastaya özgü olmalıdır.

Taburculuk Kriterleri:

Hastanın taburcu olması aşağıda verilen kriterlere bağlıdır.

- Ateşinin olmaması,
- Vital bulguların normal sınırlarda olması,
- İnsizyon yerinde enfeksiyon belirti ve bulgularının olmaması,
- Konraktürlerin olmaması ya da cilt bütünlüğünün bozulmaması,

- Oral antikoagülanların 48 saat önce ve kabul edilebilir sınırlarda tromboplastin zamanında verilmesi,
- Oral ilaçlar kullanarak ağrıyı kontrol edebilir olması,
- Mesane ya da barsak disfonksiyonunun olmaması,
- Pulmoner ya da kardiyovasküler komplikasyonların olmaması
- Bağımsız olarak ya da az bir yardımla günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilir olması,
- Transfer sırasında ya da ambulasyonda kalça fleksiyonu, orta hatta yaklaştırma ve ağırlık taşıma kısıtlamalarına bağlı olması,
- Uygun yardımcı aletleri kullanarak bağımsız ya da az bir yardımla transfer ve ambulasyonu gerçekleştirebilmesi,
- Yeterli besin alımını tolere edebilmesi,
- Protez dislokasyonu belirti ve bulgularının olmaması,
- Yeterli ev destek sisteminin olması ya da ev destek sistemi yetersizse rehabilitasyon merkezine gönderilmesi (Günlük yaşam aktiviteleri, transfer ve bağımsız olarak ambulasyon yetersiz ise ya da fleksiyon, ağırlık taşıma kısıtlamasına uyumunda yetersizlik varsa) (17, 23, 30, 54, 82, 115, 156, 176, 215).

Hasta Taburculuk Eğitimi

- Hastanın ve yakınlarının bilgilendirilmesi ve öğretilenleri anlaması sağlanır.
- Taburculuğu takiben laboratuvar ve tıbbi izlemin gerekliliği açıklanır.
- Aşağıda belirtilen konulara dikkat etmesi gerektiğinin önemi vurgulanır:
 - Derin solunum ve öksürük egzersizlerini uygulaması
 - Kontrendike değilse 2500-3000 ml/gün sıvı alması
 - Ameliyat edilen bacakta abduksiyonun sağlanması

- Yüksek sandalyede oturması
- Yükseltilmiş tuvalette oturmanın önemi

* **Pozisyon:** Kalça protezi uygulanan hastaların pozisyonu planlanırken, protezin dislokasyonunun, kalçanın fleksiyon kontraktürünün, ameliyat edilen bacağın dışa ya da içe rotasyonunun önlenmesi amaçlanır.

Protezin dislokasyonunu önlemek için üç ay süre ile;

- Otururken bacaklarını birbirine yaklaştırmadan, gerekirse bacak arasına yastık koyarak yüksek tabanlı sandalye ya da koltukta oturması,
- Yatakta yatarken bacaklarının arasına yastık koyması gerektiği,
- Bacaklar arasında yastık varken sağlam taraf üzerine yan yatabileceği,
- Yükseltilmiş tuvalette oturması gerektiği, tuvalete otururken ve kalkarken bedenini öne doğru eğmekten ve kalçasını bükmekten kaçınması gerektiği,

Kalçanın fleksiyon kontraktürünü önlemek için üç ay süre ile;

- Çok uzun süreli oturmaması, oturması gerekiyorsa arada kalkıp yaklaşık 10-15 dakika yürümesi gerektiği,
- Otururken 90 derece dik oturmaması, 45-60 derece açı ile oturması gerektiği,

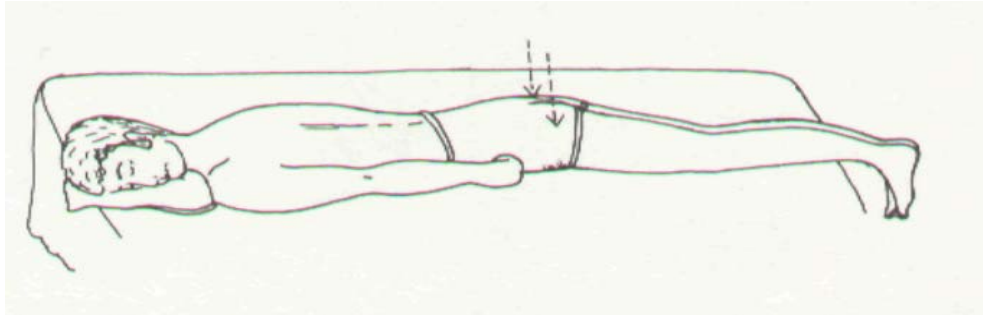
Ameliyat edilen bacağın dış ve iç rotasyonunu önlemek için üç ay süre ile bacakların iç ve dış yanına yastık koyabileceği; ayağın plantar fleksiyonunu önlemek için ayak tabanına yastık yerleştirebileceği açıklanır (17, 23, 30, 54, 82, 115, 156, 176, 215).

* **Egzersiz :** Egzersizin amacı eklemlerdeki ağrıyı ve katılığı azaltabilmek ve kas gücü ve esnekliğini arttırabilmektir. Hasta için hangi egzersiz programının uygun olduğuna hekim ve fizyoterapist hemşire ile işbirliği yaparak karar verir. Çoğu

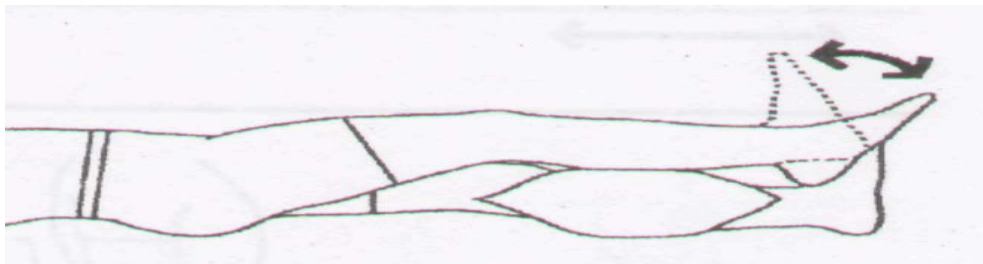
egzersiz programı hareket edebilme aktiviteleri (Range of Motion-ROM) ve kas gücünü geliştirme egzersizleri ile başlar. Hekim ve fizyoterapist hastanın daha fazla hareket edebilmesi için gerekli aktiviteleri hemşire gözlemlerine dayalı olarak belirler. Hastaya egzersizle ağrısının arttığı noktada egzersizi bırakması ve sağlık personeline iletmesi söylenir.

Kalça protezi olan hastaların egzersizlerinde yatarken ve otururken özellikle gluteal grupları çalıştırmak ve izometrik egzersizler yapmak önemlidir. Gluteal kasları çalıştırmak için hastaya sırtüstü uzanması ve kalça kaslarını sıkıştırması, 5 saniye süre ile bu şekilde tutması ve bu hareketi 10 defa tekrarlaması söylenir.

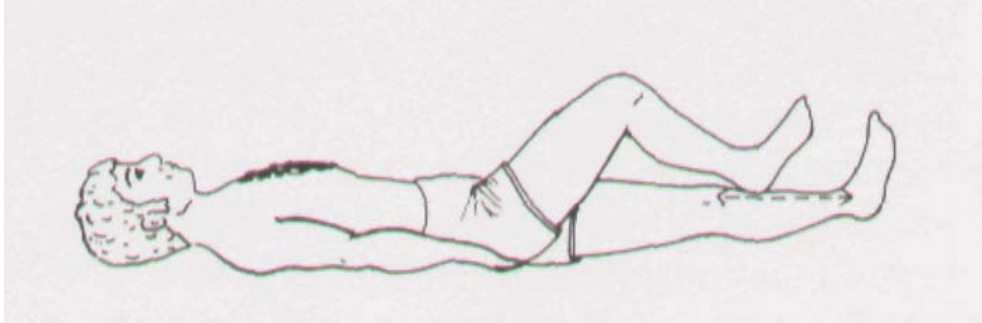
Quadriseps grupları: Bu izometrik bir egzersizdir, hareket içermez. Diz yüzeyinin arkasını gerdirerek ve diz kapağını (patella) sıkıştırarak quadriceps kaslarını sıkıştırın. Özellikle dizin kasılmasıyla diz kenarında oluşan gözlenebilir kontraksiyonlara bakın. 5 saniye kasılı tutun, sonra gevşeyin. 10 defa tekrarlayın.



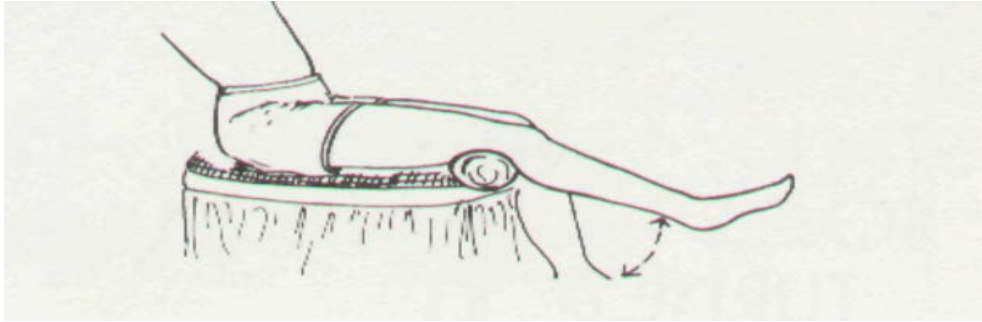
Ayak bileğini çekme: İlk önce ayak baş parmağınızı aşağıya doğru yönlendirerek eklemin dönme hareketini ve dolaşımı arttırın. Sonra ayak başparmağınızı kaldırın, yavaşça döndürme hareketini devam ettirin. 10 defa tekrarlayın.



Topuk-kalça hareketi: Etkilenen dizinizi kıvrırın yaklaşık 45 saniye için topuğunuzu kalçanıza doğru kaydırın. Gerginlik gelişir, 5 saniye bu şekilde tutun ve sonra topuğunuzu başlangıçtaki pozisyona getirin. 10 defa tekrarlayın.



Otururken Dizi Düz Tutma Hareketi: Bacaklarınız serbest olacak şekilde oturun ve ameliyatlı bacağınızın dizi altına rulo yaptığımız havluyu yerleştirin. Bacağınızı ve ayağınızı yukarıya doğru kaldırın. Bacaklarınıza önerilen ağırlıkları asabilirsiniz.



- Fiziksel sınırlılıkların neler olduğu açıklanır. Kilo almaması gerektiği, günlük aktivitelerini yerine getirirken dinlenme periyotlarını planlamasının önemi ve egzersiz sırasında kendisini fazla zorlamaması gerektiği açıklanır.

- Ameliyatlı bacağına 15 dakika içinde 5-10 kez izometrik egzersiz yapması konusunda bilgi verilir. Ayrıca, ameliyatlı taraftaki ayağın dorsofleksiyona ve plantar fleksiyona getirmesinin önemi açıklanır.

- Sık sık yürüyüş yapması, yürüyüşlerini küçük adımlarla sık sık dinlenme molası vererek kendisine öğretilen araçlarla düz bir zemin üzerinde yapması gerektiği açıklanır.

- Futbol, basketbol, voleybol, tenis, jogging gibi yüksek etkili aktivitler önerilmez. Bu aktiviteler yeni kalça eklemının yapısını bozabilir ve protezin bazı parçalarının kaybına neden olabilir. Yüzme, yürüme ve yerinde sabit duran bisiklete binme kas gücünü arttıran ve önerilen egzersizlerdir.

- Kendisine verilen ambulasyon ve ağırlık taşıma programına uymasının önemi belirtilir.

- Yardımcı araçlar (yürüteç, koltuk değneği, baston kullanımı, yükseltilmiş tuvalet, banyo sandalyesi gibi) nasıl kullanılabileceği belirtilir.

- Ameliyatına özgü aktivite ve egzersiz programı, merdiven çıkma, inme, ulaşım konusunda eğitim yapılır. Bacak, bacak üzerine atmaması, ayağını çaprazlamaması ve içe rotasyon yapmaması, eğilmemesi, yardımsız ayakkabı giymemesi ya da bağlamaması gerektiği açıklanır (17, 23, 30, 54, 82, 115, 156, 176, 215).

Özellikle yaşlı bireylerde düşmeye bağlı kalça kırığı riski yüksek olduğundan, yaşlılara egzersiz programları uygulanarak, kaslarının güçlendirilmesi ve dengede kalabilmelerinin geliştirilmesi önemlidir. Villareal ve arkadaşları (2003) yaralanmaya açık 75 yaş üzeri yaşlı kadınlara uygulanan egzersiz programı ile kemik kütlelerinin geliştiği ve gücün arttığını, dolayısıyla kırık riskinin azaltılabileceğini saptamıştır (201).

* **Ağrı yönetimi:** Ağrıyı farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerle kontrol altına alma yöntemleri açıklanmalıdır. İlaçlar ve ağrıyı azaltan yöntemler (dinlenme, gevşeme, ilgiyi başka yöne çekme gibi) konusunda bilgi verilmelidir (17, 23, 30, 54, 82, 115, 156, 176, 215).

* **İlaçlar:** Verilen ilaçların amacı, uygulama yolu, dozu, yan etkileri ve hekime başvurması gereken konular açıklanır. Taburculuk sonrası uygulanan ilaçlar

genellikle analjezikler, antibiyotikler, antienflamatuar ve antikoagulan ilaçlardan oluşmaktadır (17, 23, 30, 54, 82, 115, 156, 176, 215).

*** Yara bakımı:**

- Yaranın özellikleri, yara iyileşmesinin göstergeleri, yara iyileşmesini azaltan ve arttıran etmenler, pansuman değişimi, yara enfeksiyonu belirtileri konusunda hastaya bilgi verilmelidir.

- Yara yerindeki dikişlerin ortalama 7-10 gün içinde alınacağı belirtilir (17, 23, 30, 54, 82, 115, 156, 176, 215).

*** Tehlikeli belirti ve bulgular:** Derin ven trombozu (uylukta ağrı, ven hattı boyunca kızarıklık vb.), nörovasküler zedelenme (soğukluk, solgunluk, uyuşukluk, duyu kaybı), enfeksiyon (ateş, titreme, kızarıklık, yaradan akıntı), protez dislokasyonu (bacağın kısılması, aniden artan ağrı, bacağın hareket etmesinde güçlük) gibi belirti ve bulgular ortaya çıkarsa hekime başvurması gerektiği belirtilir (17, 23, 30, 54, 82, 115, 156, 176, 215).

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

- Yara yerindeki dikişler alındıktan 3 gün sonra yara yerini ovalamadan duş şeklinde banyo yapabileceği,

- Üç ay boyunca çorap ve ayakkabıyı kendi kendine giymemesi gerektiği,

- Kıyafetlerini giyerken düşmesine neden olabilecek önlemleri alması gerektiği,

- En az altı ay ile bir yıl boyunca bacak bacak üstüne atmaması gerektiği,

- En az bir yıl boyunca çömelmemesi gerektiği,

- Ameliyat olan bacağının üzerinde üç ay boyunca dönmemesi gerektiği,

- Otururken veya ayakta iken yerden bir şey almak için eğilmemesi gerektiği,

- Merdiven çıkarken sağlam bacağını önce atması, merdiven inerken ise önce koltuk değneklerini ve daha sonra ameliyat olan bacağını atması gerektiği,

- En az iki-üç ay koltuk değneksiz yürümemesi gerektiği,

- En az üç ay boyunca yükseltilmiş klozet kullanması gerektiği,

- Bacaklarını en az iki ay süre ile birleştirmemesi gerektiği,

- Ameliyat olan bacağı iki ay boyunca içe ve dışa çevirmemesi gerektiği,

- Ağır yük taşımaması gerektiği, ilk üç ay en fazla bir iki kilogram ağırlık taşıyabileceği,

- Fazla ayakta kalmaması, yorulduğunu hissettiği anda oturup dinlenmesi gerektiği,

-Yemeğini kendisinin hazırlayabileceği, 15-20 dakikadan fazla hareket etmeden ayakta durmaması gerektiği,

- Araba kullanmanın en az 6 hafta boyunca kesinlikle uygun olmadığı belirtilir. Doktorunun önerisine göre genellikle 3-6 ay sonra mutlaka emniyet kemeri takarak kullanabileceği açıklanır.

- Cinsel ilişkinin ameliyattan sonra 3 ay kadar uygulanmaması gerektiği, daha sonra kontrollü bir şekilde ilişki sırasında protezsiz tarafa yan yatarak, altı aydan sonra ise tamamen serbest olduğu açıklanır. En az 3-6 ay boyunca cinsel ilişki sırasında zorlayıcı aktivitlerden kaçınması gerektiği belirtilir.

- Günlük duş alabileceği belirtilir.

- Havaalanı, alışveriş merkezi gibi yerlerde manyetik kapılardan geçerken ya da herhangi bir nedenle manyetik film çekilmesi gerektiğinde protezli olduğunu belirtmesi gerektiği söylenir (17, 23, 30, 54, 82, 115, 156, 176, 215).

* **Evdeki güvenlik önlemleri:** Alçak topuklu ayakkabılar giyme, zeminlerden düşmelere neden olabilecek kablo, halı, paspas vs. gibi şeylerin kaldırılması, kaygan

zemin olmaması, alçak yerlere oturmaması, gerekirse banyoya tutunacak trabzanlar yerleştirilmesi gibi dikkat etmesi gereken noktalar öğretilir (17, 23, 30, 54, 82, 115, 156, 176, 215).

* **Beslenme:** İyileşmeyi hızlandırmak ve konstipasyonu önlemek için protein, lif ve vitaminlerden zengin diyet alması ve kilo almadan kaçınması söylenir. Fazla kilosu olanlara beslenme uzmanı ile işbirliği yapılarak beslenme programı hazırlanır (17, 23, 30, 54, 82, 115, 156, 176, 215).

* **Kontrol ve iletişim:**

- İstemde yer aldığı gibi fizik tedavinin ve poliklinik kontrolünün önemi belirtilir.

- Randevu tarihi, saati ve yeri belirtilir.

- Doktor ya da klinik hemşiresi ile nasıl irtibat kuracağı açıklanır (17, 23, 30, 48, 54, 82, 115, 156, 176, 215).

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırmanın amacı, kalça protezi uygulanmış olan hastaların telefon görüşmesi yolu ile izlem sürekliliğinin sağlanmasının bireylerin ameliyat sonrası bakım sonuçlarına etkilerinin incelenmesidir. Bu amaç doğrultusunda planlanan araştırma olgu kontrol çalışması olarak yapılmıştır.

2.2. KULLANILAN GEREÇLER

Araştırmada kullanılan Aydınlatılmış Onam Formu (EK-I), Hasta Tanılama Formu (EK II), taburculuk eğitimine yönelik eğitim kitapçığı (EK-V), Kalça Protezi Uygulanan Hastaları Evde Telefon ile İzlem Formu (EK-VI), Kalça Protezi Uygulanan Hastaların Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumlarını Değerlendirme Formu (EK-VII) araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Verilerin toplanmasında ayrıca Fonksiyonel Değerlendirme Formu (EK-III) ve Kalça Değerlendirme Anketi (EK-IV) kullanılmıştır.

2.2.1. Kalça Protezi Planlanan Hastaların Araştırmaya Katılımları İçin Aydınlatılmış Onam Formu (EK-I)

Hem olgu hem de kontrol grubundaki hastalara gerekli açıklamalar yapılarak aydınlatılmış onamları imza karşılığında alınmıştır (EK-I).

2.2.2. Hasta Tanılama Formu (EK II)

Hasta tanılama formu bireyin sosyodemografik özelliklerini, geçmişteki ve mevcut sağlık durumunu, kalça protezi endikasyonu doğuran mevcut sağlık durumuna ilişkin risk faktörlerini tanılamaya yönelik olup, literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Toplam 26 sorudan oluşan formda 15 soru açık uçlu diğerleri çoktan seçmeli soru tipindedir.

2.2.3. Fonksiyonel Değerlendirme Formu (EK III)

Fonksiyonel Değerlendirme Formu(EK-III) Jergersen (1978) tarafından geliştirilmiş olup, geçerlik ve güvenilirliği Aydın ve arkadaşları (1992) tarafından yapılmıştır (5, 94). Bu form İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde Alt Ekstremité Değerlendirme Formu olarak kullanılmaktadır (5, 185).

Fonksiyonel Değerlendirme Formu (EK-III) maksimum yürüme mesafesi, yürümede yardımcı araçların kullanımı, sandalyeden kalkma, merdiven çıkma, çalışma durumu, günlük aktiviteler, ulaşım ve alt ekstremité bakımı olmak üzere 8 ayrı bireysel fonksiyonu içermektedir. Her biri kendi içinde puanlanan fonksiyonların maksimum total puanı 100 olup normal fonksiyonu ölçen bir araç olarak kullanılmaktadır.

Fonksiyonel Değerlendirme Formu'nda maksimum yürüme mesafesi; 4 sokak ve daha fazla yürüme 15 puan, 1 veya 2 sokak yürüme 8 puan, ev içinde yürüme 4 puan, yürüyemiyor 0 puan olarak puanlandırılmıştır. Yürümede yardımcı araçların kullanımı; kullanmıyor 15 puan, zaman zaman 1 baston/koltuk değneği 12 puan, sürekli 1 baston/koltuk değneği 8 puan, sürekli 2 baston/koltuk değneği 6 puan, yürüteç kullanma 4 puan, tekerlekli sandalye 0 puan şeklinde değerlendirilmektedir.

Sandalyeden kalkma üç bölümden oluşup; normal/hafif kol desteği ile sandalyeden kalkma 15 puan, maksimum eforla sandalyeden kalkma 8 puan, sandalyeden kalkamıyor 0 puan şeklindedir. Merdiven çıkma aktivitesi; normal 15 puan, merdivenleri tek tek çıkma 12 puan, trabzana tutunarak/yardımcı araçla 8 puan, çıkamıyor 0 puan şeklinde puanlandırılmıştır. Çalışma durumu; tam gün/yarım gün iş 10 puan, yok 0 puan şeklinde değerlendirilmektedir. Günlük işlere ilişkin puan dağılımı; ağır ev işi/alışveriş 10 puan, sınırlı ev işleri 6 puan, yapamıyor 0 puan şeklindedir. Ulaşım; tüm ulaşım araçlarıyla (araba, otobüs, tren) 10 puan, yalnız araba ile 6 puan ve yapamıyor 0 puan olarak puanlandırılmıştır. Alt ekstremitte bakımı üç bölümden oluşup; bağımsız 10 puan, yardımcı gereçle 6 puan ve yapamıyor 0 puan şeklindedir.

Araştırmada, fonksiyonel değerlendirme için bu formun seçilme nedeni; geçerlik ve güvenilirliğin çalışılmış olması, kurum bazında kullanılıyor olmasının yanı sıra telefon aracılığı ile hastaların izlenebilmesine elverişli olmasıdır.

2.2.4. Kalça Değerlendirme Anketi (EK-IV)

Kalça Değerlendirme Anketi (EK-IV), Oxford Üniversitesi Nuffield Ortopedi Merkezi'nden Dawson, Fitzpatrick, Carr ve Murray (1996) tarafından geliştirilmiş, geçerlik ve güvenilirliği aynı araştırmacılar tarafından yapılmıştır. Anketin Cronbach's Alpha değeri ameliyat öncesi dönem için 0.84, ameliyat sonrası dönem için 0.89 olarak bulunmuştur (37).

Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliği Şendir (2000) tarafından yapılmıştır. Şendir'in çalışmasında (2000) anketin zamana göre değişmezlik korelasyon katsayısı 0.94 olarak belirlenmiş; iç tutarlığın değerlendirmesi sonucunda, anketin Cronbach's

Alpha değeri hasta kabulünde 0.78, ameliyat sonrası 3. ayda 0.89 olarak bulunmuştur (185).

Kalça Değerlendirme Anketi (EK-IV) hastaların kalça eklemlerine bağlı sıklıkla yaşadıkları sorunları bildiren 12 ifadeden oluşmaktadır. Bu ifadeler; ağrı, banyo yapma, ulaşım, çorap giyme, alışveriş, yürüme süresi, merdiven çıkma, sandalyeden kalkma, topallama, kalça ağrısı şekli, gece ağrısı ve ağrının günlük aktivitelere etkisinden oluşmaktadır. Her bir ifade için 1'den 5'e kadar (yaşanan en az zorluktan en fazla zorluğa kadar) değişen likert tipi puanlama yapılmıştır. Anketteki ifadelere verilen puanlar toplanarak tek bir anket puanı hesaplanmaktadır. Anketin toplam en düşük puanı 12, en yüksek puanı 60'dır. Anketten alınan düşük puanlar hastalıktan en az etkilenme, yüksek puanlar ise hastalıktan etkilenmenin fazla olduğu şeklinde yorumlanmaktadır.

Kalça Değerlendirme Anketi'nde ağrı; hiç 1 puan, çok hafif 2 puan, hafif 3 puan, orta 4 puan, çok fazla 5 puan şeklinde puanlandırılmıştır. Banyo yaparken kalçada herhangi bir sorun olup olmadığı; hiç rahatsız olmadım 1 puan, çok az rahatsız oldum 2 puan, orta derecede rahatsız oldum 3 puan, aşırı derecede rahatsız oldum 4 puan, yapmam mümkün değildi 5 puan olarak değerlendirilmiştir. Ulaşım sırasında arabaya binip inerken ve toplu taşıma araçlarını kullanırken sorun yaşama durumu; hiç sorunum olmadı 1 puan, çok az sorunum oldu 2 puan, orta derecede sorunum oldu 3 puan, aşırı derecede sorunum oldu 4 puan ve yapmam mümkün değildi 5 puan şeklinde puanlandırılmıştır. Çorabı rahatlıkla giyme; evet, kolaylıkla 1 puan, çok az zorlukla 2 puan, orta dereceli zorlukla 3 puan, aşırı derecede zorlukla 4 puan ve hayır, mümkün değil 5 puan üzerinden değerlendirilmiştir. Kendi başına alışveriş yapabilme; evet, kolaylıkla 1 puan, çok az zorlukla 2 puan, orta dereceli zorlukla 3 puan, aşırı derecede zorlukla 4 puan ve hayır, mümkün değil 5 puan olarak

puanlandırılmıştır. Kalçada ağrı yaşamadan yürüyebilme mesafesinin puan dağılımı ağrısız/30 dakikadan fazla 1 puan, 16-30 dakika 2 puan, 5-15 dakika 3 puan, sadece evde 4 puan, hiç yürüyemiyordum 5 puan şeklindedir. Bir kat merdiven çıkabilme aktivitesi; evet, kolaylıkla 1 puan, çok az zorlukla 2 puan, orta dereceli zorlukla 3 puan, aşırı derecede zorlukla 4 puan ve hayır, mümkün değil 5 puan üzerinden değerlendirilmiştir. Sandalyeden kalkarken kalçada ağrı yaşama durumu; hiç ağrı olmuyor 1 puan, hafif ağrı oluyor 2 puan, orta derecede ağrı oluyor 3 puan, çok ağrı oluyor 4 puan, çekilmez/dayanılmaz ağrı oluyor 5 puan şeklinde puanlandırılmıştır. Yürürken topallama; nadiren/asla 1 puan, ara sıra ve yalnızca ilk adımda 2 puan, sıklıkla yalnızca ilk adımda değil 3 puan, çoğu zaman 4 puan ve her zaman 5 puan olarak değerlendirilmiştir. Etkilenen kalçada “batıcı”, “keskin” veya “kasılma” şeklinde ani ciddi ağrı yaşama durumuna ilişkin puan dağılımı hiçbir zaman (gün)/hayır olmuyor 1 puan, sadece 1 veya 2 gün 2 puan, bazı günler 3 puan, çoğu zaman (günler) 4 puan, her gün 5 puan şeklindedir. Kalçadaki ağrının genel olarak işleri etkileme durumu hiç etkilemiyor 1 puan, biraz etkiliyor 2 puan, orta derecede etkiliyor 3 puan, büyük ölçüde etkiliyor 4 puan, tam olarak işlerimi etkiliyor 5 puan olarak puanlandırılmıştır. Gece yatakta kalçada ağrı yaşama durumu; hiç rahatsız etmiyor 1 puan, sadece 1 veya 2 gece 2 puan, bazı geceler 3 puan, çoğu geceler 4 puan, her gece 5 puan olarak değerlendirilmiştir.

Dawson ve arkadaşları (1996), hastaların subjektif algılarını ölçen, hastalığa özgü olan, önemli değişikliklere duyarlı ve rutin kullanım için elverişli bir araç geliştirmeyi amaçlamışlardır. Geçerlik ve güvenilirliği yapıldıktan sonra klinik değişikliklere duyarlı olduğu gösterilmiş ve araştırmalarda kullanılmak üzere önerilmiştir (37). Şendir (2000) kalça değerlendirme anketinin kalça protezi uygulanan hastalarda kullanılacak geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu

belirtmektedir (185). Fitzpatrick ve arkadaşları (2003) özellikle yaşlıların kullanımı için elverişli, kısa, uygulaması kolay, kullanışlı bir anket olduğunu ifade etmektedir (59).

Araştırmada, kalça eklemde ortaya çıkabilecek sorunları belirlemek için bu formun seçilme nedeni; kalça protezi uygulanan hastaların yaygın olarak yaşayabileceği sorunları içermesi, hastanın kendi sağlık durumunu ve tedavisinin yararlarını yargılayabileceği bir öz bildirim aracı olması, geçerlik ve güvenilirliğin yüksek olması, uygulamasının 5-10 dakika gibi kısa bir sürede olduğunun belirtilmesinin yanı sıra telefon aracılığı ile hastaların izlenebilmesine elverişli olmasıdır.

2.2.5. Kalça Protezi Olan Hastaların Taburculuk Eğitimine Yönelik Eğitim Kitapçığı (EK-V)

Taburculuğu planlanan hastalar Hemşirelik Taburcu Kriterleri'ne göre değerlendirilmiştir.

Taburculuk eğitiminde hastaların ve yakınlarının bilgilенmesine ve öğretilenleri anlamasına önem verilmiştir. Taburculuğu takiben laboratuvar ve tıbbi izlem gerekliliğinin önemi vurgulanmış; sağlığını koruma ve geliştirme, kalça protezi uygulanan hastaların dikkat etmesi gereken konulara yönelik eğitim, hasta klinikte yattığı sürece hem olgu, hem de kontrol grubundaki hastalara uygulanmıştır. Eğitim içeriği taburculuktan bir gün önce tekrarlanmış ve hazırlanan eğitim kitapçığı tüm hastalara verilmiştir. Hastaların araştırmacıya ulaşabileceği telefon numaraları kitapçığın üzerinde belirtilmiştir. Olgu grubundaki hastalar 1. hafta, 1., 2. ve 3. ay telefon ile aranarak eğitim ve danışmanlık hizmetleri sürdürülmüştür.

Toplam 18 sayfadan oluşan eğitim kitapçığının içeriğinde ağrı yönetimi, yara bakımı, günlük yaşam aktiviteleri, egzersiz, öz bakım, beslenme, komplikasyon belirtilerini izleme, ilaçların kullanımı, evde güvenlik önlemleri, fiziksel sınırlılıklar, sosyal yaşam ve cinsel yaşamda dikkat edeceği noktalar, yürürken yardımcı araç kullanımı, doktorun önerdiği fizik tedavi ve poliklinik kontrolüne uymanın önemi vurgulanmıştır.

2.2.6. Kalça Protezi Uygulanan Hastaları Evde Telefon ile İzlem Formu (EK-VI)

Hasta taburcu edildikten sonra hastaları izlemeye yönelik oluşturulan formun özelliği, hastalar ile telefonda görüşme yapılarak verilerin toplanabilmesine olanak sağlamasıdır. Araştırmacı tarafından oluşturulan bu formun güvenilirliğini test etmek için 10 hasta üzerinde deneme yapılmış, Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0.85 olarak bulunmuştur.

Kalça Protezi Uygulanan Hastaları Evde Telefon ile İzlem Formu, kalça protezi uygulanan hastaların ameliyat sonrası dönemdeki ağrı yönetimi; yara bakımı; emboli, nörovasküler sorun, derin ven trombozu ve dislokasyon saptama; ilaç kullanımı; beslenme; öz bakım; aktivite, cinsel ve sosyal yaşam alanlarında evde bakım yönetimine yönelik 1. hafta, 1. ay, 2. ay ve 3. aydaki semptom tanınmasını ve ilgili alanlarda araştırmacının uygulamalarını (bilgi verme, eğitimi tekrarlama, danışmanlık yapma ve doktora yönlendirme) içermektedir.

Formda hastanın ağrısı yok:1 puan, hafif:2 puan, orta:3 puan, şiddetli:4 puan, dayanılmaz: 5 puan şeklinde puanlanmıştır. Yaranın durumu, emboli, nörovasküler sorun, derin ven trombozu ve dislokasyon belirtileri, beslenme, özbakım ve aktivite durumu hafif: 1 puan, orta: 2 puan, şiddetli: 3 puan, yok: 4 puan üzerinden

değerlendirilmiştir. Cinsel aktivitede zorlanma açısından puan dağılımı; hafif: 1 puan, orta: 2 puan, şiddetli: 3 puan, yok: 4 puan, cinsel aktivite yok: 5 puan, cinsel aktivitede bulunmayı tercih etmiyor: 6 puan şeklindedir. İlaç yan etkilerinin oluşması hafif: 1 puan, orta: 2 puan, şiddetli: 3 puan, yok: 4 puan, ilaç kullanmıyor:5 puan şeklinde puanlanmıştır. Hastanın sosyal yaşamı; hafif: 1 puan, orta: 2 puan, şiddetli: 3 puan, yok: 4 puan, sınırlandırmış:5 puan üzerinden değerlendirilmiştir.

Formun ikinci bölümünde Kalça Protezi Uygulanan Hastaların Taburculuk Sonrası Evde Telefon İle İzlenmelerinin Hastalar Tarafından Algılanması yer almaktadır. Bu bölümde hastaların telefon ile yapılan izlemde memnun olma, telefon ile yapılan izlemde yararlanma ve telefon ile yapılan önerilere uyma durumları 5'li likert tipi ölçek ile değerlendirilmiştir.

Hastaların telefon ile yapılan izlemde memnun olması; çok memnunum: 5, memnunum: 4, bilmiyorum: 3, memnun değilim: 2 ve hiç memnun değilim: 1 olarak; hastaların telefon ile yapılan izlemde yararlanması çok yararlandım: 5, yararlandım: 4, bilmiyorum: 3, yararlanmadım: 4 ve hiç yararlanmadım: 5 olarak; hastaların telefon ile yapılan önerilere uyma durumları önerilere tamamen uydum: 5, önerilere kısmen uydum: 4, bilmiyorum: 3, önerilere pek uymadım: 2, önerilere hiç uymadım: 1 olarak puanlanmıştır.

The American Academy Of Orthopaedic Surgeons, kalça protezi sonrası değerlendirilmesi gereken hasta sonuçlarını ağrı, fizik muayene bulguları, günlük yaşam aktiviteleri, yürüme, hasta memnuniyeti, radyografik bulgular ve komplikasyonlar olarak belirlemiştir (116). Radyografik bulgular hekimin görev alanı içinde olup, telefon ile tanılanması da mümkün değildir. Hastanın fizik muayenesinin doğrudan yapılamayışı telefon hemşireliğinin dezavantajları içinde bulunmaktadır. Fakat yine de hastanın klinikte eğitimi tamamlandıktan sonra,

taburculuk sonrası telefon ile derinlemesine görüşme yapılarak fizik muayenesi yapılabilir. İzlenmesi gereken diğer sonuçlar telefon ile değerlendirmeye uygun olan alanlardır.

2.2.7. Kalça Protezi Uygulanan Hastaların Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumlarını Değerlendirme Formu (EK-VII)

Araştırmacı tarafından hazırlanan Kalça Protezi Uygulanan Hastaların Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumlarını Değerlendirme Formu; yara yerini, fiziksel mobilitiyi/günlük yaşam aktivitelerini ve ameliyat sonrası komplikasyonları (dislokasyon, nörovasküler etkilenme, derin ven trombozu, emboli) değerlendirmeye yöneliktir. Bu formdaki değerlendirme kriterleri hafif var: 1, orta derecede var: 2, şiddetli derecede var: 3 ve yok: 4 olarak puanlandırılmıştır.

2.3. KULLANILAN YÖNTEM

Araştırma kalça protezi uygulanmış olan hastaların telefon görüşmesi yolu ile izlem sürekliliğinin sağlanmasının bireylerin ameliyat sonrası bakım sonuçlarına olan etkilerini incelemek amacı ile olgu kontrol çalışması olarak yapılmıştır.

Araştırmaya katılmayı kabul eden ve örneklem özelliklerine uygun olan bireyler ortopedi kliniğine yatışlarından itibaren izleme alınmıştır. Hastalarla tanışılmış, araştırmanın amacı açıklandıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul eden hastaların aydınlatılmış onamı (EK-I) alınmıştır. Hastalar ile olan iletişimde etkili iletişim teknikleri kullanılarak kliniğe uyumları sağlanmış, hastalar duygu ve düşüncelerini paylaşmaları için cesaretlendirilmiş ve soruları yanıtlanmıştır. Ameliyat öncesi dönemde her gün hastalar ziyaret edilmiş, yüz yüze etkileşim sağlanarak ameliyat öncesi hazırlıkları ve eğitimleri tamamlanmıştır. Hastalar ile

ameliyat öncesi dönemde geçen etkileşim süresi farklılık göstermiş, femur kırıkları nedeni ile hastaneye yatan hastalar için genellikle 24 saat, kırık dışındaki diğer nedenlerden dolayı ameliyat planlanan hastalar için ortalama 3-4 gün boyunca etkileşim devam etmiştir.

Klinikte yatmakta olan ve benzer özellikleri taşıyan olgu ve kontrol gruplarına literatüre dayalı olarak araştırmacı tarafından oluşturulan Hasta Tanılama Formu uygulanmıştır (EK-II).

Hem olgu hem de kontrol grubundaki hastaların kalça ekleminin durumunu değerlendirmek için Fonksiyonel Değerlendirme Formu (EK-III) ve Kalça Değerlendirme Anketi (EK-IV) kullanılmıştır. Taburculuk öncesi hem olgu hem de kontrol grubundaki hastalara taburculuk eğitimi anlatılmış ve araştırmacının hazırladığı eğitim formu verilmiştir (EK-V). Her iki gruptaki hastalara gereksinim duydukları zaman araştırmacıya ulaşabilecekleri telefon numaraları verilmiştir. İlgili literatüre dayandırılan ve araştırmacı tarafından hazırlanan Kalça Protezi Uygulanan Hastaları Evde Telefon ile İzlem Formu (EK-VI) olgu grubuna uygulanmış, ameliyat sonrası dönemde hastaların 1. haftada, 1. ayda, 2. ayda ve 3. ayda yapılan telefon görüşmeleri yolu ile izlemlerinin yanı sıra eğitim ve danışmanlıkları sürdürülmüştür. Üçüncü ayın sonunda hem olgu hem de kontrol grubundaki bireylerle telefon ile görüşülerek Fonksiyonel Değerlendirme Formu (EK-III) ve Kalça Değerlendirme Anketi (EK-IV) tekrar doldurulmuştur. Her iki gruptaki hastaların sonuç kriterlerine ulaşma durumlarını değerlendirmek amacıyla oluşturulan Kalça Protezi Uygulanan Hastaların Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumlarını Değerlendirme Formu (EK-VII) hastalar ile ameliyat sonrası 3. ayda telefon ile görüşülerek uygulanmıştır.

Geliştirilen her bir formun ön uygulaması 10 hasta üzerinde yapıldıktan sonra kullanılabilmesine karar verilmiştir. Fonksiyonel Değerlendirme Formu (EK-III) ve

Kalça Değerlendirme Anketi'nin (EK-IV) kullanılabilmesi için İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu öğretim üyesi Sayın Merdiye Şendir'den görüş ve izin alınmıştır.

2.3.1. Araştırmanın Kimlere Uygulanacağı (Sayısı ve yaş aralığı.....) :

Dejeneratif kalça hastalıkları ve kırıkları nedeniyle kalça protezi ameliyatı planlanan hastalar arasından bilinci açık, iletişim kurulabilen, görme ve işitme gibi duyu kayıpları olmayan, psikiyatrik hikayesi olmayan, okuma yazma bilen, ameliyat ile ilgili tanısı tek taraflı olan, 18 yaş üzerindeki ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Blok randomizasyon yöntemi ile örnekleme seçilen bireylerden 44 kişi kontrol grubunu, 44 kişi de olgu grubunu oluşturmuştur. Olgu ve kontrol gruplarının verileri aynı zaman diliminde toplanmıştır. Ameliyatın tipi (Artroplasti-hemiartroplasti), ameliyatı yapan hekim, hastanın yaşı ve cinsiyeti, mevcut hastalıkları (DM gibi) ve hastaların ilaç kullanma (kortikosteroid gibi) durumlarına göre hastalar olgu ve kontrol gruplarına rastgele seçilmişlerdir. Bireylerin tanıları, hekimden ya da hasta dosyasından öğrenilmiştir. Kontrol grubunu oluşturan bireylerin özelliklerine {Yaş, cinsiyet, kilo, ek hastalıkların varlığı ve kullandığı ilaçlar, bireyin eğitim durumu ve iş yaşantısı, evdeki yaşam şekli (tek başına ya da ailesi ile birlikte), ameliyatı yapan hekim, ameliyat sonu erken dönemde komplikasyon gelişme durumu vb.} benzer özellikleri olan bireyler, olgu grubunu oluşturmuştur.

2.3.2. Araştırma Kapsamına Dahil Olma Kriterleri:

Dokuz Eylül Üniversitesi (D.E.Ü.) Hastanesi Ortopedi Kliniği'ne, dejeneratif kalça hastalıkları ve kırıkları nedeniyle kalça protez ameliyatı endikasyonu olan ve

kalça protezi ameliyatı planlanmış bireyler alınmıştır. Bilinci açık, iletişim kurulabilen, görme ve işitme gibi duyu kayıpları olmayan, psikiyatrik hikayesi olmayan, okuma yazma bilen, ameliyat ile ilgili tanısı tek taraflı olan, 18 yaş üzerindeki ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar araştırma kapsamına alınmıştır.

2.4. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma D.E.Ü. Uygulama ve Araştırma Hastanesi Ortopedi Kliniği'nde yapılacaktır. Hastanenin toplam yatak sayısı 838 olup, Ortopedi Kliniği'nde 60 yatak bulunmaktadır.

Klinikte bakım hizmetleri 22 (gündüz sorumlu hemşire de dahil) hemşire tarafından 08⁰⁰-18⁰⁰ ve 18⁰⁰-08⁰⁰ saatleri arasında iki vardiya halinde sürdürülmektedir. Hafta içi gündüz yoğunluğuna göre, sorumlu hemşire (08⁰⁰-16⁰⁰) ile birlikte 5 hemşire, gece (18⁰⁰-08⁰⁰) 4, hafta sonları da (08⁰⁰-16⁰⁰/18⁰⁰-08⁰⁰) 4 hemşire görev yapmaktadır. Denetim ve yönetim hizmetleri, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü tarafından yürütülmektedir. Hastalar taburcu olurken D.E.Ü. Uygulama ve Araştırma Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü tarafından geliştirilen “Kalça (Protez) Ameliyatı Geçiren Hastalar İçin Evde Bakım İlkeleri”ne yönelik eğitim broşürü verilmektedir. Ayrıca D.E.Ü. Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı tarafından “Kalça Protezi Ev Egzersiz Programı” hastalara verilmektedir. Hastalara verilen taburculuk eğitim broşürü ile ezersiz programları temel konuları içermekle birlikte hataların yaşamları boyunca kullanabileceği bilgiler açısından yeterli görülmemektedir. Bundan dolayı araştırmacı tarafından taburculuk eğitim kitapçığı (EK-) hazırlanmıştır.

Araştırmanın 88 deneğine 18 Mayıs 2004- 24 Aralık 2004 tarihleri arasında ulaşılmış, veri toplama Mart 2005 tarihinde sonlandırılmıştır.

2.5. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örnekleme Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin İstatistik ve Arşiv Bölümü'nden alınan veriler doğrultusunda oluşturulmuştur. Kayıtlardan rastgele seçilen zaman dilimi doğrultusunda Ortopedi Kliniği'nde 18-07-2002 tarihinden 6-02-2003 tarihine kadar olan yaklaşık 7 aylık dönemde kalça ameliyatı olan 228 hastanın 46 tanesi Total Kalça Protezi, 24 tanesi Parsiyel Kalça Protezi uygulanan hastalardır. Bu verilere göre yılda yaklaşık 396 tane kalça cerrahisinden 120 tanesi protez ameliyatı olup, protez ameliyatlarının yaklaşık olarak %30 oranında yapıldığı hesaplanmıştır.

Evrendeki birey sayısı bilindiği için örneklem büyüklüğü aşağıdaki formüle göre hesaplanmıştır:

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

N:120 p: 0,30 q: 0,70 t: 1,96 d: 0,05

$$n = \frac{120 \times (1,96^2) \times (0,3 \times 0,7)}{0,0025 \times 119 + 3,84 \times 0,21} = \sim 88$$

Araştırmanın örnekleme, 18 Mayıs 2004- 24 Aralık 2004 tarihleri arasında Ortopedi Kliniği'ne kalça protezi ameliyatı endikasyonu olan, araştırma kriterlerine uygun ve araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerden kontrol ve olgu gruplarına 44 olmak üzere toplam 88 kişi alınmıştır.

2.6. VERİLERİN TOPLANMASI VE SÜRESİ

Verilerin toplanmasında yüz yüze görüşme, hasta kayıtlarının incelenmesi, anket, taburculuk eğitim kitapçığı ve telefon aracılığı ile izlem formları kullanılmıştır.

Hastalarla görüşme sırasında aynı düzeyde yüz yüze oturarak görüşme sürdürülmüştür. Hastaların sosyodemografik verilerinin toplanması ve hasta eğitimi sırasında yüz yüze görüşme tekniği kullanılmıştır. Hastaların genel sağlık durumlarına ve sosyodemografik özelliklerine yönelik verilerin bir kısmı hasta kayıtlarından alınmıştır. Hastaların kalça eklemının durumu fonksiyonel değerlendirme ve kalça değerlendirme anketi ile değerlendirilmiştir. Klinikte yattıkları sürece ve taburculuktan bir gün önce taburculuk eğitimi verilerek hasta eğitim kitapçığı teslim edilmiştir. Taburculuk sonrası kalça eklemının durumu fonksiyonel değerlendirme ve kalça değerlendirme anketi ile tekrar değerlendirilmiş, bu formlar ve taburculuk sonrası hasta izlem formu telefon aracılığı ile uygulanmıştır.

Hastalar ile olan görüşmeler ve kayıtların incelenmesi 45-60 dakika kadar sürmüştür. Hasta Tanılama Formu (EK II), Fonksiyonel Değerlendirme Formu (EK III) ve Kalça Değerlendirme Anketi'nin (EK-IV) uygulama süresi toplam 15-30 dakika kadar zaman almıştır. Hasta eğitimi 45-60 dakikada tamamlanmış, taburculuktan bir gün önce eğitim tekrarı 15-20 dakika kadar devam etmiştir (EK V). Taburculuk sonrası hastaları izlemde kullanılan Kalça Protezi Uygulanan Hastaları Evde Telefon ile İzlem Formu (EK-VI) ve Kalça Protezi Uygulanan Hastaların Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumlarını Değerlendirme Formu'nun (EK-VII) uygulanması ilk görüşmede ortalama 11.5 dakika, ikinci görüşmede 12 dakika, üçüncü görüşmede 16 dakika ve dördüncü görüşmede 17.5 dakika sürmüştür.

Hastaların taburculuk sonrası telefon ile yapılan evdeki izlemlerinde etkili iletişim teknikleri kullanılarak araştırmacı hastalara anımsatılmış, hastalara ismi ile hitap edilerek ve klinikten ayrılmadan önceki son durumu hakkında gelişme olup olmadığı sorularak görüşmeye başlanmıştır. Kalça Protezi Uygulanan Hastaları Evde Telefon ile İzlem Formu'na (EK-VI) göre tanılama yapılmış ve hastaların ameliyat sonrası durumları araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir. Bu aşamada hastaların ağrı düzeyleri, ameliyat yerinin iyileşmesi, g¼nl¼k yaşam aktivitelerini ve öz bakımlarını yerine getirebilme durumu ile sosyal ortama katılmaları değerlendirilmiştir. Hastaların en sık yakındığı noktalar yür¼rken ve egzersiz yaparken yaşanan ağrıyı kontrol etmede zorlanma, egzersiz yaparken zorlanma nedeniyle egzersizlerini d¼zenli yapamama, ameliyat olan bacakta şişme ve uyuşma, yür¼me sırasında d¼řme korkusu nedeniyle evin dışına çıkmama olarak belirlenmiştir. Bu sorunlar özellikle ilk birkaç haftada daha yoğun yaşanmıştır. Hastalara yaşadıkları sorunlar konusunda yönlendirme yapılmış; özellikle de özbakımlarını yerine getirmeleri ve egzersizlerini d¼zenli yapmaları konusunda cesaretlendirilmiştir. Telefon ile değerlendirmenin yetersiz kaldığı durumlarda, iyileşmede gecikme olduğunda veya komplikasyon gelişmesi durumunda hastalar doktora yönlendirilmiştir. Bunun yanı sıra hastaların soruları cevaplandırılmıştır. Ameliyat sonrası 3. ayda Fonksiyonel Değerlendirme Formu (EK-III), Kalça Değerlendirme Anketi (EK-IV) ve Kalça Protezi Uygulanan Hastaların Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumlarını Değerlendirme Formu (EK-VII) ile hastaların ameliyat olan kalça eklemine fonksiyonel durumu, iyileşme düzeyi ve sonuç kriterlerine ulaşma durumu değerlendirilmiştir. İyileşmelerinde gecikme olduğu d¼ř¼n¼len hastalar doktora yönlendirilmiştir. Araştırmanın bitiminde hastalara çalışmanın sonlandırıldığı telefon ile bildirilmiştir.

2.7. VERİLERİN ANALİZİ

Elde edilen veriler araştırmacı tarafından bilgisayarda SPSS programına yüklenerek verilerin analizi SPSS for Windows bilgisayar programında yapılmıştır.

Olgu ve kontrol grubundaki bireylerin bireysel ve sosyoekonomik özelliklerinin dağılımlarının incelenmesinde sayı ve yüzdelik hesaplaması, ortalama, X^2 ve t testi kullanılmıştır. Bireylerin hastalıklarına ilişkin özelliklerinin dağılımı sayı, yüzdelik, X^2 ve t testi ile değerlendirilmiştir.

Olgu ve kontrol grubu bireylerin ameliyat öncesi ve sonrası fonksiyonel ve kalça değerlendirme bulgularının değerlendirilmesinde bağımlı ve bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanılmıştır.

Olgu grubundaki bireylerin ameliyat sonrası dönemdeki telefon hemşireliği bakımından memnuniyeti, bu bakımdan yararlanması ve önerilere uyması ile olgu ve kontrol grubundaki bireylerin memnuniyet durumu ortalamalarının karşılaştırılmasında t testi kullanılmıştır.

Kalça Protezi Uygulanan Hastaları Evde Telefon ile İzlem Formu'nun (EK-VI) değerlendirilmesinde sayı ve yüzdelik hesaplaması, ortalama, bağımlı gruplarda tekrarlı ölümlerde varyans analizi ve bağımlı gruplarda iki yüzde arasındaki farkın önemlilik testi kullanılmıştır. Olgu ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası 3. aydaki sonuç kriterlerine ulaşma durumlarının değerlendirilmesinde sayı, yüzdelik ve iki yüzde arasındaki farkın önemlilik testi kullanılmıştır.

2.8. SÜRE VE OLANAKLAR

Araştırmada kullanılan veri formlarını değerlendirmek için 15 Şubat 2004 tarihinden itibaren 10 hasta izleme alınmıştır. Formların kullanılabilir olduğu belirlendikten sonra 18 Mayıs 2004 tarihinden itibaren araştırma kapsamına alınan bireyler değerlendirilmeye alınmıştır. Planlanan denek sayısına altı ayda ulaşılabileceği öngörüldüğü için 31 Ekim 2004 tarihine kadar olan zamanda verilerin toplanması hedeflenmiştir. Çeşitli sınırlılıklardan dolayı kalça protezi ameliyatı planlanan hastaların hepsi araştırma kapsamına alınmamıştır.

Araştırma süresi içerisinde 25 hasta revizyon, 20 hasta açık redüksiyon ve internal fiksasyon ameliyatı nedeniyle yattığı için, 14 hastada Alzheimer tanısı nedeniyle bilişsel yetileri bozuk olduğu ve kooperasyon sağlanamadığı için, 8 hastada konuşma ve kooperasyon yetisinde bozukluk olduğu için, 6 hastada işitme yetisinde bozulma ve kooperasyon kurabilmede yetersizlik olduğu için, 6 hastada hem konuşma hem işitme yetersizliği hem de kooperasyon sorunu olduğu için, 2 hasta koopere olamadığı için, 7 hasta araştırmaya katılmayı reddettiği için, 1 hasta Sosyal Sigortalar Kurumu'na sevk edildiği için, 2 hasta Kıbrıs'tan geldiği ve ameliyat sonrası 2. günde kendi ülkelerindeki hastaneye sevk edildikleri için, 1 hasta Alman olduğu ve dil problemi olduğu için, 1 hasta operasyondan vazgeçtiği için ve 1 hastanın da operasyonu birkaç ay sonraya ertelendiği için, 10 hasta okur yazar olmadığı için toplam 104 hasta araştırma kapsamı dışında bırakılmak durumunda kalmıştır. Yüksek sayıdaki bu sınırlılık araştırma süresinin belirlenen tarihten itibaren 5 ay uzamasına neden olmuştur. Araştırmanın verileri 18 Mayıs 2004-24 Aralık 2004 tarihleri arasında toplanmış, araştırmanın örneklemini oluşturan 88 deneğe ulaşılması için veri toplama aşaması Mart 2005 sonuna kadar devam etmiştir.

Verilerin analiz ve yazımına Nisan 2005 tarihinden itibaren başlanmıştır.

2.9. ARAŞTIRMA ETİĞİ

Araştırmaya baŐlamadan önce Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Bilimsel Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır. Bir sonraki aŐamada, araştırmanın yürütülebilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği'nden, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı'ndan ve Bilimsel Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır.

Araştırmaya katılma kriterlerine uygun olan hastaların baskı altında kalmadan ve aydınlatılmış onam doğrultusunda araştırmaya gönüllü olarak katılabilmeleri için araştırmacı tarafından geliştirilen aydınlatılmış onam formu imzalatılmıŐtır (EK-I).

Araştırma ile ilgili tüm harcamalar araştırmacının kendisi tarafından karŐılanmıŐtır.

BÖLÜM III

BULGULAR

3.1. Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri

Çalışma kapsamında yer alan bireylerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı **Tablo 1**'de verilmiştir.

Tablo 1: Olguların Bireysel ve Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

| | | Olgu Grubu n: 44 | | Kontrol Grubu n: 44 | | Toplam n: 88 | | x ² P |
|----------------------------|--------------------|---------------------|-------|------------------------|-------|-----------------|-------|---------------------|
| | | N | % | N | % | N: 88 | % | |
| Cinsiyet | Kadın | 31 | 70.50 | 31 | 70.50 | 62 | 70.50 | - |
| | Erkek | 13 | 29.50 | 13 | 29.50 | 26 | 29.50 | |
| Medeni durum | Evli | 21 | 47.70 | 25 | 56.80 | 46 | 52.25 | 3.13 p>0.05 |
| | Bekar | 4 | 9.10 | 2 | 4.50 | 6 | 6.80 | |
| | Dul | 19 | 43.20 | 17 | 38.70 | 36 | 40.95 | |
| Sosyal güvence | E. Sandığı | 41 | 93.20 | 36 | 81.80 | 77 | 87.50 | -5.45 p>0.05 |
| | SSK | 2 | 4.50 | 1 | 2.30 | 3 | 3.40 | |
| | Bağ-Kur | 1 | 2.30 | 4 | 9.10 | 5 | 5.70 | |
| | Özel Sağlık | - | - | 1 | 2.30 | 1 | 1.15 | |
| | Yok | - | - | 2 | 4.50 | 2 | 2.25 | |
| Eğitim durumu | Okur yazar | 4 | 9.10 | 6 | 13.60 | 10 | 11.36 | 1.34 p>0.05 |
| | İlkokul | 15 | 34.10 | 18 | 40.90 | 33 | 37.50 | |
| | Ortaokul | 8 | 18.20 | 7 | 15.90 | 15 | 17.06 | |
| | Lise | 10 | 22.70 | 7 | 15.90 | 17 | 19.32 | |
| | Yükseköğrenim | 7 | 15.90 | 6 | 13.60 | 13 | 14.76 | |
| Meslek | Ev hanımı | 21 | 47.70 | 30 | 68.20 | 51 | 57.95 | 7.12 p>0.05 |
| | Memur | 3 | 6.80 | - | - | 3 | 3.40 | |
| | İşçi | 1 | 2.30 | - | - | 1 | 1.15 | |
| | Emekli | 18 | 40.90 | 12 | 27.30 | 30 | 34.10 | |
| | Serbest meslek | 1 | 2.30 | 2 | 4.50 | 3 | 3.40 | |
| Bakımdan sorumlu olan kişi | Kendi | 4 | 9.10 | 1 | 2.30 | 5 | 5.70 | 3.96 p>0.05 |
| | Eş | 18 | 40.90 | 18 | 40.90 | 36 | 40.90 | |
| | Çocuklar | 14 | 31.80 | 18 | 40.90 | 32 | 36.35 | |
| | Akraba | 1 | 2.30 | 1 | 2.30 | 2 | 2.30 | |
| | Bakıcı | 6 | 13.60 | 5 | 11.30 | 11 | 12.45 | |
| Evde yaşama durumu | Huzurevi görevlisi | 1 | 2.30 | 1 | 2.30 | 2 | 2.30 | 4.90 p>0.05 |
| | Yalnız | 6 | 13.60 | 2 | 4.50 | 8 | 9.05 | |
| | Eş ile | 20 | 45.40 | 24 | 54.50 | 44 | 49.95 | |
| | Çocuklar ile | 14 | 31.90 | 13 | 29.60 | 27 | 30.75 | |
| | Akraba ile | 1 | 2.30 | 1 | 2.30 | 2 | 2.30 | |
| | Bakıcı ile | 2 | 4.50 | 3 | 6.80 | 5 | 5.65 | |
| Yaş | Huzurevi | 1 | 2.30 | 1 | 2.30 | 2 | 2.30 | t:-1.20 p:.23 |
| | | \bar{X} | SD | \bar{X} | SD | \bar{X} | SD | |
| | | 71.00 | 15.88 | 74.50 | 17.50 | 72.75 | 16.69 | |

Bireylerin yaş ortalaması incelendiğinde; olgu grubunda 71.00±15.88; kontrol grubunda 74.50±17.50 olduğu, yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($t=-1.20$, $p>0.05$). Cinsiyete göre dağılımın hem olgu hem de kontrol grubunda %70.50'nin (n=31) kadın, %29.50'nin (n=13) erkek olduğu görülmüştür.

Eğitim durumları dağılımı açısından incelendiğinde olgu grubundaki bireylerin %34.10'i (n=15) ilkokul, %22.70'si lise (n=10), %18.20'si ortaokul (n=8) ve %15.90'u (n=7) üniversite mezunu iken %9.10'i (n=4) okur yazardır. Kontrol grubundaki bireylerin %40.90'u (n=18) ilkokul, %15.90'u (n=7) ortaokul, %15.90'u (n=7) lise ve %13.60'ı (n=6) üniversite mezunu, %13.60'ı (n=6) okur yazar olup, her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.34$, $p>0.05$).

Olgu grubundaki bireylerin %93.20'nin (n=41) sosyal güvencesi emekli sandığı iken, %4.50'nin (n=2) SSK, %2.30'nün (n=1) Bağ-Kur güvencesine sahip olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubundaki bireylerin %81.80'nin (n=36) sosyal güvencesi emekli sandığı, %9.10'nin (n=4) Bağ-Kur, %4.50'inin (n=2) ücretli, %2.30'nün (n=1) SSK, %2.30'nün (n=1) özel sağlık sigortası kapsamında olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde gruplar arasında sosyal güvence açısından anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($\chi^2=-5.45$, $p>0.05$).

Bireylerin medeni durumu karşılaştırıldığında her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($\chi^2=3.13$, $p>0.05$). Olgu grubundaki bireylerin %47.70'nin (n=21) evli, %40.90'nun (n=18) dul, %9.10'nin (n=4) bekar, %2.30'nün (n=1) boşanmış olduğu; kontrol grubundaki bireylerin %58.80'nin (n=25) evli, %36.40'nün (n=16) dul, %4.50'nin (n=2) bekar, %2.30'nün (n=1) boşanmış olduğu saptanmıştır.

Tablo 1’de görüldüğü gibi olgu grubu bireylerin %47.70’i (n=21) ev hanımı, %40.90’u (n=18) emekli, %6.80’i (n=3) memur, %2.30’ü (n=1) işçi ve %2.30’ü (n=1) serbest meslek sahibi iken; kontrol grubundaki bireylerin %68.20’i (n=30) ev hanımı, %27.30’ü (n=12) emekli, %4.50’i (n=2) serbest meslek sahibi olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($\chi^2=7.12$, $p>0.05$).

Bireylerin evde yaşama durumu incelendiğinde, olgu grubundaki bireyler ile kontrol grubundaki bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($\chi^2=4.90$, $p>0.05$). Olgu grubundaki bireylerin %45.40’ü (n=20) eşi ile, %31.90’u (n=14) çocukları ile, %13.60’sı (n=6) tek başına, %4.50’i (n=2) bakıcı, %2.30’ü (n=1) akraba, %2.30’ü (n=1) huzurevi çalışanı ile birlikte yaşarken; kontrol grubundaki bireylerin %54.50’i (n=24) eşi ile, %29.60’ı (n=13) çocukları ile, %4.50’i (n=2) tek başına, %6.80’i (n=3) bakıcı ile, %2.30’ü (n=1) akrabası ile, %2.30’ü (n=1) huzurevi çalışanı ile birlikte yaşamaktadır.

Bireylerin bakımından sorumlu olan kişilerin dağılımı her iki grup arasında fark yaratmamaktadır ($\chi^2= 3.96$, $p>0.05$). Gerek olgu grubunda gerek ise kontrol grubunda bireylerin bakım sorumluluğunun çoğunluğunu eşler (%40.90, n=18; %40.90, n=18) ve çocuklar (%31.80, n=14; %40.90 n=18) üstlenmektedir. Olgu grubunda kendi bakımını üstlenenlerin oranı %9.10 (n=4), bakıcının üstlenmesi %13.60 (n=6), akrabanın üstlenmesi %2.30 (n=1), huzurevi çalışanının üstlenmesi %2.30 (n=1) iken; kontrol grubunda kendi bakımını üstlenenlerin oranı %2.30 (n=1), bakıcının üstlenmesi %11.30 (n=5), akrabasının üstlenmesi %2.30 (n=1), huzurevi çalışanının üstlenmesi %2.30 (n=1) olarak saptanmıştır.

3.2. Bireylerin Hastalık Özellikleri

Olguların hastalıklarına ilişkin özelliklerin dağılımı **Tablo 2**'de görülmektedir.

Tablo 2: Olguların Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

| | | Olgu Grubu n: 44 | | Kontrol Grubu n: 44 | | Toplam n: 88 | | χ^2 P |
|----------------------------------|--------------------------------|---------------------|-------|------------------------|-------|-----------------|-------|----------------|
| | | n | % | n | % | N: 88 | % | |
| Ameliyat olma nedeni | Bir kalça ağrısı | 16 | 36.40 | 17 | 38.60 | 33 | 37.50 | 3.22 p>0.05 |
| | İki kalça ağrısı | 1 | 2.30 | 1 | 2.30 | 2 | 2.30 | |
| | Birden fazla neden | 13 | 29.50 | 7 | 15.90 | 20 | 22.70 | |
| | Kalçada ağrı ve yürüyememe | 8 | 18.20 | 9 | 20.50 | 17 | 19.35 | |
| | Kalçada ağrı ve yürüme zorluğu | 4 | 9.10 | 8 | 18.20 | 12 | 13.65 | |
| | Yürüme zorluğu | 1 | 2.30 | 1 | 2.30 | 2 | 2.30 | |
| | Diğer | 1 | 2.30 | 1 | 2.30 | 2 | 2.30 | |
| Fonksiyonel sınırlılıklar | Ambulasyon | 26 | 59.10 | 25 | 56.80 | 51 | 57.95 | 2.32 p>0.05 |
| | Görme | 4 | 9.10 | 5 | 11.40 | 9 | 10.25 | |
| | Birden fazla | 1 | 2.30 | 4 | 9.10 | 5 | 5.70 | |
| | Olmayan | 13 | 29.50 | 10 | 22.70 | 23 | 26.10 | |
| Yürürken yardımcı araç kullanımı | Kullanmayan | 24 | 54.50 | 25 | 56.80 | 49 | 55.65 | 1.20 p>0.05 |
| | Bir baston | 14 | 31.80 | 13 | 29.50 | 27 | 30.65 | |
| | İki baston | 4 | 9.10 | 3 | 6.80 | 7 | 7.95 | |
| | Koltuk değneği | 1 | 2.30 | 1 | 2.30 | 2 | 2.30 | |
| | Yürüteç | - | - | 1 | 2.30 | 1 | 1.15 | |
| | Yürüyemeyen | 1 | 2.30 | 1 | 2.30 | 2 | 2.30 | |
| Sorunun başlama zamanı | 1-6ay | 27 | 61.40 | 30 | 68.10 | 57 | 64.75 | 8.18 p>0.05 |
| | 7-12 ay | 4 | 9.10 | 1 | 2.30 | 5 | 5.70 | |
| | 1-3 yıl | 4 | 9.10 | 6 | 13.60 | 10 | 11.35 | |
| | 4-6 yıl | 4 | 9.10 | 4 | 9.10 | 8 | 9.10 | |
| | 7-10 yıl | 2 | 4.50 | 1 | 2.30 | 3 | 3.40 | |
| | 10 yıldan fazla | 3 | 6.80 | 2 | 4.50 | 5 | 5.65 | |
| Fizik tedavi alma | Alan | 10 | 22.70 | 9 | 20.50 | 19 | 21.60 | 7.81 p>0.05 |
| | Almayan | 34 | 77.30 | 35 | 79.50 | 69 | 78.40 | |
| Geçmiş tanılar | Hipertansiyon | 6 | 13.60 | 8 | 18.20 | 14 | 15.90 | 6.20 p>0.05 |
| | Birden fazla tanı | 21 | 47.70 | 18 | 40.90 | 39 | 44.30 | |
| | Hastalık yok | 5 | 11.40 | 8 | 18.20 | 13 | 14.80 | |
| | Diğer | 5 | 11.40 | 7 | 15.90 | 12 | 13.65 | |
| Kullanılan ilaçlar | Kullanmayan | 8 | 18.20 | 9 | 20.50 | 17 | 19.50 | 5.13 p>0.05 |
| | Birden fazla | 27 | 61.40 | 31 | 70.50 | 58 | 65.95 | |
| | Yalnızca analjezik | 1 | 2.30 | - | - | 1 | 1.15 | |
| | Yalnızca antienflamatuar | 1 | 2.30 | 1 | 2.30 | 2 | 2.30 | |
| | Yalnızca antihipertansif | 3 | 6.80 | 1 | 2.30 | 4 | 4.55 | |
| | Steroid | - | - | 1 | 2.30 | 1 | 1.15 | |
| | Diğer | 4 | 9.10 | 1 | 2.30 | 5 | 5.70 | |

Tablo 2: Olguların Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerinin Dağılımı- Devam

| | | Olgu Grubu n: 44 | | Kontrol Grubu n: 44 | | Toplam n: 88 | | x ² P |
|--------------------------------|--------------------------------|---------------------|-------|------------------------|-------|-----------------|-------|---------------------|
| | | n | % | n | % | n: 88 | % | |
| İyileşme konusundaki görüşleri | Fikrim yok | 22 | 50.00 | 32 | 72.70 | 54 | 61.35 | 8.35 p<0.05 |
| | Birkaç hafta | 7 | 15.90 | 2 | 4.50 | 9 | 10.20 | |
| | 1-3 ay | 13 | 29.50 | 9 | 20.50 | 22 | 25.00 | |
| | 4-6 ay | 1 | 2.30 | - | - | 1 | 1.15 | |
| | 7-9 ay | - | - | 1 | 2.30 | 1 | 1.15 | |
| | 10-12 ay | 1 | 2.30 | - | - | 1 | 1.15 | |
| Menopoz | Var | 26 | 59.10 | 25 | 56.80 | 51 | 57.95 | 0.11 p>0.05 |
| | Yok | 5 | 11.40 | 6 | 13.60 | 11 | 12.50 | |
| | Erkek | 13 | 29.50 | 13 | 29.50 | 26 | 27.75 | |
| Hormon Replasman Tedavisi | Alan | 7 | 15.90 | 1 | 2.30 | 8 | 9.10 | 4.28 p>0.05 |
| | Almayan | 19 | 43.20 | 24 | 54.50 | 43 | 48.85 | |
| Ameliyattın tipi | Total kalça protezi | 32 | 72.70 | 33 | 75.00 | 65 | 73.85 | 1.01 p>0.05 |
| | Parsiyel kalça protezi | 12 | 28.30 | 11 | 25.00 | 33 | 26.65 | |
| Temel tanı | Koksartroz | 17 | 38.60 | 13 | 29.50 | 30 | 34.05 | 15.93 p>0.05 |
| | Osteoporoz | - | - | 1 | 2.30 | 1 | 1.15 | |
| | Collum femoris kırığı | 15 | 34.10 | 18 | 40.90 | 33 | 37.50 | |
| | İntertorakanterik femur kırığı | 11 | 25.00 | 4 | 9.10 | 15 | 17.05 | |
| | Subtorakanterik femur kırığı | 1 | 2.30 | 8 | 18.20 | 9 | 10.25 | |
| Komplikasyon | Gelişmeyen | 41 | 93.20 | 33 | 75 | 74 | 84.10 | 1.25 p>0.05 |
| | Yara yeri enfeksiyonu | 1 | 2.30 | 8 | 18.20 | 9 | 10.25 | |
| | Derin ven trombozu | 1 | 2.30 | 1 | 2.30 | 2 | 2.30 | |
| | Bası yarası | 1 | 2.30 | 1 | 2.30 | 2 | 2.30 | |
| Vücut ağırlığı | | \bar{X} | SD | \bar{X} | SD | \bar{X} | SD | t: 1.02 p>0.05 |
| | | 69.68 | 1.60 | 67.38 | 1.54 | 68.53 | 1.57 | |
| Hastanede yatılan gün sayısı | | 12.61 | .71 | 13.09 | .85 | 12.85 | .78 | t: -4.29 p>0.05 |
| | | | | | | | | |

Bireylerin ameliyat olma nedenleri incelendiğinde; olgu grubunun %36.40'de (n=16) bir kalça ağrısı, %29.50'de (n=13) birden fazla neden, %18.20'de (n=8) kalçada ağrı ve yürüyememe, %9.10'de (n=4) kalçada ağrı ve yürüme zorluğu, %2.30'de (n=1) iki kalça ağrısı, %2.30'de (n=1) yürüme zorluğu, %2.30'de (n=1) diğer nedenler bulunurken; kontrol grubunun %38.60'da (n=17) bir kalça ağrısı, %20.50'de (n=9) bir kalçada ağrı ve yürüyememe, %18.20'de (n=8) bir kalçada ağrı ve yürüme zorluğu, %15.90'da (n=7) birden fazla neden, %2.30'de (n=1) iki kalça ağrısı, %2.30'de (n=1) yürüme zorluğu, %2.30'de (n=1) diğer nedenler bulunmaktadır. Ameliyat olma nedenlerinin gruplar arasında fark yaratmadığı belirlenmiştir ($\chi^2=3.22$, $p>0.05$). Birden fazla neden ya da diğer nedenler arasında bir ya da iki kalça ağrısı ve yürüme zorluğu yanı sıra; bel ağrısı, diz ağrısı, bacakta kısıklık, yürürken aksama, kramp, krepitasyon, eksternal rotasyon, ayakta şişlik ve oturup kalkarken ağrı gibi belirtiler bulunmaktadır.

Bireylerin fonksiyonel sınırlılıkları içinde hem olgu hem de kontrol grubunda birinci sırada ambulasyon problemleri yer almaktadır (%59.10, n=26; %56.80, n=25). Fonksiyonel sınırlılığı olmayan birey oranı olgu grubunda %29.50 (n=13), kontrol grubunda %22.70 (n=10); görme sorunu olgu grubunda %9.10 (n=4), kontrol grubunda %11.40 (n=5); birden fazla fonksiyonel sınırlılığı olan oranı olgu grubunda %2.30 (n=1), kontrol grubunda %9.10 (n=4) olarak saptanmıştır. Gruplar arasında fonksiyonel sınırlılık açısından anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($\chi^2=2.32$, $p>0.50$). Olgu grubundaki bireyler için birden fazla neden içerisinde hem ambulasyon hem de görme problemi; kontrol grubundaki bireyler için görme, işitme ve ambulasyon problemleri birlikte bulunmaktadır.

Bireylerin yürüme sırasında yardımcı araç kullanımı incelendiğinde olgu grubundaki bireylerin %54.50'nin (n=24) yardımcı araç kullanmadığı, %31.80'nin

(n=14) bir baston, %9.10'nin (n=4) iki baston, %2.30'nün (n=1) koltuk değneği kullandığı, %2.30'nün yürüyemediği belirlenmiştir. Kontrol grubundaki bireylerin %56.80'nin (n=25) yardımcı araç kullanmadığı, %29.50'nin (n=13) bir baston, %6.80'nin (n=3) iki baston, %2.30'nün (n=1) koltuk değneği, %2.30'nün (n=1) yürüteç kullandığı, %2.30'nün (n=1) yürüyemediği saptanmıştır. Bu durumun gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığı belirlenmiştir ($\chi^2=1.20$, $p>0.05$).

Bireylerin sorunlarının başlama zamanı hem olgu hem de kontrol grubunda benzerlik göstermekte olup, istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığı bulunmuştur ($\chi^2=8.18$, $p>0.05$). Olgu grubundaki bireylerin %61.40'da (n=27), kontrol grubundaki bireylerin ise %68.10'da (n=30) kalça ile ilgili sorunlarının 1-6 ay önce başladığı saptanmıştır. Olgu grubundaki bireylerin %9.10'nin (n=4) sorunları 1-3 yıl önce, %9.10'nin (n=4) sorunları 4-6 yıl önce, %9.10'nin (n=4) sorunları 7-12 ay önce, 4.50'nin (n=2) sorunları 7-10 yıl önce, %6.80'nin (n=3) sorunları 10 yıldan daha uzun süreden beri devam etmektedir. Kontrol grubunda sorunlarının 1-3 yıl önce başladığını belirtenlerin oranı %13.60 (n=6), 4-6 yıl önce başladığını belirtenlerin oranı %9.10 (n=4), 7-12 ay önce başladığını belirtenlerin oranı %2.30 (n=1), 7-10 yıl önce başladığını belirtenlerin oranı %2.30 (n=1), 10 yıldan fazla bir süredir şikayetlerinin olduğunu belirtenlerin oranı %4.50 (n=2) olarak belirlenmiştir.

Olgu grubundaki bireylerin %77.30'nün (n=34) kontrol grubundaki bireylerin %79.50'nin (n=35) geçmişte fizik tedavi almadığı, bu durumun gruplar arasında anlamlı bir farka neden olmadığı saptanmıştır ($\chi^2=7.81$, $p>0.05$).

Bireylerin geçmişte almış olduğu tanılar açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($\chi^2=6.20$, $p>0.05$). Olgu grubundaki bireylerin %47.70'de

(n=21), kontrol grubundaki bireylerin %40.90'da (n=18) birden fazla tıbbi tanı bulunurken; gerek olgu grubunda (%13.60, n=6) gerek ise kontrol grubunda (%18.20, n=8) birinci sırada yer alan kronik hastalık hipertansiyondur. Bu durum hipertansiyonun ülkemizde ve dünyada sık görülen kronik bir hastalık olması ile açıklanabilir. Olgu grubunda diğer adı altında bulunan hastalıkların oranı %11.40 (n=5), kardiyolojik sorunları oranı %4.50 (n=2), osteoporoz %4.50 (n=2), doğuştan kalça çıkığı zemininde koksartroz %4.50 (n=2), Diyabetes mellitus %2.30 (n=1). Kontrol grubunda diğer adı altında bulunan hastalıkların oranı %15.90 (n=7), kardiyolojik sorunları oranı %2.30 (n=1), DKÇ zemininde koksartroz %2.30 (n=1), koksartroz %2.30'tür (n=1). Geçmişte tıbbi tanı almamış birey oranı olgu grubunda %11.40 (n=5) iken, kontrol grubunda %18.20 (n=8) olarak bulunmuştur. Gerek olgu gerek kontrol grubundaki hastalarda hipertansiyon, Diyabetes Mellitus ve kardiyolojik sorunlar bir arada bulunmakta olup, birden fazla tanı adı altında değerlendirilmeye alınmıştır. Birden fazla tanı ve diğer tanıların kapsamında adı geçen hastalıkların yanı sıra; astım ve kronik obstruktif akciğer hastalıkları, geçirilmiş serebrovasküler olay, ülser, lomber disk hernisi, tiroid hastalıkları, ablastik anemi, doğumsal kalça çıkığı, romatoid artrit, hiperkolesterolemi, inguinal herni, sinüzit, glakom, kronik böbrek yetmezliği ve pyelonefrit gibi böbrek hastalıkları, Parkinson, depresyon ve çeşitli kanser türleri(meme, tiroid, KLL, nonhodgin lenfoma) bulunmaktadır.

Bireylerin geçmişteki ilaç kullanımı açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($\chi^2=5.13$, $p>0.05$). Olgu grubundaki bireylerin %61.40'u (n=27) birden fazla ilaç kullanırken, bu oran kontrol grubunda %70.50 (n=31) olarak belirlenmiştir. Olgu grubundaki bireylerin %18.20'nin (n=8), kontrol grubundaki bireylerin ise %20.50'nin (n=9) ilaç kullanmadığı belirlenmiştir. Olgu grubundaki

bireylerde sürekli analjezik kullanımı %2.30 (n=1), sürekli antienflamatuar kullanımı %2.30 (n=1), yalnızca antihipertansif ilaç kullanımı %6.80 (n=3), diğer ilaçları kullanım oranı %9.10 (n=4) olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki bireylerin %2.30'ü (n=1) yalnızca antienflamatuar, %2.30'ü (n=1) yalnızca antihipertansif, %2.30'ü (n=1) yalnızca steroid, %2.30'ü (n=1) diğer ilaçları kullandığını ifade etmiştir. Diğer ilaçlar ve birden fazla ilaç kapsamında adı geçen ilaçların yanı sıra; antidiyabetik, gastrointestinal sistem ilaçları, miyoreleksan, kardiyolojik, serebral dolaşım düzenleyici, antidepresanlar, antiparkinson, antihipertiroidi ilaçları, antitrombotik, solunum sistemi ilaçları, diüretik, kolesterol düşürücü, antianjinal, Ca Fort, Fosamax, çeşitli vitaminler (D, B kompleks, multivitamin), immunoterapötik ilaçlar ile kemoterapi ve radyoterapi yer almaktadır.

Bireylerin taburculuk sonrası ilaç kullanımı ve yan etkileri açısından bulguları incelendiğinde 1. haftada bireylerin hiçbirinde ilaç kullanımı ile ilgili bir sorun olmadığı ve ilaç yan etkisi görülmediği belirlenmiştir (%100.00, n=44). Birinci ayda ilaç kullanan bireylerin oranının %90.90 olduğu (n=40) ve hiçbirinde ilaç yan etkisi görülmediği, %9.10'nin (n=4) de ilaç kullanmadığı saptanmıştır. İkinci ve 3. ayda ilaç kullananların oranının %84.10 (n=37) olduğu ve ilaç yan etkisi görülmediği, bu aylarda ilaç kullanmama oranının da %15.90 (n=7) olduğu belirlenmiştir.

Bireylerin iyileşme konusundaki görüşleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($\chi^2=8.35$, $p<0.05$). Olgu grubundaki bireylerin yarısı (%50.00, n=22) iyileşmeleri konusunda herhangi bir fikirlerinin olmadığını belirtirken, %29.50'nin (n=13) 1-3 ay içinde, %15.90'nun (n=7) birkaç hafta içinde, %2.30'nün (n=1) 4-6 ay içinde, %2.30'nün (n=1) 10-12 ay içinde iyileşmeyi bekledikleri saptanmıştır. Kontrol grubunda ise bireylerin %72.70'i (n=32) iyileşmeleri konusunda herhangi bir fikirlerinin olmadığını belirtirken,

%20.50'nin (n=9) 1-3 ay içinde, %4.50'nin (n=2) birkaç hafta içinde, %2.30'nün (n=1) 7-9 ay içinde iyileşmeyi bekledikleri saptanmıştır.

Bireylerin menopoza girme durumları her iki grupta da benzerlik göstermektedir ($x^2=0.11$, $p>0.05$). Olgu grubundaki bireylerin %59.10'nin (n=26) menopoza girdiği, %11.40'nün menstruasyon gördüğü (n=5) saptanmıştır. Kontrol grubunda menopoza giren birey oranı %56.80 (n=25) iken, erkeklerin oranı %29.50 (n=13), menstruasyon görenlerin oranı %13.60 (n= 6) olarak saptanmıştır.

Olgu grubundaki bireylerin %43.20'i (n=19), kontrol grubundaki bireylerin %54.50'i hormon replasman tedavisi almadığı, hormon replasman tedavisi alanların oranının olgu grubunda %15.90 (n=7), kontrol grubunda %2.30 (n=1) olduğu, bu durumun gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olmadığı saptanmıştır ($x^2=4.28$, $p>0.05$).

Olgu grubundaki bireylerin kalça ile ilgili ameliyat oranları sırası ile total kalça protezi %72.70 (n=32), parsiyel kalça protezi %28.30 (n=12) olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki bireylerin %75.00'nin (n=33) total kalça protezi, %25.00'nin (n=11) parsiyel kalça protezi ameliyatı olduğu saptanmıştır. Kalça ameliyatının çeşidi ile ilgili iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($x^2=1.01$, $p>0.05$).

Bireylerin ameliyat ile ilgili temel tanısı incelendiğinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($x^2=15.93$, $p>0.05$). Olgu grubunu oluşturan bireylerin %38.60'na (n=17) kalça eklemi koksartrozu, %34.10'ne (n=15) collum femoris kırığı, %25.00'ine (n=11) intertorakanterik femur kırığı, %2.30'ne (n=1) subtorakanterik femur kırığı tanısı ile ameliyat uygulanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların %40.90'una (n=18) collum femoris, %29.50'ne (n=13) kalça eklemi koksartrozu, %18.20'ne (n=8) subtorakanterik femur kırığı,

%9.10'e (n=4) intertorakanterik femur kırığı, %2.30'e (n=1) osteoporoz nedeni ile operasyon uygulanmıştır.

Vücut ağırlığı açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (t=1.02, p>0.05). Olgu grubundaki bireylerin vücut ağırlığı ortalaması 69.68±1.60, kontrol grubundaki bireylerin 67.38±1.54 olarak bulunmuştur.

Hastanede yatılan gün sayısı olgu grubunda 12.61±0.71, kontrol grubunda 13.09±0.85 olarak saptanmış olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (t=-4.29, p>0.05).

Bireylerde ameliyat sonrası erken dönemde komplikasyon gelişme oranı incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2=1.25$, p>0.05). Olgu grubunda yer alan bireylerin %93.20'de (n=41) komplikasyon gelişmediği, %2.30'de (n=1) yara yeri enfeksiyonu, %2.30'de (n=1) derin ven trombozu, %2.30'de (n=1) bası yarasının geliştiği belirlenmiştir. Kontrol grubundaki bireylerin %75.00'de (n=33) komplikasyon gelişmediği, %18.20'de (n=8) yara yeri enfeksiyonu geliştiği, %2.30'de (n=1) derin ven trombozu ve %2.30'de (n=1) bası yarasının geliştiği saptanmıştır.

3.3. Bireylerin Fonksiyonel Değerlendirme Bulguları

Örnekleme yer alan olgu ve kontrol grubundaki bireylerin hasta kabulünde ve ameliyattan üç ay sonra fonksiyonel değerlendirme bulguları **Tablo 3'te** verilmiştir.

Tablo 3: Olguların Fonksiyonel Değerlendirme Bulgularının Dağılımı

| | Hastaneye kabulde | | | | | Ameliyattan 3 ay sonra | | | | |
|------------------------------------|-------------------|--------------|----------------------|--------------|-----------------------------|------------------------|--------------|----------------------|--------------|-----------------------------|
| | Olgu grubu (n:44) | | Kontrol grubu (n:44) | | t | Olgu grubu (n:44) | | Kontrol grubu (n:44) | | t |
| | X | SD | X | SD | P | X | SD | X | SD | p |
| 1.Maksimum Yürüme Mesafesi | 9.64 | 4.38 | 9.35 | 4.82 | 1.31 .191 | 11.98 | 4.41 | 9.4 | 4.20 | 4.082 .000 |
| 2.Yürüme Yardımcılarının Kullanımı | 12.09 | 3.63 | 12.50 | 3.97 | .616 .539 | 13.07 | 2.59 | 13.34 | 3.56 | 4.106 .000 |
| 3.Sandalyeden Kalkma | 11.16 | 3.90 | 10.83 | 4.25 | 1.515 .133 | 14.20 | 2.24 | 11.91 | 3.64 | 2.006 .048 |
| 4.Merdiven Çıkma | 9.00 | 3.73 | 10.10 | 4.66 | .984 .328 | 12.77 | 3.38 | 9.91 | 5.12 | 3.215 .002 |
| 5.Çalışma durumu | 1.36 | 3.47 | 1.63 | 2.39 | 1.144 .256 | 1.36 | 3.47 | 2.78 | 2.55 | 1.050 .297 |
| 6. Günlük işler | 5.86 | 3.46 | 5.26 | 4.21 | 1.934 .056 | 7.09 | 3.40 | 5.92 | 4.00 | 2.866 .005 |
| 7. Ulaşım | 8.00 | 2.62 | 7.55 | 3.61 | 2.159 .034 | 7.82 | 2.61 | 7.50 | 1.92 | 2.320 .023 |
| 8. Alt ekstremitte bakımı | 6.05 | 3.94 | 5.18 | 4.45 | 2.078 .041 | 7.36 | 3.47 | 5.73 | 3.55 | 3.517 .001 |
| Toplam | 62.61 | 17.95 | 62.40 | 22.52 | 2.350 .021 | 75.45 | 18.71 | 68.64 | 22.38 | 3.917 .000 |

Tablo 3'de görüldüğü gibi, hasta kabulünde yapılan fonksiyonel değerlendirmede;

- Maksimum yürüme mesafesi ($t=1.31$, $p>0.05$)
- Yürüme gereçlerinin kullanımı ($t=.61$, $p>0.05$)
- Sandalyeden kalkma ($t=1.51$, $p>0.05$)
- Merdiven çıkma ($t=.98$, $p>0.05$)

- Çalışma durumu (t=1.14, p>0.05)
- Günlük işler (t=.93, p>0.05)
- Ulaşım (t= 2.15, p<0.05)
- Alt ekstremitte bakımı (t=2.078, p<0.05)

açısından bireysel fonksiyonları gerçekleştirilmede olgu ve kontrol grubu arasındaki fark, ulaşım ve alt ekstremitte bakımı dışında istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Tablo 3’de olgu ve kontrol grubundaki bireylerin ameliyat sonrası 3. aydaki fonksiyonel değerlendirme bulguları görülmektedir.

- Maksimum yürüme mesafesi (t= 4.08, p: 0.000)
- Yürüme gereçlerinin kullanımı (t= 4.10, p: 0.000)
- Sandalyeden kalkma (t= 2.00, p: 0.048)
- Merdiven çıkma (t= 3.21, p: 0.002)
- Çalışma durumu (t= 1.05, p: 0.297)
- Günlük işler (t= 2.86, p: 0.005)
- Ulaşım (t= 2.32, p: 0.023)
- Alt ekstremitte bakımı (t= 3.51, p: 0.001)

açısından bireysel fonksiyonları gerçekleştirilmede olgu ve kontrol grubu arasındaki fark çalışma durumu dışında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Olgu grubundaki bireylerin ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası fonksiyonel değerlendirme toplam puanları **Tablo 4**’de verilmiştir.

Tablo 4: Olguların Fonksiyonel Değerlendirme Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı

| | Olgu Grubu n:44 | Kontrol Grubu n: 44 | t p |
|---|----------------------------|--------------------------------|----------------|
| | $\bar{X} \pm SD$ | $\bar{X} \pm SD$ | |
| Hastaneye Kabulde Fonksiyonel Değerlendirme | 62.61±17.95 | 62.40±22.52 | 2.35 .21 |
| Ameliyattan 3 ay Sonra Fonksiyonel Değerlendirme | 75.45±18.71 | 68.64±22.38 | 3.91 .000 |
| t | -6.83 | -1.90 | |
| p | .000 | .064 | |

Olgu grubundaki bireylerin hastaneye kabulde elde edilen fonksiyonel değerlendirme toplam puanı 62.61±17.95 iken, ameliyattan üç ay sonra elde edilen fonksiyonel değerlendirme toplam puanı 75.45±18.71 bulunmuştur. Olgu grubundaki bireylerin hastaneye kabulde ve ameliyattan üç ay sonra elde edilen toplam puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur (t=-6.83, p<0.001).

Kontrol grubundaki bireylerin ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası toplam fonksiyonel değerlendirme puanları Tablo 4’de verilmiştir.

Kontrol grubundaki bireylerin hastaneye kabulde elde edilen fonksiyonel değerlendirme toplam puanı 62.40±22.50 iken, ameliyattan üç ay sonra elde edilen fonksiyonel değerlendirme toplam puanı 68.64±22.38 olarak bulunmuştur. Kontrol grubundaki bireylerin hastaneye kabulde ve ameliyattan üç ay sonra elde edilen fonksiyonel değerlendirme toplam puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (t=-1.90, p>0.05).

Olgu ve kontrol grubundaki bireylerin hastaneye kabulde elde edilen fonksiyonel değerlendirme toplam puanları karşılaştırıldığında elde edilen sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildir (t=2.35, p>0.05). Olgu ve kontrol grubundaki

bireylerin ameliyattan üç ay sonra elde edilen fonksiyonel değerlendirme toplam puanı karşılaştırıldığında elde edilen sonuç ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($t=3.91$, $p<0.001$).

3.4. Bireylerin Kalça Değerlendirme Bulguları

Olgu grubundaki bireylerin ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası kalça değerlendirme toplam puanları **Tablo 5**'de verilmiştir.

Tablo 5: Olguların Kalça Değerlendirme Bulgularının Dağılımı

| | Hastaneye kabulde | | | | | Ameliyattan 3 ay sonra | | | | |
|-------------------------------|-------------------|-------------|----------------------|--------------|-----------------------|------------------------|-------------|----------------------|-------------|-----------------------|
| | Olgu grubu (n:44) | | Kontrol grubu (n:44) | | t | Olgu grubu (n:44) | | Kontrol grubu (n:44) | | t |
| | X | SD | X | SD | p | X | SD | X | SD | p |
| 1.Kalça ağrısı | 4.23 | 1.15 | 4.48 | .97 | -1.095 .277 | 1.80 | .73 | 2.23 | .80 | -2.633 .010 |
| 2.Banyo yapma | 2.57 | 1.38 | 2.75 | 1.54 | -2.180 .320 | 1.55 | .69 | 2.30 | 1.26 | -3.437 .001 |
| 3.Ulaşım | 3.09 | 1.30 | 3.38 | 1.41 | -1.016 .313 | 1.59 | .75 | 2.43 | 1.10 | -4.157 .000 |
| 4.Çorap giyme | 2.95 | 1.27 | 3.31 | 1.55 | -1.201 .233 | 1.61 | .72 | 2.43 | 1.08 | -4.159 .000 |
| 5.Alişveriş yapma | 3.50 | 1.54 | 3.79 | 1.63 | -.870 .387 | 2.68 | 1.72 | 3.72 | 1.45 | -3.078 .003 |
| 6.Yürüme mesafesi | 2.52 | 1.17 | 2.90 | 1.50 | -1.343 .183 | 1.72 | 1.01 | 2.59 | 1.26 | -3.528 .001 |
| 7.Merdiven çıkma | 2.72 | 1.26 | 3.20 | 1.42 | -1.663 .100 | 1.68 | .98 | 2.43 | 1.30 | -3.051 .003 |
| 8.Sandalyeden kalkarken ağrı | 2.75 | 1.34 | 3.22 | 1.44 | -1.602 .113 | 1.31 | .51 | 1.68 | .63 | -2.933 .004 |
| 9.Yürürken topallama | 3.70 | 1.83 | 3.43 | 1.79 | .704 .483 | 1.38 | .92 | 1.72 | .65 | -1.997 .049 |
| 10.Ani/ciddi ağrı | 3.40 | 1.54 | 3.27 | 1.38 | .436 .664 | 1.29 | .59 | 1.45 | .62 | -1.222 .225 |
| 11. Genel işlerin etkilenmesi | 3.54 | 1.20 | 3.93 | 1.37 | -1.402 .165 | 1.75 | .86 | 2.54 | 1.20 | -3.547 .001 |
| 12. Gece yatakta ağrı | 2.90 | 1.50 | 3.04 | 1.75 | -.391 .696 | 1.18 | .44 | 1.59 | .65 | -3.413 .001 |
| Toplam | 37.90 | 9.70 | 40.70 | 12.72 | -1.42 .159 | 19.54 | 7.69 | 27.09 | 9.57 | -4.07 .000 |

Tablo 5 incelendiğinde hasta kabulünde kalça değerlendirme anketi ile elde edilen verilerde;

- Kalça ağrısı ($t= -1.09$, $p>0.05$)
- Banyo yapma ($t=-2.18$, $p>0.05$)

- Ulaşım (t= -1.01, p>0.05)
- Çorap giyme (t=-1.20, p>0.05)
- Alışveriş yapma (t=-.87, p>0.05)
- Yürüme süresi (t=-1.34, p>0.05)
- Merdiven çıkma (t=-1.66, p>0.05)
- Sandalyeden kalkarken ağrı (t=-1.60, p>0.05)
- Yürürken topallama (t=.70, p>0.05)
- Ani/ciddi kalça ağrısı (t=.43, p>0.05)
- Genel olarak işlerin etkilenmesi (t=-1.40, p>0.05)
- Gece yatakta ağrı (t=-.39, p>0.05)

açısından olgu ve kontrol grubu arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Tablo 5’de olgu ve kontrol grubundaki bireylerin ameliyat sonrası 3. aydaki kalça değerlendirme bulguları görülmektedir.

- Kalça ağrısı (t: -2.63, p:0.01)
- Banyo yapma (t:-3.43, p: 0.001)
- Ulaşım (t: -4.15, p<0.001)
- Çorap giyme (-4.15, p<0.001)
- Alışveriş yapma (t:-3.078, p<0.01)
- Yürüme süresi (t:-3.528, p:0.001)
- Merdiven çıkma (t:-3.05, p<0.01)
- Sandalyeden kalkarken ağrı (t:-2.93, p<0.01)
- Yürürken topallama (t:-1.99, p<0.05)
- Ani/ciddi kalça ağrısı (t:-1.22, p>0.05)
- Genel olarak işlerin etkilenmesi (t:-3.54; p:0.01)

- Gece yatakta ağrı (t:-3.41, p:0.01)

Olgu grubundaki bireylerin hastaneye kabulde elde edilen kalça değerlendirme toplam puanı 37.90 ± 9.70 iken, ameliyattan üç ay sonra elde edilen kalça değerlendirme toplam puanı 19.54 ± 7.69 olarak bulunmuştur. Olgu grubundaki bireylerin hastaneye kabulde ve ameliyattan üç ay sonra elde edilen kalça değerlendirme toplam puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=12.69$, $p<0.001$).

Kontrol grubundaki bireylerin ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası kalça değerlendirme toplam puanları **Tablo 6**'da verilmiştir.

Tablo 6: Olguların Kalça Değerlendirme Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı

| | Deney Grubu N:44 | Kontrol Grubu n: 44 | t p |
|--|---------------------|------------------------|----------------|
| | $\bar{X} \pm SD$ | $\bar{X} \pm SD$ | |
| Hastaneye Kabulde Kalça Değerlendirme | 37.90 ± 9.70 | 40.70 ± 12.72 | -1.42 .159 |
| Ameliyattan 3 ay Sonra Kalça Değerlendirme | 19.54 ± 7.69 | 27.09 ± 9.57 | -4.076 .000 |
| t | 12.69 | 7.57 | |
| p | .000 | .000 | |

Kontrol grubundaki bireylerin hastaneye kabulde elde edilen kalça değerlendirme toplam puanı 40.70 ± 12.72 iken, ameliyattan üç ay sonra elde edilen kalça değerlendirme toplam puanı 27.09 ± 9.57 olarak bulunmuştur. Kontrol grubundaki bireylerin hastaneye kabulde ve ameliyattan üç ay sonra elde edilen kalça değerlendirme toplam puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=7.57$, $p<0.01$).

Olgu ve kontrol grubundaki bireylerin hastaneye kabulde elde edilen kalça değerlendirme toplam puanları karşılaştırıldığında elde edilen sonuç istatistiksel

olarak anlamlı bulunmamıştır ($t=-1.42$, $p>0.05$). Olgu ve kontrol grubundaki bireylerin ameliyattan üç ay sonra elde edilen kalça değerlendirme toplam puanı karşılaştırıldığında elde edilen sonuç ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($t=-4.07$, $p<0.001$).

3.5. Olgu Grubundaki Bireylerin Taburculuk Sonrası Telefon ile Evde İzlem Bulguları ile Olgu ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Ameliyat Sonrası 3. Ayda Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumları

Bu bölümde olgu grubundaki bireylerin taburculuk sonrası 1. hafta, 1. ay, 2. ay ve 3. aydaki telefon ile izlem bulguları ile olgu ve kontrol grubundaki bireylerin ameliyat sonrası 3. aydaki sonuç kriterlerine ulaşma durumları birlikte sunulmuştur.

Olgu ve kontrol grubundaki bireylerin ameliyat sonrası 3. ayda sonuç kriterlerine ulaşma durumları **Tablo 22**'de görülmektedir.

3.5.1. Ağrı İzlemi

Bireylerin kalça ağrılarının ameliyat sonrası üç ay boyunca devam ettiği ve ağrı düzeylerinin kademeli olarak azaldığı saptanmıştır. Ağrıya ilişkin elde edilen bulgular incelendiğinde, 1. haftada orta şiddette ağrı oluşan olgu grubundaki birey oranı %47.70 ($n=21$), hafif şiddette ağrı oluşan birey oranı %38.60 ($n=17$), şiddetli ağrı oluşan birey oranı %2.30 ($n=1$) ve hiç ağrı oluşmayan birey oranı %11.40 ($n=5$) olarak saptanmıştır. Birinci ayda olgu grubunda ağrı düzeyi %40.90 oranında hafif ($n=18$), %29.50 oranında orta ($n=13$), %9.10 oranında şiddetli ($n=4$), %2.30 oranında dayanılmaz ($n=1$) iken, ağrı oluşmayan %18.20 ($n=8$) olarak bulunmuştur. Olgu grubunun 2. aydaki ağrı düzeyleri incelendiğinde; hafif ağrı oluşan %47.70 ($n=21$),

orta derecede ağrı oluşan %15.90 (n=7) ve ağrı oluşmayan birey oranının %36.40 (n=16) olduğu görülmektedir. Bireylerin 3. aydaki ağrı düzeylerinde genel olarak bir azalma görülmektedir. Olgu grubunda 3. ayda ağrı oluşmadığını ifade eden birey oranı %52.30 (n=23) iken; hafif ağrı oluşan birey oranı %27.30 (n=12), orta şiddette ağrı oluşan birey oranı %20.50 (n=9) olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda 3. aydaki ağrı düzeyleri incelendiğinde ağrı oluşmayan %15.90 (n=7), hafif düzeyde ağrı oluşan %77.30 (n=34), orta şiddette ağrı oluşan %6.80 (n=3) oranında olup, olgu ve kontrol grubunun 3. ay kalça ağrı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (t:-2.633, p<0.05), (**Tablo 22**).

Kalça protezi uygulanan olgu grubundaki bireylerin taburculuk sonrası 1. hafta, 1. ay, 2. ay ve 3. aydaki ağrı puan ortalamalarının izlem periyotlarına göre zaman etkileşimi açısından **bağımlı gruplarda tekrarlı ölçümlerde varyans analizi** ile anlamlı derecede farklılık gösterdiği saptanmıştır (F= 4.65, p<0.001), (**Tablo 7**). Bu farkın hangi izlem periyodundan kaynaklandığını belirlemek için yapılan **Benferroni düzeltmesi ile t analizi** sonucunda $\alpha = 0.0125$ alındığında;

a. Birinci hafta (2.40±.72) ile 1. aydaki ağrı puan ortalaması (2.36±.96) arasında anlamlı bir fark yoktur (t= .26, p= 0.793).

b. Birinci haftadaki ağrı puan ortalaması (2.40±.72) ile 2. aydaki ağrı puan ortalaması (1.93±.97) arasında anlamlı bir fark vardır (t=: 2.53, p: 0.015).

c. Birinci haftadaki ağrı puan ortalaması (2.40±.72) ile 3. aydaki ağrı puan ortalaması (1.86± 1.13) arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır (t= 2.67, p: 0.011).

d. Birinci aydaki ağrı puan ortalaması (2.36±.96) ile 2. aydaki ağrı puan ortalaması (1.93±.97) arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (t= 3.28, p:0.002).

e. Birinci aydaki ağrı puan ortalaması (2.36±.96) ile 3. aydaki ağrı puan ortalaması (1.86± 1.13) arasındaki fark anlamlıdır (t= 3.48; p: 0.001).

f. İkinci aydaki ağrı puan ortalaması (1.93±.97) ile 3. aydaki ağrı puan ortalaması (1.86± 1.13) arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (t= . 65, p: 0.519).

Tablo 7. Olgu Grubundaki Bireylerin Taburculuk Sonrası İlk Üç Aydaki Ağrı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| Olgu Grubu | Ağrı puanı | | F P |
|-----------------|------------------|---------|-------------------|
| | $\bar{X} \pm SD$ | t* p | |
| 1. hafta-1.ay | 2.40±.72 | .264 | 4.657 .007 |
| | 2.36±.96 | .793 | |
| 1. hafta -2.ay | 2.40±.72 | 2.537 | |
| | 1.93±.97 | .015 | |
| 1. hafta -3. ay | 2.40±.72 | 2.671 | |
| | 1.86± 1.13 | .011 | |
| 1.ay-2. ay | 2.36±.96 | 3.28 | |
| | 1.93±.97 | .002 | |
| 1. ay-3. ay | 2.36±.96 | 3.48 | |
| | 1.86± 1.13 | .001 | |
| 2.ay-3.ay | 1.93±.97 | .650 | |
| | 1.86± 1.13 | .519 | |

* Benferroni düzeltmesi ile t analizi

3.5.2. Günlük Yaşam Aktiviteleri Açısından İzlem Sonuçları

Olgu grubundaki bireylerin üç aylık izlemleri boyunca aktivitelerine ilişkin bulgular **Tablo 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14**'de, olgu ve kontrol grubundaki bireylerin ameliyat sonrası 3. aydaki sonuç kriterlerine ulaşma durumlarının dağılımı **Tablo 22**'de verilmiştir.

3.5.2.1. Günlük Aktiviteler Açısından İzlem Sonuçları

3.5.2.1.1. Ev İçinde Yürürken Ağrı

Olgu grubunda 1. haftadaki ev içinde yürürken ağrı düzeyine ilişkin bulgular incelendiğinde; yarısında (%50.00, n=22) orta düzeyde ağrı, %38.60'da (n=17) hafif

düzye de ağrı, %6.80'de (n=3) Şiddetli ağrı oluştuğu ve %4.50'de (n=2) ağrı görülmediği belirlenmiştir. Birinci ayda ise, bireylerin %38.60'da (n=17) ev içinde yürürken orta düzeyde ağrı, %27.30'de (n=12) hafif düzeyde ağrı ve %4.50'de (n=2) Şiddetli ağrı görüldüğü, %29.50'de (n=13) ağrı oluşmadığı bulunmuştur. Bireylerin yarısında (%50.00, n=22) 2. ayda ev içinde yürürken ağrı oluşmadığı; hafif ağrının %40.90 (n=18), orta düzeyde ağrının %9.10 (n=4) oranında oluştuğu saptanmiŐtir. nc ayda ev içinde yürürken ağrı görülmeme oranı %52.30 iken (n=23), hafif düzeyde ağrı %43.20 (n=19), orta düzeyde %4.50 (n=2) olarak saptanmiŐtir. Kontrol grubundaki hastaların %59.10'i (n=26) ev içinde yürürken hafif düzeyde, %13.60'ı (n=6) orta düzeyde ağrı oluştuğunu belirtirken, %27.30' (n=12) ağrılarının olmadığını ifade etmiştir. nc ayda ev içerisinde yürürken ağrı açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=-2.21$, $p<0.05$), (**Tablo 22**).

Kalça protezi uygulanan olgu grubundaki bireylerin taburculuk sonrası 1. hafta, 1. ay, 2. ay ve 3. aydaki ev içinde yürürken ağrı puan ortalamaları arasındaki fark **bağımlı gruplarda tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi** ile incelendiğinde izlem periyotlarına göre zaman etkileşimi açısından anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($F=3.30$; $p: .030$), (**Tablo 8**). Bu farkın hangi zaman dilimindeki ortalamadan ileri geldiğini saptama amacıyla yapılan **Benferroni düzeltmesi ile t analizi** sonucunda $\alpha: 0.0125$ alındığında;

a. Birinci haftadaki ev içinde yürürken ağrı puan ortalaması ($1.77\pm.77$) ile 1. aydaki ev içinde yürürken ağrı puan ortalaması (2.36 ± 1.18) arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($t=-2.86$, $p: 0.006$).

b. Birinci haftadaki ev içinde yürürken ağrı puan ortalaması ($1.77 \pm .77$) ile 2. aydaki ev içinde yürürken ağrı puan ortalaması (2.59 ± 1.45) arasında anlamlı bir fark vardır ($t = -2.98$, $p = 0.005$).

c. Birinci haftadaki ev içinde yürürken ağrı puan ortalaması ($1.77 \pm .77$) ile 3. aydaki ev içinde yürürken ağrı puan ortalaması (2.61 ± 1.48) arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ($t = -2.96$, $p = 0.005$).

d. Birinci aydaki ev içinde yürürken ağrı puan ortalaması (2.36 ± 1.18) ile 2. aydaki ev içinde yürürken ağrı puan ortalaması (2.59 ± 1.45) arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($t = -1.10$, $p = 0.274$).

e. Birinci aydaki ev içinde yürürken ağrı puan ortalaması (2.36 ± 1.18) ile 3. aydaki ev içinde yürürken ağrı puan ortalaması (2.61 ± 1.48) arasında anlamlı bir fark yoktur ($t = -1.14$, $p = 0.259$).

f. İkinci aydaki ev içinde yürürken ağrı puan ortalaması (2.59 ± 1.45) ile 3. aydaki ev içinde yürürken ağrı puan ortalaması (2.61 ± 1.48) arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($t = -.29$, $p = 0.767$).

Tablo 8. Olgu Grubundaki Bireylerin Taburculuk Sonrası İlk Üç Aydaki Evde Yürürken Ağrı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| Olgu Grubu | Ev içinde yürürken ağrı puanı | | F p |
|-----------------|-------------------------------|---------|-------------------|
| | $\bar{X} \pm SD$ | t* p | |
| 1. hafta-1.ay | $1.77 \pm .77$ | -2.86 | 3.301 .030 |
| | 2.36 ± 1.18 | .006 | |
| 1. hafta -2.ay | $1.77 \pm .77$ | -2.98 | |
| | 2.59 ± 1.45 | .005 | |
| 1. hafta -3. ay | $1.77 \pm .77$ | -2.96 | |
| | 2.61 ± 1.48 | .005 | |
| 1.ay-2. ay | 2.36 ± 1.18 | -1.107 | |
| | 2.59 ± 1.45 | .274 | |
| 1. ay-3. ay | 2.36 ± 1.18 | -1.145 | |
| | 2.61 ± 1.48 | .259 | |
| 2.ay-3.ay | 2.59 ± 1.45 | -.298 | |
| | 2.61 ± 1.48 | .767 | |

* Benferroni düzeltmesi ile t analizi

3.5.2.1.2. Egzersiz Yaparken Ağrı

Olgu grubundaki bireylerin 1. haftada egzersiz sırasındaki ağrı bulguları değerlendirildiğinde; orta şiddette ağrı %43.20 (n=19), hafif ağrı %36.40 (n=16), şiddetli düzeyde ağrı %2.30 (n=1) oranında saptanırken; ağrı oluşmayan (%9.10, n=4) ve egzersiz yapmayan oranı (%9.10, n=4) eşittir. Birinci ayda bireylerin %36.40'de (n=16) hafif düzeyde ağrı, %29.50'de (n=13) orta düzeyde ağrı, %2.30'de (n=1) şiddetli ağrı oluştuğu, %22.70'de (n=2) ağrı oluşmadığı ve %9.10'nin de düzenli egzersiz yapmadığı belirlenmiştir. İkinci ayda bireylerin %45.50'de (n=20) egzersiz sırasında ağrı görülmezken, %45.50'de (n=20) hafif, %4.50'de (n=2) orta düzeyde ağrı oluştuğu; düzenli egzersiz yapmayan oranının ise %4.50 (n=2) olduğu belirlenmiştir. Üçüncü ayda bireylerin %4.50'i (n=2) hiç egzersiz yapmazken, bireylerin %47.70'sinde (n=21) egzersiz sırasında ağrı oluşmadığı; hafif düzeyde ağrı oranının %45.50 (n=20), orta düzeyde ağrı oranının %2.30 (n=1) olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda bireylerin 3. ayda %27.3'de (n=12) egzersiz sırasında hafif düzeyde ağrı oluştuğu, %22.70'de (n=10) egzersiz sırasında ağrı oluşmadığı saptanmıştır. Egzersiz yapmayanların oranının %36.40 (n=16) olduğu; 3. ayda egzersiz sırasında ağrı açısından olgu ve kontrol grupları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($t=-1.77$, $p<0.05$), **(Tablo 22)**. Kalça protezi uygulanan olgu grubundaki bireylerin taburculuk sonrası 1. hafta, 1. ay, 2. ay ve 3. aydaki egzersiz sırasında ağrı puan ortalamaları arasındaki fark **bağımlı gruplarda tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi** ile incelendiğinde izlem periyotlarına göre zaman etkileşimi açısından anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($F=1.84$, $p: 0.154$).

3.5.2.1.3. Yatak ya da Sandalyeden Kalkarken Ağrı

Birinci haftadaki yatak ya da sandalyeden kalkarken ağrı düzeyine ilişkin bulgular incelendiğinde; olgu grubundaki bireylerin %45.50'de (n=20) hafif düzeyde ağrı, %43.20'de (n=19) orta düzeyde ağrı, %4.50'de (n=2) şiddetli ağrı olduğu ve %6.80'de (n=3) ağrı oluşmadığı belirlenmiştir. Birinci ayda ise, bireylerin %45.50'de (n=20) yatak ya da sandalyeden kalkarken hafif düzeyde ağrı, %20.50'de (n=9) orta düzeyde ağrı ve %4.50'de (n=2) şiddetli ağrı olduğu, %29.50'de (n=13) ağrı oluşmadığı bulunmuştur. Bireylerin %65.90'da (n=22) 2. ayda yatak ya da sandalyeden kalkarken ağrı oluşmadığı; hafif ağrının %29.50 (n=13), orta düzeyde ağrının %4.50 (n=2) oranında olduğu saptanmıştır. Üçüncü ayda yatak ya da sandalyeden kalkarken ağrı verilerine göre, ağrı görülme oranı %81.80 iken (n=36), hafif düzeyde ağrı oranı %18.20 (n=8) olarak saptanmıştır. Kontrol grubunu oluşturan bireylerin 3. ayda %47.70'de yatak ya da sandalyeden kalkarken hafif düzeyde, %11.4'de orta düzeyde bir ağrı olduğu, %40.90'unda ağrı oluşmadığı saptanmıştır. Üçüncü ayda yatak ya da sandalyeden kalkarken ağrı açısından gruplar arasındaki fark ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($t=4.13$, $p<0.01$), **(Tablo 22)**.

Kalça protezi uygulanan olgu grubundaki bireylerin yatak ya da sandalyeden kalkarken ağrı puan ortalamaları açısından taburculuk sonrası 1. hafta, 1. ay, 2. ay ve 3. ay puan ortalamaları arasındaki etkileşim **bağımlı gruplarda tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi** sonucu anlamlı bulunmuştur ($F=16.56$, $p<0.000$), **(Tablo 9)**. Bu farkın hangi zaman periyodundan kaynaklandığını belirlemek için yapılan **Benferroni düzeltmesi ile t analizi** sonucunda $\alpha: 0.0125$ alındığında;

Yatak ya da sandalyeden kalkarken ağrı oluşması açısından,

a. Birinci hafta ($1.72\pm.84$) ile 1. ay (2.18 ± 1.29) puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı değildir ($t=-1.87$, $p: 0.067$).

b. Birinci hafta (1.72±.84) ile 2. ay (3.02±1.38) puan ortalamaları arasında ileri derecede anlamlı bir fark vardır (t=-4.84, p: 0.000).

c. Birinci hafta (1.72±.84) ile 3. ay (3.40±1.18) puan ortalamaları arasındaki fark ileri derecede anlamlıdır (t: -6.98, p: 0.000).

d. Birinci ay (2.18±1.29) ile 2. ay (3.02±1.38) puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir (t=-3.62, p: 0.001).

e. Birinci ay (2.18±1.29) ile 3. ay (3.40±1.18) puan ortalamaları arasında ileri derecede anlamlı bir fark bulunmaktadır (t= -4.96, p: 0.000).

f. İkinci ay (3,02±1,38) ile 3. ay (3,40±1,18) puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (t=-2.41, p: 0.020).

Tablo 9. Olgu Grubundaki Bireylerin Taburculuk Sonrası İlk Üç Aydaki Yatak ya da Sandalyeden Kalkarken Ağrı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| Olgu Grubu | Yatak ya da sandalyeden kalkarken ağrı puanı | | F p |
|-----------------|--|---------|--------------------|
| | $\bar{X} \pm SD$ | t* p | |
| 1. hafta-1.ay | 1.72±.84 | -1.87 | 16.560 .000 |
| | 2.18±1.29 | .067 | |
| 1. hafta -2.ay | 1.72±.84 | -4.84 | |
| | 3.02±1.38 | .000 | |
| 1. hafta -3. ay | 1.72±.84 | -6.98 | |
| | 3.40±1.18 | .000 | |
| 1.ay-2. ay | 2.18±1.29 | -3.62 | |
| | 3.02±1.38 | .001 | |
| 1. ay-3. ay | 2.18±1.29 | -4.96 | |
| | 3.40±1.18 | .000 | |
| 2.ay-3.ay | 3.02±1.38 | -2.41 | |
| | 3.40±1.18 | .020 | |

* Benferroni düzeltmesi ile t analizi

3.5.2.1.4. Merdiven Çıkma

Birinci haftada merdiven çıkarken zorlanma bulguları değerlendirildiğinde; olgu grubunda merdiven çıkmama oranının %52.30 (n=23) olduğu, merdiven çıkarken hafif (%18.20, n=8) ve orta (%18.20, n=8) şiddette ağrının eşit düzeyde olduğu, şiddetli düzeyde oluşan ağrının %4.50 (n=1) olduğu ve ağrı

oluşmayanlarda bu oranının %6.80 (n=4) olduğu belirlenmiştir. Birinci ayda bireylerin merdiven çıkarken %34.10'nin (n=15) orta, %27.30'nün (n=12) hafif, %2.30'nün (n=1) şiddetli düzeyde ağrı yaşadığı, %20.50'de (n=9) ağrı görülmediği ve %15.90'nun da merdiven çıkmadığı saptanmıştır. İkinci ayda bireylerin %47.70'de (n=21) merdiven çıkarken zorlanma görülmezken, %36.40'de (n=16) hafif, %6.80'de (n=3) orta, %2.30'de (n=1) şiddetli düzeyde ağrı oluştuğu; merdiven çıkmayanların oranının %6.80 (n=3) olduğu belirlenmiştir. Üçüncü ayda bireylerin %68.20'de (n=30) merdiven çıkarken zorlanma görülmemiştir. Bireylerin %25.00'de (n=11) merdiven çıkma sırasında hafif bir zorlanma olduğu; orta düzeyde zorlanma oranının %6.80 (n=3) olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda yer alan bireylerin %40.90'ı (n=18) 3. ayda merdiven çıkarken hafif derecede zorlandığını, %20.50'i (n=9) orta, %9.10'i (n=4) çok zorlandığını, %9.10'i (n=4) merdiven çıkmadıklarını ifade etmişlerdir. Merdiven çıkarken hiç zorlanmayan kontrol grubundaki bireylerin oranı %20.50'tir (n=9). Merdiven çıkarken zorlanma açısından gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($t=2.97$, $p<0.05$), (**Tablo 22**).

Kalça protezi uygulanan olgu grubundaki bireylerin merdivenden çıkarken zorlanma bakımından taburculuk sonrası 1. hafta, 1. ay, 2. ay ve 3. aydaki puan ortalamaları arasındaki etkileşim **bağımlı gruplarda tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi** sonucu izlem periyotlarına göre zaman etkileşimi açısından anlamlı bulunmuştur ($F=4.03$, $p: 0.013$), (**Tablo 10**). Bu farkın hangi zaman periyodundan kaynaklandığını belirlemek için yapılan **Benferroni düzeltmesi ile t analizi** sonucunda $\alpha: 0.0125$ alındığında;

Merdiven çıkarken zorlanma açısından,

a. Birinci hafta (3.56 ± 1.67) ile 1. ay (2.63 ± 1.47) puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı değildir ($t=1.92$, $p: 0.060$).

b. Birinci hafta (3.56±1.67) ile 2. ay (2.81±1.51) puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı değildir (t=1.92, p: 0.060).

c. Birinci hafta (3.56±1.67) ile 3. ay (3.20±1.37) puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı değildir (t= .98, p: 0.330).

d. Birinci ay (2.63±1.47) ile 2. ay (2.81±1.51) puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir (t=-.61, p: 0.541).

e. Birinci ay (2.63±1.47) ile 3. ay (3.20±1.37) puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır (t= -2.04, p: 0.048).

f. İkinci ay (2.81±1.51) ile 3. ay (3.20±1.37) puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır (t=-2.16, p: 0.036).

Tablo 10. Olgu Grubundaki Bireylerin Taburculuk Sonrası İlk Üç Aydaki Merdiven Çıkarken Zorlanma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| Olgu Grubu | Merdiven çıkarken zorlanma puanı | | F p |
|-----------------|----------------------------------|----------------|--------|
| | $\bar{X} \pm SD$ | t* p | |
| 1. hafta-1.ay | 3.56±1.67 2.63±1.47 | 1.928 .060 | 4.037 |
| 1. hafta -2.ay | 3.56±1.67 2.81±1.51 | 1.928 .060 | |
| 1. hafta -3. ay | 3.56±1.67 3.20±1.37 | .984 .330 | |
| 1.ay-2. ay | 2.63±1.47 2.81±1.51 | -.617 .541 | .013 |
| 1. ay-3. ay | 2.63±1.47 3.20±1.37 | -2,040 .048 | |
| 2.ay-3.ay | 2.81±1.51 3.20±1.37 | -2.162 .036 | |

* Benferroni düzeltmesi ile t analizi

3.5.2.1.5. Bahçe İşleri

Birinci haftada olgu grubundaki bireylerin hiçbirinin (%100.00, n=44), 1. ayda %95.50'nin (n=42), 2. ayda %90.90'nun (n=41), 3. ayda %75.00'nin (n=33) bahçe işleri ile uğraşmadığı saptanmıştır. Birinci ayda bireylerin %4.50'de (n=2) bahçe işleri ile uğraşırken orta derecede zorlanma yaşadıkları, hafif zorlanma oranının

%6.80 (n=3) olduğu, yere eğilmeden çiçek sulama gibi basit işleri %2.30'nün (n=1) yapabildiği belirlenmiştir. Üçüncü ayda bireylerin %22.70'i (n=10) bahçe işlerinde hiç zorlanmadıklarını ifade ederken, %2.30'nün hafif derecede zorlandıkları bulunmuştur. Üçüncü ayda kontrol grubunda bahçe işleri ile uğraşmayanların oranı %84.10'dir (n=37). Bahçe işleri ile uğraşırken hafif düzeyde zorlanan birey oranı %6.80 (n=3) iken, zorlanmayanların oranı da %6.80'dir(n=3). Bahçe işleri ile uğraşırken 3. ayda zorluk yaşama açısından olgu ve kontrol grubu arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($t=-.45$, $p>0.05$), (**Tablo 22**).

Kalça protezi uygulanan olgu grubundaki bireylerin taburculuk sonrası 1. hafta, 1. ay, 2. ay ve 3. aydaki bahçe işleri ile uğraşırken zorlanma puan ortalamaları arasındaki fark **bağımlı gruplarda tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi** ile incelendiğinde izlem periyotlarına göre zaman etkileşimi açısından anlamlı değildir ($F=1.91$, $p: 0.142$).

3.5.2.1.6. Oturarak Namaz Kılma

Oturarak namaz kılma dağılımları incelendiğinde olgu grubunda 1. hafta için namaz kılmayanların oranı %100.00 (n=44) iken, 1. ay bu oran %95.50 (n=42), 2. ay için %88.60 (n=39), 3. ay için %84.10 (n=37) olarak belirlenmiştir. Oturarak namaz kılarken şiddetli zorlanma 1. ve 2. ay için %4.50 (n=2), 3. ay için %6.80 (n=3) olarak saptanmıştır. Bireylerin %2.30'ü (n=1) 2. ve 3. ayda oturarak namaz kılarken orta derecede zorlanırken, hafif zorlanma yaşayanlar 2. ayda %4.50 (n=2), 3. ayda %9.10 (n=4) olarak bulunmuştur. Üçüncü ayda kontrol grubundaki bireylerin %84.10'nin (n=37) namaz kılmadığı, %18.20'nin (n=8) oturarak namaz kılarken hafif zorluk yaşadığı, zorluk yaşamayanların oranının %4.50 (n=2), orta düzeyde zorluk yaşayanların oranının %2.30 (n=1) olduğu bulunmuştur. Üçüncü ayda oturarak

namaz kılariken zorlanma açısından gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($t=1.20$, $p>0.05$), (**Tablo 22**).

Kalça protezi uygulanan olgu grubundaki bireylerin oturarak namaz kılariken zorlanma açısından taburculuk sonrası 1. hafta, 1. ay, 2. ay ve 3. aydaki puan ortalamaları arasındaki etkileşimin **bağımlı gruplarda tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi** ile incelendiğinde zaman faktörü bakımından anlamlı olmadığı saptanmıştır ($F=3.06$, $p: 0.057$).

3.5.2.1. 7. Ev işleri

Ev işlerini yaparken zorluk açısından bulgular değerlendirildiğinde, 1. hafta olgu grubundaki bireylerin %90.90'u ($n=40$) ev işi yapmazken, bu oran 1., 2. ve 3. ayda sırası ile %88.60 ($n=39$), %61.40 ($n=27$) ve %38.60 ($n=17$) olarak bulunmuştur. Birinci hafta ev işi yaparken zorluk yaşamayanların oranı %4.50 ($n=2$) iken, hafif ve orta dereceli zorluk yaşayanların oranı eşittir (%2.30, $n=1$). Birinci ayda ev işi yaparken zorluk yaşamayanlar %9.10 ($n=4$) oranında olup, 2. ayda %13.60 ($n=6$), 3. ayda %50.00 ($n=17$) olarak belirlenmiştir. Ev işi yaparken hafif zorluk yaşayanlar 1. ayda %2.30 ($n=1$), 2. ayda %25.00 ($n=11$) ve 3. ayda %11.40 ($n=5$) oranında bulunmuştur. Kontrol grubundaki bireylerin %11.40'nün ($n=5$) 3. ayda ev işleri yaparken zorlanmadıkları, %40.0'nün ($n=18$) ev işlerini yaparken hafif düzeyde zorlandıkları, %40.90'nün ($n=18$) ev işleri yapmadıkları belirlenmiştir. Bu durumun olgu ve kontrol grubu arasındaki fark açısından ileri derecede anlamlı olduğu saptanmıştır ($t=2.97$, $p<0.05$), (**Tablo 22**).

Kalça protezi uygulanan olgu grubundaki bireylerin ev işlerinde zorlanma bakımından taburculuk sonrası 1. hafta, 1. ay, 2. ay ve 3. aydaki değerlendirme sonuçları arasındaki etkileşim **bağımlı gruplarda tekrarlı ölçümlerde tek yönlü**

varyans analizi sonucu izlem periyotlarına göre zaman etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=5.73, p: 0.002), (**Tablo 11**). Bu farkın hangi zaman diliminden ileri geldiğini saptamak için yapılan **Benferroni düzeltmesi ile t analizi** sonucunda α : 0.0125 alındığında; ev işlerinde zorlanma açısından,

a. Birinci hafta (4.79±.76) ile 1. ay (4.81±.65) puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı değildir (t=-.16, p: 0.868).

b. Birinci hafta (4.79±.76) ile 2. ay (3.86±1.70) puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır (t= 3.21, p: 0.002).

c. Birinci hafta (4.79±.76) ile 3. ay (4.15±1.23) puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır (t= 3.30, p: 0.002).

d. Birinci ay (4.81±.65) ile 2. ay (3.86±1.70) puan ortalamaları arasında ileri derecede anlamlı bir fark vardır (t= 3.43, p: 0.001).

e. Birinci ay (4.81±.65) ile 3. ay (4.15±.23) puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır (t= 3.16, p: 0.003).

f. İkinci ay (3.86±1.70) ile 3. ay (4.15±.23) puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (t=-1.04, p: 0.302).

Tablo 11. Olgu Grubundaki Bireylerin Taburculuk Sonrası İlk Üç Aydaki Ev İşlerinde Zorlanma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| Olgu Grubu | Ev işlerinde zorlanma puanı | | F p |
|-----------------|-----------------------------|---------------|--------|
| | $\bar{X} \pm SD$ | t* p | |
| 1. hafta-1.ay | 4.79±.76 4.81±.65 | -.167 .868 | 5.735 |
| 1. hafta -2.ay | 4.79±.76 3.86±1.70 | 3.216 .002 | |
| 1. hafta -3. ay | 4.79±.76 4,15±,23 | 3.304 .002 | |
| 1.ay-2. ay | 4.81±.65 3.86±1.70 | 3.437 .001 | .1002 |
| 1. ay-3. ay | 4.81±.65 4.15±.23 | 3.168 .003 | |
| 2.ay-3.ay | 3.86±1.70 4.15±.23 | 3.168 .003 | |

* Benferroni düzeltmesi ile t analizi

3.5.2.2. Öz Bakım Aktiviteleri Açısından İzlem Sonuçları

Bireylerin öz bakım aktiviteleri kapsamında giyinebilme, tuvaletini yapabilme, kişisel hijyenini sağlayabilme ve yemek yapabilme ele alınmıştır.

3.5.2.2.1. Giyinebilme

Giyinirken zorlanmaya ilişkin bulgular değerlendirildiğinde 1. hafta olgu grubundaki bireylerin %63.60'ı (n=28) orta, %20.50'i (n=9) hafif, %13.60'ı (n=6) şiddetli düzeyde zorlanma yaşadığını belirtirken, %2.30'ü (n=1) 1. hafta giyinirken zorluk yaşamadığını ifade etmiştir. Birinci ayda giyinirken hafif derecede zorluk yaşayan bireylerin oranı %43.60 (n=19), orta derecede zorluk yaşayanların oranı %38.60 (n=17), şiddetli derecede zorluk yaşayanların oranı %2.30 (n=1) olarak bulunmuştur. İkinci ayda bireylerin 7'si (%15.90) giyinirken zorluk yaşamadıklarını ifade etmiştir. Giyinirken zorluk yaşamayan bireylerin oranı 2. ayda %52.30 (n=23) iken, hafif derecede yaşayanların oranı %34.10 (n=15), orta derecede yaşayanların oranı %13.60 (n=6) olarak saptanmıştır. Üçüncü ayda bireylerin %72.70'i (n=32) giyinirken zorluk yaşamadığını belirtirken, %25.00'i (n=11) hafif, %2.30'ü (n=1) orta derecede zorluk yaşadığını ifade etmiştir. Üçüncü ayda kontrol grubunda giyinirken zorluk yaşamayanların oranı %54.50 iken, hafif düzeyde zorluk yaşayanların oranı %36.40 (n=16), orta düzeyde zorluk yaşayanların oranı %6.80 (n=3) olarak bulunmuştur. Giyinme sırasında zorluk yaşanması açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($t=1.54$, $p>0.05$), **(Tablo 22)**.

Giyinirken zorlanma açısından incelenen kalça protezi uygulanan olgu grubundaki bireylerin taburculuk sonrası 1. hafta, 1. ay, 2. ay ve 3. ay puan ortalamaları arasındaki etkileşimi **bağımlı gruplarda tekrarlı ölçümlerde tek yönlü**

varyans analizi ile incelendiğinde anlamlı bulunmuştur ($F= 9.00, p<0.01$), (**Tablo 12**). Bu farkın hangi zaman diliminden kaynaklandığını belirlemede kullanılan **Benferroni düzeltmesi ile t analizi** sonucunda $\alpha: 0.0125$ alındığında; giyinirken zorluk yaşama açısından,

a. Birinci hafta ($1.97\pm.66$) ile 1. ay (1.90 ± 1.05) puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı değildir ($t=.37, p: 0.710$).

b. Birinci hafta ($1.97\pm.66$) ile 2. ay (2.70 ± 1.40) puan ortalamaları arasında ileri derecede anlamlı bir fark vardır ($t=-2.92, p: 0.005$).

c. Birinci hafta ($1.97\pm.66$) ile 3. ay (3.15 ± 1.32) puan ortalamaları arasındaki fark ileri derecede anlamlıdır ($t= -4.98, p: 0.000$).

d. Birinci ay (1.90 ± 1.05) ile 2. ay (2.70 ± 1.40) puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($t=-3.19, p: 0.003$).

e. Birinci ay (1.90 ± 1.05) ile 3. ay (3.15 ± 1.32) puan ortalamaları arasında ileri derecede anlamlı bir fark bulunmaktadır ($t= -4.80, p: 0.000$).

f. İkinci ay (2.70 ± 1.40) ile 3. ay (3.15 ± 1.32) puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($t=-2.66, p: 0.011$).

Tablo 12. Olgu Grubundaki Bireylerin Taburculuk Sonrası İlk Üç Aydaki Giyinirken Zorluk Yaşama Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| Olgu Grubu | Giyinirken zorluk yaşama puanı | | F p |
|-----------------|--------------------------------|---------|--------|
| | $\bar{X} \pm SD$ | t* p | |
| 1. hafta-1.ay | 1.97±.66 | .374 | 9.002 |
| | 1.90±1.05 | .710 | |
| 1. hafta -2.ay | 1.97±.66 | -2.92 | |
| | 2.70±1.40 | .005 | |
| 1. hafta -3. ay | 1.97±.66 | -4.98 | |
| | 3.15±1.32 | .000 | |
| 1.ay-2. ay | 1.90±1.05 | -3.19 | |
| | 2.70±1.40 | .003 | |
| 1. ay-3. ay | 1.90±1.05 | -4.80 | |
| | 3.15±1.32 | .000 | |
| 2.ay-3.ay | 2.70±1.40 | -2.66 | |
| | 3.15±1.32 | .011 | |

* Benferroni düzeltmesi ile t analizi

3.5.2.2.2. Tuvaletini Yapabilme

Birinci haftada tuvaletini yaparken zorlanma bulguları değerlendirildiğinde; olgu grubunda tuvaletini yaparken orta derecede zorluk yaşayanların oranının %56.80 (n=25), hafif derecede zorluk yaşayanların oranının %25.00 (n=11), şiddetli derecede zorluk yaşayanların oranının %9.10 (n=4), tuvaletini yaparken zorluk yaşamayanların oranının %9.10 (n=4) olduğu belirlenmiştir. Birinci ayda bireylerin tuvaletini yaparken %52.30'nün (n=23) hafif, %22.70'nin (n=10) orta, %2.30'nün (n=1) şiddetli düzeyde zorluk yaşadığı, %22.70'de (n=10) tuvaletini yaparken zorluk yaşanmadığı saptanmıştır. İkinci ayda bireylerin %52.30'de (n=23) tuvaletini yaparken zorlanma görülmezken, %43.20'de (n=19) hafif, %4.50'de ise (n=2) orta düzeyde zorluk yaşandığı belirlenmiştir. Üçüncü ayda bireylerin %79.50'de (n=35) tuvaletini yaparken zorlanma görülmemiştir. Üçüncü ayda bireylerin %18.20'de (n=8) tuvaletini yaparken hafif bir zorlanma olduğu; orta düzeyde zorlanma oranının %2.30 (n=1) olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki bireylerin %79.50'nin(n=35) 3. ayda tuvaletini yaparken zorlanmadıkları, %13.60'nın (n=6) hafif, %4.50'nin orta ve %2.30'nün orta düzeyde zorlandıkları saptanmıştır. Tuvaletini yapabilme açısından gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($t=-.28$, $p>0.05$), **(Tablo 22)**.

Tuvaletini yaparken zorlanma açısından olgu grubundaki bireylerin 1. hafta, 1.ay, 2. ay ve 3. aydaki puan ortalamaları zaman etkileşimi açısından **bağımlı gruplarda tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi** ile incelendiğinde ortalamalar arası fark anlamlı bulunmuştur ($F= 17.16$, $p: 0.000$), **(Tablo 13)**. Bu farkın hangi zaman diliminden kaynaklandığını belirlemede kullanılan **Benferroni düzeltmesi ile t analizi** sonucunda $\alpha: 0.0125$ alındığında;

Tuvaletini yaparken zorluk yaşama açısından,

a. Birinci hafta (2.02±.84) ile 1. ay (1.95±1.21) puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı değildir (t=.33, p: 0.740).

b. Birinci hafta (2.02±.84) ile 2. ay (2.61±1.48) puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark yoktur (t=-2.28, p: 0.273).

c. Birinci hafta (2.02±.84) ile 3. ay (3.40±1.18) puan ortalamaları arasındaki fark ileri derecede anlamlıdır (t= -6.01, p: 0.000).

d. Birinci ay (1.95±1.21) ile 2. ay (2.61±1.48) puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır (t=-2.84, p: 0.007).

e. Birinci ay (1.95±1.21) ile 3. ay (3.40±1.18) puan ortalamaları arasında ileri derecede anlamlı bir fark bulunmaktadır (t= -5.95, p: 0.000).

f. İkinci ay (2.61±1.48) ile 3. ay (3.40±1.18) puan ortalamaları arasında ileri derecede anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (t=-3.84, p: 0.000).

Tablo 13. Olgu Grubundaki Bireylerin Taburculuk Sonrası İlk Üç Aydaki Tuvaletini Yaparken Zorlanma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| Olgu Grubu | Tuvaletini yaparken zorlanma puanı | | F p |
|-----------------|------------------------------------|---------|----------------|
| | $\bar{X} \pm SD$ | t* p | |
| 1. hafta-1.ay | 2.02±.84 | .334 | 17.161 .000 |
| | 1.95±1.21 | .740 | |
| 1. hafta -2.ay | 2.02±.84 | -2.284 | |
| | 2.61±1.48 | .0273 | |
| 1. hafta -3. ay | 2.02±.84 | -6.017 | |
| | 3.40±1.18 | .000 | |
| 1.ay-2. ay | 1.95±1.21 | -2.840 | |
| | 2.61±1.48 | .007 | |
| 1. ay-3. ay | 1.95±1.21 | -5.954 | |
| | 3.40±1.18 | .000 | |
| 2.ay-3.ay | 2.61±1.48 | -3.841 | |
| | 3.40±1.18 | .000 | |

* Benferroni düzeltmesi ile t analizi

3.5.2.2.3. Kişisel Hijyenini Sağlayabilme

Bireylerin kişisel hijyenini sağlarken yaşadığı zorluklar incelendiğinde; olgu grubunda 1. hafta için orta derecede zorluk yaşayanların oranı %56.80 (n=25), hafif

zorluk yaşıyanların oranı %27.30 (n=12), şiddetli zorluk yaşıyanların oranı %6.80 (n=3) olduğu belirlenmiştir. Bireylerin %9.10'i (n=4) kişisel hijyenini sağlarken zorluk yaşamadığını ifade etmiştir. Birinci ayda kişisel hijyeni sağlarken hafif zorluk yaşıyanlar ile yaşamayanların oranı eşittir (%31.80, n=14). Bireylerin %34.10'i (n=15) orta derecede zorluk yaşadığını ifade ederken, %2.30'ü (n=1) şiddetli derecede zorlandığını belirtmiştir. Bireylerin %56.80'i (n=25) 2. ayda kişisel hijyenlerini yerine getirirken zorluk yaşamazken, %34.10'i (n=15) hafif, %9.10'i (n=4) orta derecede zorluk yaşadığını ifade etmiştir. Üçüncü ayda kişisel hijyeni sağlarken zorluk yaşamayanların oranı %70.50 (n=31) olarak bulunmuştur. Hafif derecede zorlananların oranı %29.50 (n=13), orta derecede zorlananların oranı ise %2.30 (n=1) olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki bireylerin %54.50'nin (n=24) kişisel hijyeni sağlarken zorlanmadıkları, %36.40'nün (n=16) hafif düzeyde zorlandıkları saptanmıştır. Gruplar arasında fark olmadığı belirlenmiştir ($t=1.13$, $p>0.05$), **(Tablo 22)**.

Kişisel hijyende zorlanma açısından olgu grubundaki bireylerin 1. hafta, 1.ay, 2. ay ve 3. aydaki puan ortalamaları zaman etkileşimi açısından **bağımlı gruplarda tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi** ile incelendiğinde ortalamalar arası fark anlamlı bulunmuştur (F: 7.46, p: .000), **(Tablo 14)**. Bu farkın hangi zaman diliminden kaynaklandığını belirlemede kullanılan **Benferroni düzeltmesi ile t analizi** sonucunda α : 0.0125 alındığında;

Kişisel hijyeni sağlarken zorluk yaşama açısından,

a. Birinci hafta (1.97±.84) ile 1. ay (2.34±1.23) puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı değildir ($t=-1.58$, p: 0.121).

b. Birinci hafta (1.97±.84) ile 2. ay (2.79±1.40) puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır ($t=-3.18$, p: 0.003).

c. Birinci hafta (1.97±.84) ile 3. ay (3.15±1.32) puan ortalamaları arasındaki fark ileri derecede anlamlıdır (t= -4.72; p: 0.000).

d. Birinci ay (2.34±1.23) ile 2. ay (2.79±1.40) puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur (=-2.14, p: 0.038).

e. Birinci ay (2.34±1.23) ile 3. ay (3.15±1.32) puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır (t= -3.41, p: 0.001).

f. İkinci ay (2.79±1.40) ile 3. ay (3.15±1.32) puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır(t=-2.23, p: 0.031).

Tablo 14. Olgu Grubundaki Bireylerin Taburculuk Sonrası İlk Üç Aydaki Kişisel Hijyende Zorlanma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| Olgu Grubu | Kişisel hijyende zorlanma puanı | | F p |
|-----------------|---------------------------------|---------|---------------|
| | $\bar{X} \pm SD$ | t* p | |
| 1. hafta-1.ay | 1.97±.84 | -1.58 | 7.467 .000 |
| | 2.34±1.23 | .121 | |
| 1. hafta -2.ay | 1.97±.84 | -3.,18 | |
| | 2.79±1.40 | .003 | |
| 1. hafta -3. ay | 1.97±.84 | -4.72 | |
| | 3.15±1.32 | .000 | |
| 1.ay-2. ay | 2.34±1.23 | -2.14 | |
| | 2.79±1.40 | .038 | |
| 1. ay-3. ay | 2.34±1.23 | -3.41 | |
| | 3.15±1.32 | .001 | |
| 2.ay-3.ay | 2.79±1.40 | -2.236 | |
| | 3.15±1.32 | .031 | |

* Benferroni düzeltmesi ile t analizi

3.5.2.2.4. Yemek Yapabilme

Yemek yaparken zorlanma durumu incelendiğinde, 1. haftada ve 1. ayda olgu grubundaki bireylerin %93.20'nin (n=41) yemek yapmadığı, %2.30'nün (n=1) yemek yaparken hafif derecede zorlandığı ve %4.50'nin de (n=2) hiç zorluk yaşamadığı saptanmıştır. İkinci ayda, bireylerin yemek yapmama oranı %70.50 (n=31) iken, %18.20'de (n=8) yemek yaparken zorluk yaşanmadığı, %11.40'de

(n=5) ise hafif derecede zorlanma olduğu bulunmuştur. Üçüncü ayda bireylerin %59.10'i (n=26) yemek yapmazken, %40.90'u (n=18) yemek yaparken zorluk yaşamadığını belirtmiştir. Yemek yaparken zorlanma açısından dört izlem sonucunun ortalamaları arasında anlamlı bir fark yoktur (F= 2. 48, p: .074). Üçüncü ayda kontrol grubundaki bireylerin %70.50'i (n=31) yemek yapmadıklarını, %9.10'i (n=4) yemek yaparken zorluk yaşamadıklarını, %15.90'u (n=7) yemek yaparken hafif düzeyde, %4.50'i (n=2) orta düzeyde zorluk yaşadıklarını ifade etmiştir. Yemek yapma açısından gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir (t=1.87, p>0.05), **(Tablo 22)**.

3.5.2.3. Beslenme İzlemi Açısından İzlem Sonuçları

Olgu grubundaki bireylerin 1. haftada %88.60'da (n=39) iştahta azalma yok iken, %11.40'de (n=5) hafif bir azalma olduğu belirlenmiştir. Birinci ayda iştahta azalma olduğunu belirten birey oranı %97.70 (n=43) iken, %2.30'de (n=1) hafif düzeyde bir azalma olduğu belirlenmiştir. Telefon ile izlemin 2. ve 3. ayında bireylerin hiçbirinde (%100.00, n=44) iştahta azalma olmadığı bulunmuştur. Birinci hafta ve 1. ayda bireylerin hiçbirinde iştahta artış durumu görülmez iken (%100.00, n=44), 2. ayda bireylerin %4.50'i (n=2), 3. ayda %9.10'i (n=4) iştah durumunda hafif bir artış olduğunu ifade etmiştir. Üç aylık izlem süresi boyunca bireylerin hiçbirinde (%100.00, n=44) sıvı alımında artış görülmediği belirlenmiştir.

Birinci haftada bireylerin %95.50'de (n=42), 1. ayda %97.70'de (n=43) sıvı alımında azalma görülmez iken, 1. haftada bireylerin %4.50'de, 1. ayda %2.30'de (n=1) sıvı alımında hafif bir azalma görüldüğü saptanmıştır. İkinci ve 3. aylarda bireylerin hiçbirinde (%100.00, n=44) sıvı alımında azalama görülmemiştir. Birinci hafta ve 1. ayda bireylerin hiçbirinde (%100.00, n=44) vücut ağırlığında artış

görülmez iken, 2. ayda %97.70'de kiloda herhangi bir artış olmadığı, %2.30'ünde hafif bir artış olduğu saptanmıştır. Üçüncü ay izlemlerinde bireylerin %93.20'de (n=41) kiloda artış görülmediği, %6.80'de (n=3) hafif bir artış olduğu belirlenmiştir.

Bireylerin 1. hafta %97.20'de (n=43), 1. ay, 2. ay ve 3. ayda hiçbirinde (%100.00, n=44) kiloda azalma görülmemiştir. Birinci haftada kilosunda hafif bir azalma olduğunu belirten kişi sayısı 1'dir (%2.30).

3.5.2.4. Sosyal Yaşam Açısından İzlem Sonuçları

Bireylerin sosyal yaşamları kapsamında araba kullanma, ulaşım, çalışma ortamı ve alışveriş yapma bulunmaktadır.

3.5.2.4.1. Araba kullanma

Hem olgu hem de kontrol grubundaki bireylerin hiçbirinin araba kullanmadığı saptanmıştır (%100.00, n=44).

3.5.2.4.2. Ulaşım

Olgu grubunda taburculuk sonrası 1. haftada dışarıya hiç çıkmayanların oranı %70.50 (n=31), ulaşımında hiç zorluk yaşamayanların oranı %2.30 (n=1) iken, hafif ve orta düzeyde zorlandığını ifade edenlerin oranı eşittir (%13.60, n=6). Bireylerin 1. ay ulaşımında zorlanma dağılımları incelendiğinde; hafif %31.80 (n=14), orta %29.50 (n=13), şiddetli %4.50 (n=2) oranında zorlanma yaşadıkları belirlenirken, hiç zorluk yaşamayanların oranı %13.60'tır (n=6). Birinci ayda hiç dışarıya çıkmadığını ifade eden birey oranı %20.50'tir (n=9). İkinci ayda ulaşımında zorluk yaşama oranları hafif %29.50 (n=13), orta %6.80 (n=3), şiddetli %4.50 (n=2) iken, hiç zorluk yaşamadığını belirtenler %47.70 (n=21) olarak bulunmuştur. İkinci ayda hiç dışarıya

çıkmayan birey oranı %11.40 (n=5) bulunmuştur. Bireylerin 3. ayda ulaşım zorlukları oranları %18.20 hafif (n=8), %6.80 (n=3) orta düzeyde saptanmış olup; hiç zorluk yaşamayanlar %72.70 (n=32) iken, dışarıya hiç çıkmayanların oranı %2.30 (n=1) olarak belirlenmiştir. Üçüncü ayda kontrol grubundaki bireylerin %36.40'ü (n=16) ulaşım sırasında hafif düzeyde zorlanma yaşadıklarını belirtirken, %22.70'i (n=10) orta, %9.10'i (n=4) şiddetli zorlanma yaşadıklarını, %22.70'i (n=10) zorluk yaşamadıklarını ifade etmiştir. Her iki grupta üçüncü ayda ulaşım zorlanma açısından anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($t=3.11$, $p<0.05$), (**Tablo 22**).

Olgu grubunda **bağımlı gruplarda tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi** ile ulaşım zorlanma açısından yapılan değerlendirmede, zaman faktörü bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($F=698.99$, $p<0.01$), (**Tablo 15**). Bu farkın hangi zaman diliminden kaynaklandığını belirlemek için yapılan **Benferroni düzeltmesi ile t analizi** sonucunda $\alpha: 0.0125$ alındığında ulaşım zorlanma açısından;

a. Birinci hafta (4.02±1.59) ile 1. ay (2.61±1.55) puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı ($t=-4.69$, $p: 0.000$),

b. Birinci hafta (4.02±1.59) ile 2. ay (3.04±1.49) puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı ($t: 2.78$, $p: 0.008$),

c. Birinci hafta (4.02±1.59) ile 3. ay (3.11±1.38) puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı ($t= 2.50$, $p: 0.016$),

d. Birinci ay (2.61±1.55) ile 2. ay (3.04±1.49) puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı ($t=-1.53$, $p: 0.133$),

e. Birinci ay (2.61±1.55) ile 3. ay (3.11±1.38) puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı ($t= -1.53$, $p: 0.132$),

f. İkinci ay (3.04±1.49) ile 3. ay (3.11±1.38) puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı (t= -.27, p: 0.787) saptanmıştır.

Tablo 15. Olgu Grubundaki Bireylerin Taburculuk Sonrası İlk Üç Aydaki Ulaşımında Zorlanma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| Olgu Grubu | Ulaşımında zorlanma puanı | | F p |
|-----------------|---------------------------|---------|-----------------|
| | $\bar{X} \pm SD$ | t* p | |
| 1. hafta-1.ay | 4.02±1.59 | 4.692 | 698.993 .000 |
| | 2.61±1.55 | .000 | |
| 1. hafta -2.ay | 4.02±1.59 | 2.785 | |
| | 3.04±1.49 | 0.008 | |
| 1. hafta -3. ay | 4.02±1.59 | 2.503 | |
| | 3.11±1.38 | 0.016 | |
| 1.ay-2. ay | 2.61±1.55 | -1.530 | |
| | 3.04±1.49 | .133 | |
| 1. ay-3. ay | 2.61±1.55 | -1.534 | |
| | 3.11±1.38 | .132 | |
| 2.ay-3.ay | 3.04±1.49 | -.272 | |
| | 3.11±1.38 | .787 | |

* Benferroni düzeltmesi ile t analizi

3.5.2.4.3. Çalışma ortamı

Olgu grubunda, 1. hafta ve 1. ayda çalışmayanların oranı %100.00'dür (n=44). İkinci ayda çalışmayanları oranı %95.50 (n=42), çalışırken hafif zorlananların oranı %2.30 (n=1) ve hiç zorlanmayanların oranı %2.30'tür (n=1). Olgu grubunda 3. ayda çalışmayan birey oranı %84.10 (n=37) iken, çalışırken hafif zorluk yaşayan %4.50 (n=2), hiç zorluk yaşamayan %11.40 (n=5) olarak saptanmıştır. Olgu grubundaki bireylerin çalışırken zorlanma açısından periyodik izlemlerin ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (F: 2.80, p: .117). Üçüncü ayda kontrol grubundaki bireylerin %90.90'nun (n=40) çalışmadığı; %2.30'nün (n=1) çalışırken herhangi bir zorluk yaşamadığı, %6.80'nin (n=3) çalışırken hafif düzeyde zorluk yaşadığı saptanmıştır. Çalışırken zorlanma açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (t=0.00, p>0.05), (Tablo 22).

3.5.2.4.4. Alışveriş

Olgu grubundaki bireylerin hiçbirisinin 1. hafta alışverişe çıkmadığı saptanmıştır (%100.00, n=44). Birinci ayda alışverişe çıkmayanların oranı %93.20 (n=41), alışveriş sırasında hafif zorluk yaşayanların %2.30 (n=1), orta dereceli zorluk yaşayanların %2.30 (n=1) ve hiç zorluk yaşamayanların %2.30 (n=1) olduğu belirlenmiştir. İkinci aydaki alışverişe çıkma durumları incelendiğinde, bireylerin %68.20'i (n=30) alışverişe çıkmadığını, %18.20'i (n=8) alışveriş sırasında hafif zorluk yaşadığını, %13.60'ı (n=6) alışveriş sırasında hiç zorluk yaşamadığını belirtmiştir. Üçüncü ayda hiç alışverişe çıkmayanları oranı %43.20 (n=19), hiç zorluk yaşamayanları oranı %40.90 (n=18) ve hafif derecede zorluk yaşayanları oranı %15.90'dur (n=7). Üçüncü ayda kontrol grubundaki bireylerin %47.70'i (n=21) alışverişe çıkmadıklarını; %9.10'i (n=4) alışveriş sırasında zorluk yaşamadıklarını, %22.70'i (n=10) alışveriş yaparken hafif ve %6.80'i (n=3) orta derecede zorluk yaşadıklarını belirtmişlerdir. Üçüncü ayda alışveriş yapma aktivitesi açısından olgu ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($t=1.32$, $p>0.05$), **(Tablo 22)**.

Alışveriş yaparken zorlanma açısından olgu grubundaki bireylerin 1. hafta, 1. ay, 2. ay ve 3. aydaki puan ortalamaları zaman etkileşimi açısından **bağımlı gruplarda tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi** ile incelendiğinde ortalamalar arası fark anlamlı bulunmuştur ($F= 9.64$, $p: 0.000$), **(Tablo 16)**. Bu farkın hangi zaman diliminden kaynaklandığını belirlemede kullanılan **Benferroni düzeltmesi ile t analizi** sonucunda $\alpha: 0.0125$ alındığında alışveriş yaparken zorluk yaşama açısından,

a. Birinci hafta ($5.00\pm.00$) ile 1. ay ($4.81\pm.75$) puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı değildir ($t=1.59$, $p: 0.118$).

b. Birinci hafta (5.00±.00) ile 2. ay (4.13±1.53) puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır (t=3.73, p: 0.001).

c. Birinci hafta (5.00±.00) ile 3. ay (4.11±1.33) puan ortalamaları arasındaki fark ileri derecede anlamlıdır (t= 4.41, p: 0.000).

d. Birinci ay (4.81±.75) ile 2. ay (4.13±1.53) puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (t=2.66, p: 0.011).

e. Birinci ay (4.81±.75) ile 3. ay (4.11±1.33) puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır (t= 3.07, p: 0.004).

f. İkinci ay (4.13±1.53) ile 3. ay (4.11±1.33) puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (t=.82, p: 0.935).

Tablo 16. Olgu Grubundaki Bireylerin Taburculuk Sonrası İlk Üç Aydaki Alışverişte Zorlanma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| Olgu Grubu | Alışverişte zorlanma puanı | | F p |
|-----------------|----------------------------|---------|---------------------------------------|
| | $\bar{X} \pm SD$ | t* p | |
| 1. hafta-1.ay | 5.00±.00 | 1.59 | 9.649 .000 |
| | 4.81±.75 | .118 | |
| 1. hafta -2.ay | 5.00±.00 | 3.73 | |
| | 4.13±1.53 | .001 | |
| 1. hafta -3. ay | 5.00±.00 | 4.41 | |
| | 4.11±1.33 | .000 | |
| 1.ay-2. ay | 4.81±.75 | 2.66 | |
| | 4.13±1.53 | .011 | |
| 1. ay-3. ay | 4.81±.75 | 3.07 | |
| | 4.11±1.33 | .004 | |
| 2.ay-3.ay | 4.13±1.53 | 3.07 | |
| | 4.11±1.33 | .004 | |

* Benferroni düzeltmesi ile t analizi

3.5.2.5. Cinsel Yaşam Açısından İzlem Sonuçları

Günlük yaşam aktivitelerinden biri olan cinsel yaşam bulguları hem olgu hem de kontrol grubunda benzer dağılım göstermektedir. Bu durumun gruplar arasında anlamlı bir fark oluşturmadığı saptanmıştır (t=1.91, p>0.05), (Tablo 22). Olgu grubunda cinsel aktivitesi olmayanların oranı 1.haftada ve 1. ayda %100.00 (n=44),

2. ayda %86.40 (n=38), 3. ayda %86.40 (n=38) olarak belirlenmiştir. Cinsel aktivitede zorluk yaşamayanların 2. ayda %4.50 (n=2), 3. ayda %9.10 (n=4) olduğu; cinsel aktivitede bulunmayı tercih etmeyenlerin 2. ayda %9.10 (n=4) ve 3. ayda %4.50 (n=2) olduğu belirlenmiştir. Üçüncü ayda cinsel aktivitesi olmayanların oranı kontrol grubunda %84.10 (n=37) iken, cinsel aktivite sırasında hiç zorluk yaşamayanların oranı %9.10'tür (n=4). Kontrol grubundaki bireylerin %6.80'nin (n=3) cinsel aktivite sırasında hafif zorluk yaşadıkları belirlenmiştir.

Kalça protezi uygulanan olgu grubundaki bireylerin cinsel yaşam açısından 1. hafta, 1. ay, 2. ay ve 3. aydaki puan ortalamaları arasındaki etkileşim **bağımlı gruplarda tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi** ile incelendiğinde zaman faktörü bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (F= 1.62, p>0.05).

3.5.2.6. İlaç Kullanımı Açısından İzlem Sonuçları

Bireylerin ilaç kullanımı ve yan etkileri açısından bulguları incelendiğinde 1. haftada hiçbirinde ilaç kullanımı ile ilgili bir sorun olmadığı ve ilaç yan etkisi görülmediği belirlenmiştir (%100.00, n=44). Birinci ayda ilaç kullanan bireylerin oranının %90.90 olduğu (n=40) ve hiçbirinde ilaç yan etkisi görülmediği, %9.10'nin (n=4) de ilaç kullanmadığı saptanmıştır. İkinci ve 3. ayda ilaç kullananların oranının %84.10 (n=37) olduğu ve ilaç yan etkisi görülmediği, bu aylarda ilaç kullanmama oranının da %15.90 (n=7) olduğu belirlenmiştir.

3.5.2.7. Komplikasyonlar Açısından İzlem Sonuçları

Ameliyat sonrası olası komplikasyonlar arasında yara yeri problemleri, protez dislokasyonu, nörovasküler problemler, derin ven trombozu, ve emboli bulunmaktadır.

3.5.2.7.1. Yara Yeri İzlemi

Olgu ve kontrol grubundaki bireylerin telefon ile yapılan izleminde yara yerine ilişkin bulgular olarak yara yerinde ağrı, kızarıklık, şişlik ve akıntı izlenmiştir.

3.5.2.7.1.1. Yara Yerinde Ağrı

Olgu grubundaki bireylerin 1. hafta yara yerinde ağrı bulguları incelendiğinde %72.80'nin (n=31) ağrı şikayetinin olmadığı görülmektedir. %22.70'i (n=10) hafif, %4.50'i (n=2) orta düzeyde ağrısının olduğunu ifade etmiştir. Birinci ayda yara yerinde ağrısının olmadığı saptanan birey oranı %95.50 (n=42) iken, orta düzeyde ağrısı olduğu belirlenen birey oranı %4.60'dır (n=2). Hastaların %97.70'de (n=43) 2. ayda yara yerinde ağrı görülmezken, %2.30'de hafif düzeyde ağrı olduğu belirlenmiştir. Bireylerin 3. ayda yara yeri ile ilgili ağrı şikayeti bulunmamaktadır (%100.00, n=44). Üçüncü ayda kontrol grubundaki bireylerin %100.00'de (n=44) yara yerinde ağrıya ilişkin belirtiler görülmediği saptanmıştır. Gruplar arasında yara yerinde oluşan ağrı açısından fark olmadığı belirlenmiştir ($t=-1.43$, $p>0.05$), (**Tablo 22**).

Kalça protezi uygulanan olgu grubundaki bireylerin taburculuk sonrası 1. hafta, 1. ay, 2. ay ve 3. aydaki yara yerinde ağrı puan ortalamaları arasındaki fark **bağımlı gruplarda tekrarlı ölçümlerde varyans analizi** ile incelendiğinde izlem periyotlarına göre zaman etkileşimi açısından anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir

($F=4.69$, $p<0.001$), (**Tablo 17**). Bu farkın hangi zaman dilimindeki ortalamadan ileri geldiğini saptama amacıyla yapılan **Benferroni düzeltmesi ile t analizi** sonucunda α : 0.0125 alındığında;

a. Birinci haftadaki yara yerindeki ağrı puan ortalaması (3.25 ± 1.31) ile 1. aydaki yara yerindeki ağrı puan ortalaması (3.93 ± 0.33) arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($t=-3.50$, $p: 0.001$).

b. Birinci haftadaki yara yerindeki ağrı puan ortalaması (3.25 ± 1.31) ile 2. aydaki yara yerindeki ağrı puan ortalaması (3.93 ± 0.45) arasında anlamlı bir fark vardır ($t= -3.41$, $p: 0.001$).

c. Birinci haftadaki yara yerindeki ağrı puan ortalaması (3.25 ± 1.31) ile 3. aydaki yara yerindeki ağrı puan ortalaması (4.00 ± 0.00) arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ($t= -3.78$, $p: 0.000$).

d. Birinci aydaki yara yerindeki ağrı puan ortalaması (3.93 ± 0.33) ile 2. aydaki yara yerindeki ağrı puan ortalaması (3.93 ± 0.45) arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($t=.00$; $p: 1.030$).

e. Birinci aydaki yara yerindeki ağrı puan ortalaması (3.93 ± 0.33) ile 3. aydaki yara yerindeki ağrı puan ortalaması (4.00 ± 0.00) arasında anlamlı bir fark yoktur ($t= -1.35$, $p: 0.183$).

f. İkinci aydaki yara yerindeki ağrı puan ortalaması (3.93 ± 0.45) ile 3. aydaki yara yerindeki ağrı puan ortalaması (4.00 ± 0.00) arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($t=-1.00$, $p: 0.323$).

Tablo 17. Olgu Grubundaki Bireylerin Taburculuk Sonrası İlk Üç Aydaki Yara Yerinde Ağrı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| Olgu Grubu | Yara yerinde ağrı puanı | | F p |
|-----------------|-------------------------|----------------|-------------------|
| | $\bar{X} \pm SD$ | t* p | |
| 1. hafta-1.ay | 3.25±1.31 3.93±.33 | -3.50 .001 | 4.690 .007 |
| 1. hafta -2.ay | 3.25±1.31 3.93±.45 | -3.41 .001 | |
| 1. hafta -3. ay | 3.25±1.31 4.00±.00 | -3.78 .000 | |
| 1.ay-2. ay | 3.93±.33 3.93±.45 | .00 1. 030 | |
| 1. ay-3. ay | 3.93±.33 4.00±.00 | -1.35 .183 | |
| 2.ay-3.ay | 3.93±.45 4.00±.00 | -1. 00 .323 | |

* Benferroni düzeltmesi ile t analizi

3.5.2.7.1.2. Yara Yerinde Kızarıklık

Olgu grubundaki bireylerin %90.90'da (n=40) 1. haftada yara yerinde kızarıklık bulunmazken, %6.80'de (n=3) hafif, %2.30'ünde (n=1) orta düzeyde bir kızarıklık olduğu saptanmıştır. Olgu grubundaki bireylerin hiçbirinde (%100.00, n=44) 1. ay, 2. ay ve 3. aydaki izlemlerinde, kontrol grubundaki bireylerin hiçbirinde (%100.00, n=44) üçüncü ayda yara yerinde kızarıklık bulunmamaktadır.

Kalça protezi uygulanan olgu grubundaki bireylerin taburculuk sonrası 1. hafta, 1. ay, 2. ay ve 3. aydaki yara yerinde kızarıklık puan ortalamaları arasındaki fark **bağımlı gruplarda tekrarlı ölçümlerde varyans analizi** ile incelendiğinde izlem periyotlarına göre zaman etkileşimi açısından anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir (F=2.10, p>0.05).

3.5.2.7.1.3. Yara Yerinde Şişlik

Yara yerinde şişlik açısından bulgular incelendiğinde, 1. hafta, 1. ay ve 2. ayda yara yerinde şişlik olmayan oranı %97.70 (n=43), hafif olanların oranı %2.30 (n=1)

olarak saptanmıştır. Bireylerin 44'ü de (%100.00) 3. ayda yara yerinde şişlik olmadığını ifade etmiş olup, **bağımlı gruplarda tekrarlı ölçümlerde varyans analizi** sonucuna göre izlem periyotları arasında anlamlı bir fark yoktur ($F=1.00$, $p>0.05$). Kontrol grubundaki bireylerin üçüncü ayda şişlik olmadığını belirten oranı %100.00'dür ($n=44$).

3.5.2.7.1.4. Yara Yerinde Akıntı

Olgu grubundaki bireylerin üç aylık yara yerinde akıntı bulguları incelendiğinde, 1. haftada %95.50'de ($n=42$) akıntı olmadığı, % 4.50'de hafif ($n=2$) akıntı olduğu saptanmıştır. Birinci, 2. ve 3. ayda olgu grubundaki bireylerin hiçbirinde (%100.00, $n=44$) akıntı şikayeti görülmemiştir. Kontrol grubundaki bireylerin hiçbirinde 3. ayda yara yerinde akıntı görülmediği belirlenmiştir (%100.00, $n=44$).

3.5.2.7.2. Nörovasküler Sorunların İzlemi

Bireylerin nörovasküler durumuna ilişkin bulgular olarak his kaybı, bacakta şişlik, ciltte soğukluk ve solukluk ile ayak hareketlerinde bozulma izlenmiştir.

3.5.2.7.2.1. Ameliyat Olan Bacakta His Kaybı

Olgu grubundaki bireylerin %54.50'i ($n=24$) 1. haftada hafif derecede his kaybı yaşadığını, %36.40'ü ($n=16$) his kaybı yaşamadığını, %6.80'i ($n=3$) orta ve %2.30'ü ($n=1$) şiddetli derecede his kaybı yaşadığını ifade etmiştir. His kaybına ilişkin 1. ay bulguları incelendiğinde, %75.00 oranında ($n=33$) his kaybı olmadığı, %20.50 ($n=9$) oranında hafif ve %4.50 ($n=2$) oranında orta düzeyde his kaybı yaşandığı saptanmıştır. İkinci ayda %88.60 ($n=39$), 3. ayda %95.50 ($n=42$) oranında bireyler

his kaybı olmadığını belirtirken, hafif düzeyde his kaybı olduğunu belirtenlerin oranı 2. ayda %11.40 (n=5), 3. ayda %4.50 (n=2) olarak saptanmıştır. Kontrol grubunda yer alan bireylerin üçüncü ayda %86.40'de (n=38) his kaybı görülmezken, %11.40'de (n=5) hafif, %2.30'de(n=1) şiddetli düzeyde his kaybı olduğu saptanmıştır. Üçüncü ayda his kaybı açısından gruplar arası farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır (t=1.30, p>0.05), (**Tablo 22**).

Kalça protezi uygulanan olgu grubundaki bireylerin taburculuk sonrası 1. hafta, 1. ay, 2. ay ve 3. aydaki nörovasküler sorun göstergelerinden birisi olan his kaybı puan ortalamaları arasındaki fark **bağımlı gruplarda tekrarlı ölçümlerde varyans analizi** ile incelendiğinde izlem periyotlarına göre zaman etkileşimi açısından çok anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (F:12.32, p<0.001), (**Tablo 18**). Bu farkın hangi zaman dilimindeki ortalamadan ileri geldiğini saptama amacıyla yapılan **Benferroni düzeltmesi ile t analizi** sonucunda α : 0.0125 alındığında;

a. Birinci haftadaki his kaybı puan ortalaması (2.20±1.42) ile 1. aydaki his kaybı puan ortalaması (3.29±1.24) arasında ileri derecede anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (t=-4.67, p: 0.000).

b. Birinci haftadaki his kaybı puan ortalaması (2.20±1.42) ile 2. aydaki his kaybı puan ortalaması (3.65±.96) arasında ileri derecede anlamlı bir fark vardır (t= -5.754, p: 0.000).

c. Birinci haftadaki his kaybı puan ortalaması (2.20±1.42) ile 3. aydaki his kaybı puan ortalaması (3.72±.87) arasında ileri derecede anlamlı bir fark bulunmaktadır (t= -5.177, p: 0.000).

d. Birinci aydaki his kaybı puan ortalaması (3.29±1.24) ile 2. aydaki his kaybı puan ortalaması (3.65±.96) arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (t=-2.23, p: 0.031).

e. Birinci aydaki his kaybı puan ortalaması (3.29±1.24) ile 3. aydaki his kaybı puan ortalaması (3.72±.87) arasında anlamlı bir fark yoktur (t= -2.492, p: 0.017).

f. İkinci aydaki his kaybı puan ortalaması (3.65±.96) ile 3. aydaki his kaybı puan ortalaması (3.72±.87) arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (t=-1. 00, p: 0.323).

Tablo 18. Olgu Grubundaki Bireylerin Taburculuk Sonrası İlk Üç Aydaki Ameliyat Olan Bacakta His Kaybı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| Olgu Grubu | His kaybı puanı | | F P |
|-----------------|------------------|---------|--------------------|
| | $\bar{X} \pm SD$ | t* p | |
| 1. hafta-1.ay | 2.20±1.42 | -4.67 | 12.325 .000 |
| | 3.29±1.24 | .000 | |
| 1. hafta -2.ay | 2.20±1.42 | -5.754 | |
| | 3.65±.96 | .000 | |
| 1. hafta -3. ay | 2.20±1.42 | -5.177 | |
| | 3.72±.87 | .000 | |
| 1.ay-2. ay | 3.29±1.24 | -2.233 | |
| | 3.65±.96 | .031 | |
| 1. ay-3. ay | 3.29±1.24 | -2.492 | |
| | 3.72±.87 | .017 | |
| 2.ay-3.ay | 3.65±.96 | -1. 00 | |
| | 3.72±.87 | .323 | |

* Benferroni düzeltmesi ile t analizi

3.5.2.7.2.2. Şişlik

Ameliyat olan bacağına hafif derecede şişlik oluştuğunu belirten bireylerin oranı 1. haftada %59.10 (n=26) iken, olmayan oranı %40.90'dur (n=18). Birinci ayda şişlik olmayan birey oranı %65.90 iken, hafif şişlik olan %34.10 (n=15) oranındadır. İkinci ayda şişlik olmayan oranı %95.50 (n=42), hafif şişlik olan %4.50 'i (n=2) olarak saptanmıştır. Şişlik olmayan birey sayısı 3. ayda hem olgu hem de kontrol grubunda 44 (%100.00) olarak saptanmıştır.

Kalça protezi uygulanan olgu grubundaki bireylerin taburculuk sonrası 1. hafta, 1. ay, 2. ay ve 3. aydaki nörovasküler sorun belirtilerinden bir diğeri olan şişlik puan ortalamaları arasındaki fark **bağımlı gruplarda tekrarlı ölçümlerde varyans**

analizi ile incelendiğinde izlem periyotlarına göre zaman etkileşimi açısından anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($F=18.87$, $p<0.01$), (**Tablo 19**). Bu farkın hangi zaman dilimindeki ortalamadan kaynaklandığını saptamak için yapılan **Benferroni düzeltmesi ile t analizi**'nde $\alpha: 0.0125$ alındığında;

a. Birinci haftadaki şişlik puan ortalaması (2.22 ± 1.49) ile 1. aydaki şişlik puan ortalaması (3.00 ± 1.41) arasında çok anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($t=-3.20$, $p: 0.003$).

b. Birinci haftadaki şişlik puan ortalaması (2.22 ± 1.49) ile 2. aydaki şişlik puan ortalaması (3.86 ± 0.63) arasında ileri derecede anlamlı bir fark vardır ($t= -7.183$, $p: 0.000$).

c. Birinci haftadaki şişlik puan ortalaması (2.22 ± 1.49) ile 3. aydaki şişlik puan ortalaması (3.93 ± 0.45) arasında ileri derecede anlamlı bir fark bulunmaktadır ($t= -7.522$, $p: 0.000$).

d. Birinci aydaki şişlik puan ortalaması (3.00 ± 1.41) ile 2. aydaki şişlik puan ortalaması (3.86 ± 0.63) arasında ileri derecede anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($t=-4.22$, $p: 0.000$).

e. Birinci aydaki şişlik puan ortalaması (3.00 ± 1.41) ile 3. aydaki şişlik puan ortalaması (3.93 ± 0.45) arasında ileri derecede anlamlı bir fark vardır ($t= -4.45$, $p: 0.000$).

f. İkinci aydaki (3.86 ± 0.63) ile 3. aydaki şişlik puan ortalaması (3.93 ± 0.45) arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($t=-1.00$, $p: 0.323$).

Tablo 19. Olgu Grubundaki Bireylerin Taburculuk Sonrası İlk Üç Aydaki Bacakta Şişlik Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| Olgu Grubu | Bacakta Şişlik Puanı | | F P |
|-----------------|-----------------------|----------------|--------------------|
| | $\bar{X} \pm SD$ | t* p | |
| 1. hafta-1.ay | 2.22±1.49 3.93±.33 | -3.203 .003 | 18.872 .000 |
| 1. hafta -2.ay | 2.22±1.49 3.86±.63 | -7.183 .000 | |
| 1. hafta -3. ay | 2.22±1.49 3.93±.45 | -7.522 .000 | |
| 1.ay-2. ay | 3.93±.33 3.86±.63 | -4.222 .000 | |
| 1. ay-3. ay | 3.93±.33 3.93±.45 | -4.454 .000 | |
| 2.ay-3.ay | 3.86±.63 3.93±.45 | -1.000 .323 | |

* Benferroni düzeltmesi ile t analizi

3.5.2.7.2.3. Ciltte Soğukluk

Ameliyatlı bacakta soğukluk hissedilmesi açısından bulgular incelendiğinde, 1. haftada bireylerin %93.20'i (n=41); 1.ay ve 2. ayda %97.70'i (n=43), 3. ayda %100.00'ü (n=44) soğukluk hissetmediklerini ifade etmişlerdir. Hafif soğukluk hissettiğini belirten birey oranı 1. hafta %6.80 (n=3), 1.ay ve 2. ay için %2.30 (n=1) olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki bireylerin hiçbirinde (%100.00, n=44) ameliyat olan bacağına soğukluk görülmediği saptanmıştır. Olgu grubunun ölçüm sonuçları arasında fark olup olmadığını belirlemek için yapılan **bağımlı gruplarda tekrarlı ölçümlerde varyans analizi** sonucuna göre soğukluk hissetme açısından fark olmadığı bulunmuştur (F=2.04, p>0.05).

3.5.2.7.2.4. Ciltte solukluk

Olgu grubundaki bireylerin alt ekstremitelerde solukluğa ilişkin bulguları incelendiğinde birinci haftada %4.50 (n=2); 1. ay ve 2. ayda %2.30 (n=1) oranında alt ekstremitelerde hafif solukluk olduğu saptanmıştır. Buna karşın, 1. haftada

%95.50 (n=42), 1. ay, 2. ay %97.70 (n=43), 3. ayda %100.00 (n=44) oranında solukluk oluşmadığı saptanmıştır. Kontrol grubundaki bireylerin hiçbirinde (%100.00, n=44) ameliyat olan bacağında solukluk belirtisinin görülmediği saptanmıştır. Zaman periyotları arasında fark olup olmadığını belirlemek için yapılan **bağımlı gruplarda tekrarlı ölçümlerde varyans analizi** sonucunda, olgu grubunun sonuçları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (F=1.00, p>0.05).

3.5.2.7.2.5. Ayak Hareketlerinde Bozulma

Ayak hareketlerinde bozulma bulguları incelendiğinde, 1. haftada olgu grubundaki bireylerin %90.90'u (n=40), 1. ayda %95.50 (n=42), 2. ayda %97.70'i (n=43), 3. ayda %100.00'ü (n=44) ayak hareketlerinde herhangi bir bozukluk oluşmadığını ifade ettikleri belirlenmiştir. Ayak hareketlerinde hafif bozulma olduğunu belirtenlerin oranı 1 haftada %9.10 (n=4), 1. ayda %4.50 (n=2) ve 2. ayda %2.30 (n=1) olarak saptanmıştır. Ayak hareketlerinde bozulma olmadığını belirten kontrol grubundaki birey oranı %86.40 (n=38) iken, bireylerin %11.40'ü (n=5) hafif, %2.30'ü (n=1) şiddetli düzeyde ayak hareketlerinde bozulma olduğunu belirtmişlerdir. Gruplar arası farkın anlamlı olduğu bulunmuştur (t=2.32, p<0.05), **(Tablo 22)**. Zaman periyotlarına göre olgu grubunda ayak hareketlerinde bozulma sonuçları arasındaki farkın **bağımlı gruplarda tekrarlı ölçümlerde varyans analizi** sonucuna göre anlamlı olmadığı belirlenmiştir (F=1.537, p>0.05).

3.5.2.7.3. Protez Dislokasyonu Açısından İzlem Sonuçları

Protez dislokasyon belirti ve bulguları olarak ameliyat olan bacakta ağrı, kısılma, içe ve dışa dönme değerlendirilmiştir. Olgu grubundaki hastaların hiçbirinde (%100.00, n=44) dislokasyon belirtileri görülmemiştir. Kontrol grubunda bir kişide

(%2.30 n=1) ağrı, kısıalma, içe dönme ve dışa dönme belirtileri görülmüş ve ortopedi doktoruna yönlendirilmiştir. Dislokasyon belirti ve bulgularına ilişkin gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır (t=1.00, p>0.05).

3.5.2.7.4. Derin Ven Trombozu İzlemine İlişkin Sonuçlar

Ameliyat sonrası dönemde ödem, şişlik, ciltte ısı artışı, ciltte kızarıklık, hassasiyet/ağrı bulguları derin ven trombozunun olası bulguları olarak değerlendirilmiştir.

3.5.2.7.4.1. Bacakta Şişlik ve Ödem

Ameliyat olan bacağında hafif derecede şişlik ve ödem oluştuğunu belirten olgu grubundaki birey oranı 1. haftada %59.10 (n=26) iken, olmayanların oranı %40.90'dur (n=18). Birinci ayda şişlik ve ödem olmayan birey oranı %65.90 iken, hafif şişlik ve ödem olan %34.10 (n=15) oranındadır. İkinci ayda şişlik ve ödem olmayan oranı %95.50 (n=42), hafif şişlik ve ödem olan %4.50 'i (n=2) olarak saptanmıştır. Şişlik ve ödem olmayan birey sayısı üçüncü ayda 44 (%100.00) olarak saptanmıştır. Derin ven trombozu belirti ve bulguları açısından kontrol grubundaki bireyler incelendiğinde, %77.30'de(n=34) şişlik ve ödem olmadığı, %20.50'de (n=9) hafif, %2.30'de (n=1) şiddetli şişlik ve ödem geliştiği bulunmuştur. Üçüncü ayda kontrol grubundaki bireylerin %88.60'da (n=39) şişlik ve ödem gelişmezken, hafif düzeyde %9.10 (n=4) oranında ve şiddetli düzeyde %2.30 (n=1) oranında şişlik oluştuğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki bireylerin %100.00'ünde (n=44) ciltte ısı artışı, %97.70'de (n=43) ciltte kızarıklık olmadığı belirlenmiştir. Derin ven trombozuna ilişkin ağrı/hassasiyet olmadığını belirten birey oranı %90.90 (n=40) iken, hafif ve orta şiddetli hassasiyet belirten birey oranı eşittir (%4.50, n=2). Derin

ven trombozu bulgularından ödem ($t=1.00$; $p>0.05$), şişlik ($t=2.02$, $p<0.05$), hassasiyet/ağrı ($t=1.00$, $p>0.05$) açısından gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur (**Tablo 22**).

Kalça protezi uygulanan olgu grubundaki bireylerin taburculuk sonrası 1. hafta, 1. ay, 2. ay ve 3. aydaki bacakta ödem ve şişlik puan ortalamalarının izlem periyotlarına göre zaman etkileşimi açısından **bağımlı gruplarda tekrarlı ölçümlerde varyans analizi** ile ileri derecede anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($F= 18.872$, $p<0.01$), (**Tablo 20**). Bu farkın hangi izlem periyodundan kaynaklandığını belirlemek için yapılan **Benferroni düzeltmesi ile t analizi** sonucunda $\alpha: 0.0125$ alındığında;

a. Birinci haftadaki şişlik ve ödem puan ortalaması (2.22 ± 1.49) ile 1.aydaki şişlik puan ortalaması (3.00 ± 1.41) arasında çok anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($t=-3.203$, $p: 0.003$).

b. Birinci haftadaki şişlik ve ödem puan ortalaması (2.22 ± 1.49) ile 2. aydaki şişlik ve ödem puan ortalaması ($3.86\pm .63$) arasında ileri derecede anlamlı bir fark vardır ($t= -7.18$, $p: 0.000$).

c. Birinci haftadaki şişlik ve ödem puan ortalaması (2.22 ± 1.49) ile 3. aydaki şişlik ve ödem puan ortalaması ($3.93\pm .45$) arasında ileri derecede anlamlı bir fark bulunmaktadır ($t= -7.52$, $p: 0.000$).

d. Birinci aydaki şişlik ve ödem puan ortalaması (3.00 ± 1.41) ile 2. aydaki şişlik ve ödem puan ortalaması ($3.86\pm .63$) arasında ileri derecede anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($t=-4.22$, $p: 0.000$).

e. Birinci aydaki şişlik ve ödem puan ortalaması (3.00 ± 1.41) ile 3. aydaki şişlik ve ödem puan ortalaması ($3.93\pm .45$) arasında ileri derecede anlamlı bir fark vardır ($t= -4.45$, $p: 0.000$).

f. İkinci aydaki şişlik ve ödem puan ortalaması (3.86±.63) ile 3. aydaki şişlik ve ödem puan ortalaması (3.93±.45) arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (t=-1.00, p: 0.323).

Tablo 20. Olgu Grubundaki Bireylerin Taburculuk Sonrası İlk Üç Aydaki Bacakta Şişlik ve Ödem Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| Olgu Grubu | Bacakta Şişlik VE Ödem Puanı | | F P |
|-----------------|------------------------------|----------------|--------------------|
| | $\bar{X} \pm SD$ | t* p | |
| 1. hafta-1.ay | 2.22±1.49 3.93±.33 | -3.203 .003 | 18.872 .000 |
| 1. hafta -2.ay | 2.22±1.49 3.86±.63 | -7.183 .000 | |
| 1. hafta -3. ay | 2.22±1.49 3.93±.45 | -7.522 .000 | |
| 1.ay-2. ay | 3.93±.33 3.86±.63 | -4.222 .000 | |
| 1. ay-3. ay | 3.93±.33 3.93±.45 | -4.454 .000 | |
| 2.ay-3.ay | 3.86±.63 3.93±.45 | -1.000 .323 | |

* Benferroni düzeltmesi ile t analizi

3.5.2.7.4.2 Ciltte Isı Artışı

Üç aylık izlem boyunca olgu ve kontrol grubundaki bireylerin hiçbirinde derin ven trombozuna ilişkin ciltte ısı artışı görülmemiştir (%100.00, n=44).

3.5.2.7.4.3. Ciltte Kızarıklık

Derin ven trombozuna ilişkin ciltte kızarıklık hissedilmesi açısından bulgular incelendiğinde, 1. haftada olgu grubundaki bireylerin %95.50'i (n=42); 1. ve 2. ayda %97.70'i (n=43), alt ekstremitelerinde kızarıklık hissetmediklerini ifade etmişlerdir. Ciltte orta dereceli kızarıklık belirtenlerin oranı %2.30'tür (n=1). Üçüncü ayda olgu ve kontrol grubundaki bireylerin hiçbirinde derin ven trombozuna ilişkin ciltte kızarıklık görülmemiştir (%100.00, n=44). Olgu grubunda derin ven trombozu belirtilerinden kızarıklık puan ortalamaları arasındaki fark **bağımlı gruplarda**

tekrarlı ölçümlerde varyans analizi ile incelendiğinde, izlem periyotlarına göre zaman etkileşimi açısından anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir.(F=1.00, p>0.05).

3.5.2.7.4.4. Ağrı/Hassasiyet

Derin ven trombozunun bir diğer bulgusu olan hassasiyet/ağrı incelendiğinde, 1. haftada %81.80 (n=36); 1. ayda %90.90 (n=40), 2. ve 3. ayda %100.00 (n=44) oranında alt ekstremitelerde hassasiyet/ağrıya ilişkin bulguların oluşmadığı saptanmıştır. Hafif derecede hassasiyet/ağrı geliştiğini ifade edenlerin oranı 1. haftada %18.20 (n=8), 1. ayda %9.10'dir (n=4). Kalça protezi uygulanan olgu grubundaki bireylerin taburculuk sonrası 1. hafta, 1. ay, 2. ay ve 3. aydaki bacakta ödem ve şişlik puan ortalamalarının izlem periyotlarına göre zaman etkileşimi açısından **bağımlı gruplarda tekrarlı ölçümlerde varyans analizi** ile ileri derecede anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır (F= 3.50, p<0.05), (**Tablo 21**). Bu farkın hangi izlem periyodundan kaynaklandığını belirlemek için yapılan **Benferroni düzeltmesi ile t analizi** sonucunda α : 0.0125 alındığında;

a. Birinci haftadaki ağrı puan ortalaması (3.47±1.13) ile 1. aydaki ağrı puan ortalaması (3.77±.74) arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (t=-2.23, p: 0.031).

b. Birinci haftadaki ağrı puan ortalaması (3.47±1.13) ile 2. aydaki ağrı puan ortalaması (3.93±.45) arasında anlamlı bir fark vardır (t= -2.66, p: 0.011).

c. Birinci haftadaki ağrı puan ortalaması (3.47±1.13) ile 3. aydaki ağrı puan ortalaması (3,93±,45) arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır (t; -2.66, p: 0.011).

d. Birinci aydaki ağrı puan ortalaması (3.77±.74) ile 2. aydaki ağrı puan ortalaması (3.93±.45) arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (t=-1.47, p: 0.146).

e. Birinci aydaki ağrı puan ortalaması (3.77±.74) ile 3. aydaki ağrı puan ortalaması (3.93±.45) arasında anlamlı bir fark yoktur (t= -1.47, p: 0.146).

Tablo 21. Olgu Grubundaki Bireylerin Taburculuk Sonrası İlk Üç Aydaki Bacakta Ani Ağrı/Hassasiyet Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| Olgu Grubu | Ani Ağrı/Hassasiyet Puanı | | F P |
|-----------------|---------------------------|----------------|--------|
| | $\bar{X} \pm SD$ | t* p | |
| 1. hafta-1.ay | 3.47±1.13 3.77±.74 | -2.232 .031 | 3.509 |
| 1. hafta -2.ay | 3.47±1.13 3.93±.45 | -2.668 .011 | |
| 1. hafta -3. ay | 3.47±1.13 3.93±.45 | -2.668 .011 | .039 |
| 1.ay-2. ay | 3.77±.74 3.93±.45 | -1.479 .146 | |
| 1. ay-3. ay | 3.77±.74 3.93±.45 | -1.479 .146 | |

* Benferroni düzeltmesi ile t analizi

3.5.2.7.5. Emboli Açısından İzlem Sonuçları

Olgu grubunu oluşturan bireylerde emboli bulguları olan bilinç seviyesinde değişme, solunum zorluğu, solunum sayısında artma, nabız artışı, vücut ısısında artma, göğüs ağrısı ve öksürük şikayetlerinin olmadığı belirlenmiştir (%100.00, n=44). Kontrol grubundaki bir hastada (%2.30, n=1) bilinç seviyesinde değişiklik ve vücut ısısında artış olduğu belirlenmiştir. Emboliye ilişkin diğer bulguların hiçbirinin kontrol grubundaki bireylerde görülmediği saptanmıştır (%100.00, n=44).

3.6. Olgu ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Taburculuk Sonrası Telefon İle İzlem Yapılması Konusundaki Görüşleri

Olgu grubundaki bireylerin hepsinin telefon ile yapılan izlemlerden memnun oldukları saptanmıştır (%100.00, n=44). Telefon ile yapılan izlemlerden yararlandığını belirtenlerin oranı %97.70'dir (n=43). Olgu grubunda telefon ile yapılan önerilere tamamen uyduğunu belirtenlerin oranı %61.40 (n=27), önerilere kısmen uyduğunu ifade edenlerin oranı %25.00 (n=11) ve önerilere pek uymadığını belirtenlerin oranı %13.60 (n=6) olarak belirlenmiştir.

Kontrol grubundaki bireylerde taburculuk sonrası telefon ile izlem gereksinimi duymadığını belirtenlerin oranı %4.80 (n=2) iken, bu konuda herhangi bir fikri olmadığını ifade edenlerin oranı %22.70 (n=10) olarak belirlenmiştir. Telefon ile izlemeyi tercih edenlerin oranı ise %72.70'dir (n=32).

Araştırma süreci boyunca aldıkları bakımdan memnun olduğunu belirten olgu grubundaki birey oranı %100.00 iken, kontrol grubunda bu oran %75.00 olarak saptanmıştır. Memnuniyet açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (t=11.79, p<0.001).

3.7. Araştırmacıdan Telefon İle Danışmanlık İstenen Konular

Araştırma süresi boyunca araştırmacıyı telefon ile arayan birey sayısı toplam 9 olup, bunların 6 tanesi kadın, 3 tanesi erkektir. Arayan bireylerin hepsi olgu grubunda olan bireylerdir. Hastaların telefon ile danışmanlık almak istedikleri konuların başında ağrı ilk sırada gelmektedir.

Bayan hastalardan biri şiddetli ağrısı olduğu için aramıştır. Yapılan değerlendirme sonucunda şiddetli ağrısı olduğu saptandı. Sinir basısı gelişmiş olabileceği düşünülerek birey doğrudan ortopediste yönlendirildi. Daha sonra

hastanın ortopedisti tarafından ağrı polikliniğine yönlendirildiği öğrenildi. Hastaya konulan tanı hematoma bağlı sinir basısı idi. Hastanın ağrı polikliniğinde tedavisi yaklaşık 2 ay devam etti. Aynı hasta 3 ay sonra aradığında ne zaman hamile kalabileceğini sordu. Hekimi ile işbirliği yapıp görüş alındıktan sonra hastaya yaklaşık 6 ay sonra hamile kalabileceği konusunda yönlendirme yapıldı.

Ameliyat öncesi dönemde yoğun anksiyete yaşayan başka bir bayan hasta, operasyon bölgesinde zaman zaman batma şeklinde, zaman zaman da çekilme şeklinde ağrısı olduğunu; hareket sırasında ameliyat olan bacağına hafif ağrı hissettiğini bunun normal olup olmadığını sordu. Aynı hasta ameliyat olan bacadaki diz kapağında şişlik olduğunu belirtti. Yapılan değerlendirmede hastanın bulgularının normal olduğu ve hastanın egzersizleri yeterince yapmadığı, korku nedeniyle yalnızca belirli gereksinimlerini karşılamak için hareket ettiği saptandı. Hasta taburculuk sonrası sürekli sırt üstü yattığı, pozisyonunu değiştirmeye korktuğu öğrenildi. Protezin çıkma korkusundan dolayı ev içinde dahi yürümeye korktuğu, günlük yaşam aktivitelerini ve öz bakımını yerine getirmede zorluk yaşadığı saptandı. Hastanın duygularını ifade etmesi sağlanarak ve cesaretlendirilerek destek olundu. Yatak içinde alabileceği pozisyonlar tekrar anlatıldı. Tekrar egzersiz eğitimi verilerek, planlı egzersiz yapmasının önemi anlatıldı. Dizlerinde olan ağrı ve şişlik için ortopediste yönlendirildi. Edinilen bilgiye göre hastaya fizyoterapi planlandı. Üçüncü ayın sonlarına doğru birey korkusunu yenmeye başladı ve aktivitelerini geliştirmeye başladı.

Taburculuk sonrası bir aylık süreyi İzmir’de tamamlayan bayan hasta özel araçla Ankara’ya yolculuk yapıp yapamayacağını sordu. Hastaya arabanın en rahat ve geniş olan bölümünde kalça eklemi dik pozisyonda olmayacak şekilde oturabileceği söylendi. Oturma sırasında bacaklarını hafifçe öne doğru uzatmasının

yararlı olacağı, bu sırada sırtını yastıkla desteklerse daha rahat edeceği bildirildi. Yolculuk sırasında ortalama birer saat ara ile arabadan inip yürümesi ve pozisyonunu değiştirmesi önerildi.

Bayan olan hastalardan birisi taburculuk sonrası birinci haftada ameliyat bölgesinde hafif çekilme şeklinde acı hissettiğini, bu konuda bilgi almak istediğini söyledi. Yapılan yara değerlendirmesinde bulguların normal olduğu ve yara yerindeki kabuklanmaya bağlı çekilme hissini olduğu saptandı. Taburculuk sonrası ikinci haftada araya hasta, ayağında şişlik olduğunu, bunun normal olup olmadığını ve ne kadar sürebileceğini sordu. Hastanın ev işleri nedeniyle çok fazla ayakta kaldığı öğrenildi. Ameliyattan sonra bacakta olan şişliğin normal olduğu ve bazı hastalarda 3-6 aya kadar sürdüğü belirtildi. Şişmeyi önlemek için ayağını elevasyona alabileceği, günde 20 dakika kadar buz uygulayabileceği, günde 3-4 defa kendisini dinlendirmesi gerektiği söylendi. Özellikle yataktan kalkmadan varis çorabı giyebileceği, otururken de bacağını öne uzatıp elevasyona alabileceği söylendi. Ev işleri yaparken kendisini zorlamaması üzerinde duruldu. Bayan hasta birinci ayın sonunda ev içinde yürürken düştüğünü, herhangi bir zarar gelip gelmeyeceğini sordu. Yapılan değerlendirmede bir patoloji düşünülmedi, yine de ortopediste gitmesi gerektiği ve doktorun radyografi ile değerlendirme yapabileceği belirtildi. Yapılan radyolojik tanılamada herhangi bir patoloji saptanmadı. Aynı hasta ikinci ayda Yozgat'a yolculuk yapıp yapamayacağını sordu. Bu konuda hastaya gereken önerilerle birlikte yönlendirme yapıldı.

Ameliyat öncesi dönemde çok hassas bir kişilik yapısına sahip olduğu saptanan bayan hastalardan birisi, ayağında keçelenme şeklinde ağrısı olduğundan yakındı. Yapılan değerlendirme sonucunda nörovasküler herhangi bir patoloji saptanmadı. Hastanın desteğe gereksinimi olduğu fark edildi ve yapabilecekleri

konusunda cesaretlendirildi. Ameliyat edilen bacakta his değişikliklerinin ve ağrının 3-6 ay boyunca şiddeti azalarak devam edebileceği belirtildi. Yine de herhangi bir olası komplikasyon açısından doktoruna yönlendirildi. Yapılan tanılama çalışmaları sonucunda herhangi bir patoloji saptanmadı. Hasta ayrıca kadın doğum uzmanının kendisine daha önceden nazal sprey şeklinde tedavi uyguladığını, daha sonra ara verildiğini, şimdi ne yapması gerektiği konusunda kararsız olduğunu belirterek danışmanlık istedi. Hastaya menopoz, hormon replasman tedavisi ve kemik arasındaki ilişki açıklanarak, sağlığı geliştirme konusunda önerilerde bulunuldu. Kendisine en uygun tedavi yaklaşımını belirlemesi için kadın doğum uzmanına başvurması gerektiği belirtildi.

Ameliyattan önce yoğun anksiyetesi olan ve erken postoepratif dönemde derin ven trombozu gelişen bayan hasta, ameliyatlı bacağında bilek ve diz üzerinde zaman zaman şişlik olduğunu belirtti. Parmak ucuna doğru yayılan zonklama tarzında ağrısı olduğunu tanımladı. Yapılan değerlendirmede (++) ödem ve orta şiddette ağrı saptandı. Hastanın ameliyatlı bacağı havaya kaldırmada zorlandığı belirlendi. Bacakta his kaybı ve siyanoz yoktu. Bacağını elevasyona alması, ayakta fazla kalmaması, varis çorabı giymesi, Daflon ilacını düzenli alması, istirahat halindeyken sağlam bacağına ROM (Range of Motion) egzersizlerini yaptırması söylendi.

Erkek hastalardan ikisi ağrı ve ameliyat olan bacağında şişlik ve keçelenme gibi bir his olduğunu, bunun normal olup olmadığını öğrenmek için aradı. Ağrı ve nörovasküler tanılama sonucunda herhangi bir komplikasyon düşünülmedi. Fakat şikayetleri şiddetlendirse doktora başvurabilecekleri belirtildi. Bu şikayetlerin 3-6 aya kadar sürebileceği ve giderek azalacağı, egzersizlerini düzenli yapmaları gerektiği, doktorun kendisine önerdiği ağrı kesici ilaçlardan alabilecekleri söylendi.

Her iki hastanın da alt ekstremitte hareketlerini ağrı ve korku nedeniyle düzenli yapmadıkları saptandı. Egzersizin önemi tekrar vurgulanarak, yapabilecekleri konusunda hastalar cesaretlendirildi. Bu erkek hastalardan birinde olan konstipasyon sorunu da yeme alışkanlıkları düzenlenerek, sıvı alımı ve aktivitesi artırılarak giderildi.

Erkek hastalardan biri de taburculuk sonrası 3. ayın sonunda eşiyle cinsel yaşantısı konusunda endişeleri olduğu, hangi pozisyonların kendisi için uygun olduğunu sordu. Bu aylarda eşiyle cinsel ilişkiye girebileceği, kalça eklemine zorlayıcı hareketlerden kaçınarak ve ameliyatsız bacağı üzerinde yan yatarak cinsel ilişkiye girebileceği, pozisyon değiştirirken ameliyatlı taraf üzerine yük bindirmemesi gerektiği ve gerekirse eşinin üstte olacağı pozisyonu alabilecekleri konusunda yönlendirme yapıldı. Daha sonra yapılan değerlendirmede herhangi bir sorun yaşanmadığı saptandı.

Tablo 22: Olguların Ameliyattan Üç Ay Sonra Sonuç Kriterlerine Ulaşma Bulgularının Dağılımı

| | Olgu n (44) | | | | | Kontrol n (44) | | | | | t | p | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|-------------|-------|------|------|----------|----------------|------|-------|-------------|-------|----|-------|-------|-------|------|-------|----------|--------|------|-------|-------------|-------|
| | Hafif | | Orta | | Şiddetli | | Yok | | Uygulamayan | | | | Hafif | | Orta | | Şiddetli | | Yok | | Uygulamayan | |
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | | | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % |
| Yara yerinde ağrı | 2 | 4.50 | - | - | - | - | 42 | 5.50 | - | - | - | - | - | - | - | - | 44 | 100.00 | - | - | -1.431 | .160 |
| Günlük Yaşam Aktiviteleri | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Evde yürürken ağrı | 19 | 43.20 | 2 | 4.50 | - | - | 23 | 52.30 | - | - | 26 | 59.10 | 6 | 13.60 | - | - | 12 | 27.30 | - | - | -2.210 | .030 |
| Egzersizde ağrı | 19 | 43.20 | 2 | 4.50 | - | - | 21 | 47.70 | 2 | 4.50 | 12 | 27.30 | 6 | 13.60 | - | - | 10 | 22.70 | 16 | 36.40 | -1.773 | .080 |
| Yatak/sandalyeden kalkarken ağrı | 7 | 15.90 | 1 | 2.30 | - | - | 36 | 81.80 | - | - | 21 | 47.70 | 1 | 2.30 | - | - | 18 | 40.90 | - | - | 4.135 | .000 |
| Merdivenden çıkarken zorlanma | 11 | 25.00 | 1 | 2.30 | - | - | 30 | 68.20 | 2 | 4.50 | 18 | 40.90 | 9 | 20.50 | 4 | 9.10 | 9 | 20.50 | 4 | 9.10 | 2.971 | .004 |
| Ev işlerini yaparken zorlanma | 5 | 11.40 | - | - | - | - | 22 | 50.00 | 17 | 38.60 | 18 | 40.90 | 3 | 6.80 | - | - | 5 | 11.40 | 18 | 40.90 | 2.975 | .004 |
| Yemek yaparken zorlanma | - | - | - | - | - | - | 18 | 40.90 | 26 | 59.10 | 7 | 15.90 | 2 | 4.50 | - | - | 4 | 9.10 | 31 | 70.50 | 1.870 | .067 |
| Kişisel hijyende zorlanma | 13 | 29.50 | 1 | 2.30 | - | - | 30 | 68.20 | - | - | 16 | 36.40 | 4 | 9.10 | - | - | 24 | 54.50 | - | - | 1.132 | .261 |
| Giyinirken zorlanma | 11 | 25.00 | 1 | 2.30 | - | - | 32 | 72.70 | - | - | 16 | 36.40 | 3 | 6.80 | 1 | 2.30 | 24 | 54.50 | - | - | 1.547 | .126 |
| Tuvaletini yaparken zorlanma | 8 | 18.20 | 1 | 2.30 | - | - | 35 | 79.50 | - | - | 6 | 13.60 | 2 | 4.50 | 1 | 2.30 | 35 | 79.50 | - | - | -2.281 | .780 |
| Bahçe işlerinde zorlanma | 1 | 2.30 | 10 | 2.70 | - | - | 33 | 75.00 | - | - | 3 | 6.80 | 1 | 2.30 | - | - | 3 | 6.80 | 37 | 84.10 | .459 | .647 |
| Namaz kılarken zorlanma | 4 | 9.10 | 1 | 2.30 | - | - | 2 | 4.50 | 37 | 84.10 | 8 | 18.20 | 1 | 2.30 | - | - | 2 | 4.5 | 33 | 75.00 | 1.203 | .232 |
| Cinsel aktivitede zorlanma | - | - | - | - | - | - | 42 | 95.50 | 2 | 4.50 | 3 | 6.80 | - | - | - | - | 41 | 93.20 | - | - | 1.918 | .060 |
| Araba kullanırken zorlanma | - | - | - | - | - | - | 1 | 2.30 | 43 | 97.70 | - | - | - | - | - | - | 1 | 2.30 | 43 | 97.70 | .000 | 1.000 |
| Ulaşımında zorlanma | 8 | 18.20 | 3 | 6.80 | - | - | 32 | 72.70 | 1 | 2.30 | 16 | 36.40 | 10 | 22.70 | 4 | 9.10 | 10 | 22.70 | 4 | 9.10 | 3.119 | .002 |
| Çalışırken zorlanma | 2 | 4.50 | - | - | - | - | 5 | 11.40 | 37 | 84.10 | 3 | 6.80 | - | - | - | - | 1 | 2.30 | 40 | 90.90 | .000 | 1.000 |
| Alışverişte zorlanma | 7 | 15.90 | - | - | - | - | 18 | 40.90 | 19 | 43.20 | 10 | 22.70 | 3 | 6.80 | 6 | 13.60 | 4 | 9.10 | 21 | 47.70 | 1.325 | .189 |

Tablo 22: Olguların Ameliyattan Üç Ay Sonra Sonuç Kriterlerine Ulaşma Bulgularının Dağılımı- Devam

| | Olgu n (44) | | | | | Kontrol n (44) | | | | | t | p |
|-------------------------------|-------------|---------|----------|-----------|-------------|----------------|--------|----------|----------|-------------|--------|------|
| | Hafif | Orta | Şiddetli | Yok | Uygulamayan | Hafif | Orta | Şiddetli | yok | Uygulamayan | | |
| | Sayı % | Sayı % | Sayı % | Sayı % | Sayı % | Sayı % | Sayı % | Sayı % | Sayı % | Sayı % | | |
| Kalça ağrısı | 12 27.30 | 9 20.50 | - - | 23 52.30 | - - | 34 77.30 | 3 6.80 | - - | 7 15.90 | - - | -2.633 | .001 |
| Nörovasküler Etkilenme | | | | | | | | | | | | |
| His kaybı | 2 2.30 | - - | - - | 42 95.50 | - - | 5 11.40 | - - | 1 2.30 | 38 86.40 | - - | 1.305 | .196 |
| Ayak hareketlerinde bozulma | - - | - - | - - | 44 100.00 | - - | 5 11.40 | - - | 1 2.30 | 38 6.40 | - - | 2.322 | .031 |
| Derin Ven Trombozu | | | | | | | | | | | | |
| Ödem/ Şişlik | - - | - - | - - | 44 100.00 | - - | 4 9.10 | - - | 1 2.30 | 39 88.60 | - - | 2.029 | .049 |
| Ağrı | - - | - - | - - | 44 100.00 | - - | 2 4.50 | 2 4.50 | - - | 40 90.90 | - - | 2.029 | .049 |

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

4.1. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin Tartışılması

Bireylerin yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde (**Tablo 1**); olgu grubundaki bireylerin yaş ortalaması 71.00 ± 15.88 iken, kontrol grubundaki bireylerin yaş ortalaması 74.50 ± 17.50 olarak belirlenmiş, yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($t=-1.20$, $p>0.05$). Bu sonuç gruplar arasında yaş anlamında yapılan eşleştirmenin uygun olduğuna işaret etmekte ve kalça protezi endikasyonu olan hasta grubunun ülkemizdeki çalışmalarla uyumlu olduğunu göstermektedir. Ülkemizde kalça protezi uygulanan bireylerin yaş ortalamasının 54 ile 82,6 arasında değiştiği; diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda 60'lı yaşlarda olsa da, genel olarak 80 yaşın üzerinde olduğu görülmektedir (36, 49, 56, 57, 58, 84 96, 98, 163, 164, 180, 185, 196, 212). Kalça protezi ameliyatı endike olan durumlar yaş gruplarına göre çeşitlilikler göstermekte, yaşlı nüfusta daha sık olmakla birlikte farklı yaş gruplarına uygulandığı görülmektedir. Hem kadın hem erkekte yaş arttıkça osteoporoz insidansı arttığından, özellikle 80 yaş sonrası kırık riski artmaktadır (1, 38, 66, 186, 210).

Bu çalışmada yaş ortalamasının 80 yaşın altında olması Türk toplumunda yapılan diğer çalışmalarla benzer olup, ülkemiz nüfusunun daha genç olmasıyla ilişkili olduğu düşünülmüştür. Günümüzde dünya nüfusu için önemli bir sağlık sorunu olan kalça kırıklarının gelecekte ülkemiz için de sorun olacağı söylenebilir. Dünya genelinde 2000 yılında 65 yaş ve üzeri birey sayısı 400 milyon iken, 2050'de 1,5 milyarın üzerine çıkacağı, 80 yaş üzeri grubun toplam nüfusun %3.40'nü oluşturacağı öngörülmekte, bu artışın %90.00'nin ülkemizin de içinde yer aldığı gelişmekte olan ülkelerde olacağı öne sürülmektedir. Yaşlanma sürecinin en hızlı olduğu ülkeler arasında olan ülkemizde

geriatrik yaş grubunun tüm nüfusun yaklaşık %6.0'nı oluşturduğu bildirilmiştir (74, 104).

Dünya nüfusunun yaşlanmasıyla birlikte kırık insidansının artış göstereceği bildirilmektedir. Kalça kırığı olan 10 hastadan 9'u 65 yaş üzerinde olup, 2040 yılına kadar bu yaş grubundaki yaşlı sayısının iki katına çıkacağı, dolayısıyla kalça kırığı sayısında artışın beklendiği bildirilmiştir (31). Dünya genelindeki insidansta yıllık %1.00 artış gösteren kırık oranının 2050'de %82.00 olacağı düşünülerek, Kuzey Amerika ve Kuzey Avrupa'da 5 kat daha yüksek olacağı 21,30 milyona ulaşacağı, Asya'da 2050'de iki milyon kalça kırığı gerçekleşeceği düşünülmektedir (74).

Bireylerin **cinsiyetlere** göre dağılımının olgu ve kontrol grubunda eşit olup (**Tablo 1**), kadın oranı %70.50 (n=31) iken erkek oranı %29.50'dir (n=13). Bu sonuç gerek Türk toplumunda gerek diğer ülkelerde kalça protezi uygulanan grubun ağırlıklı olarak kadın olduğu sonucuyla uyumludur. Kalça kırıkları ya da diğer nedenlere bağlı protez uygulaması kadınlarda daha sık uygulanmaktadır (5, 36, 56, 57, 58, 66, 84, 98, 164, 180, 185, 196, 212). Dünya genelindeki insidansta yaşa ve cinsiyete özel değişiklik olmadığı temel alınarak, yıllık kalça kırığı sayısının 2050'de 4,5 milyona ulaşacağı; bu büyüme hızının %135.00'nin erkeklerde, %100.00'nün kadınlarda olacağı düşünülmektedir (74). Özellikle Batı toplumlarında yıllık kalça kırığı insidansı 35 yaş altındaki kadınlarda %0.002, erkeklerde %0.004 iken; 85 yaş üzeri kadınlarda %0.003032, erkeklerde %0.001909'dur. Kadın olmak kırık oluşması açısından bir risk oluşturmaktadır. Menopoz sonrası kemik kaybı ile birlikte osteoporoz gelişimi kolaylaşmakta ve kırık riski artmaktadır. Kadınlarda yaşam sürelerinin daha uzun olması nedeniyle kemik mineral dansite kaybı daha fazla olup, yaşam süresince düşme olayı daha çok

yaşanmakta, buna bağlı kalça kırıkları oranı kadınlarda daha fazla görülmektedir (1, 31, 38, 186, 210).

Dünya genelinde 1990'da 1.66 milyon kalça kırığı gelişmiş, bunlardan 1.19 milyonu kadınlarda, 463.000'i erkeklerde görülmüştür (74, 210). Elli yaşındaki kadınların %16'sı; Avrupa ve Amerika'da yaşayan kadınların %10.00-15.00'i, erkeklerin %50.00'si ya da 1/3'ü yaşamları boyunca kalça kırığı riski taşımaktadır (31, 74, 153). Kalça kırığı insidansındaki artışın erkeklerde %51.00, kadınlarda %33.00 olacağı öngörülmektedir (16). İngiltere'de kalça protezi ameliyatlarının 15.000'nin kadınlara, yaklaşık 9000'nin erkeklere uygulandığı belirtilmiştir (94). Elli yaştan sonra, erkeklerin %6.00'da osteoporozla bağlı kalça kırığı oluşmaktadır (138). Günümüzde kadınların 1/3'ünde erkeklerin 1/5'inde kalça kırığı görülmesine rağmen; beklenen yaşam süresi erkeklerde arttığı için kalça kırığı insidansının erkeklerde daha fazla olacağı ileri sürülmektedir (74, 138). İsviçre'de kadınlarda 0-44 yaş grubunda femur boynu ve femur kırığı insidansı 6.50 ve 21.70, 45-54 yaş grubunda 36.90 ve 16.90, 55-64 yaş grubunda 111.40 ve 37.80, 65-74 yaş grubunda 308.90 ve 71.80, 75-84 yaş grubunda 1229.10 ve 159.40, 85 ve üzeri yaş grubunda 3129.30 ve 447.50 olarak belirlenmiştir. Erkeklerdeki oranlara bakıldığında 0-44 yaş grubunda femur boynu ve femur kırığı insidansı 19.40 ve 60.60, 45-54 yaş grubunda 42.90 ve 27.80, 55-64 yaş grubunda 87.10 ve 44.90, 65-74 yaş grubunda 152.70 ve 38.90, 75-84 yaş grubunda 501.70 ve 64.50, 85 ve üzeri yaş grubunda 1405.70 ve 139.80 olduğu görülmektedir (119).

Eğitim durumları dağılımı açısından incelendiğinde olgu grubundaki bireylerin %34.10'i (n=15), kontrol grubundaki bireylerin %40.90'u (n=18) ilkokul, mezunu olup, her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.34$,

$p>0.05$). Şendir (2000) ve Dal'ın (2002) çalışmasında da ilkokul mezunları (%32.60 ve %58.00) ağırlıklı grubu oluşturmaktadır (36, 185). Kalça protezi dışında yaşlı bakımına yönelik başka bir çalışmada da ilkokul mezunu olanların oranı %31.90 olarak belirlenmiştir (35). Bu çalışmada eğitim durumunun ağırlıklı olarak ilkokul mezunu olmasının hastaların çoğunun kadın olması ve ülkemizdeki kadınların eğitim durumunun daha düşük seviyede olması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Ülkemiz açısından özellikle kadınlarda olan eğitim eksikliğinin önemli bir problem olduğu açıktır. Devlet İstatistik Enstitüsü'nün 2003 verilerine göre toplam okuryazarlık oranı %88.30 olup; bu oranın %95.70'sini erkekler, %81.10'ini kadınların eğitimi oluşturmaktadır (39). Hasta grubunun yaş ortalamasının 70 yaş üzeri olduğu ve okuryazar olmayanların araştırma kapsamı dışında bırakıldığı düşünüldüğünde, bu yaş grubu açısından ilkokul eğitimi alan oranının yüksek çıkması doğaldır.

Olgu grubundaki bireylerin %93.20'nin ($n=41$), kontrol grubundaki bireylerin %81.80'nin ($n=36$) **sosyal güvencesinin** emekli sandığı olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde gruplar arasında sosyal güvence açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2=-5.45$, $p>0.05$). Hastaların sosyal güvencesinin ağırlıklı olarak emekli sandığı olması, çalışmanın üniversite hastanesinde yapılması ile açıklanabilir. Şendir'in çalışmasında (2000) da benzer sonuç elde edildiği görülmüştür (185).

Bireylerin **medeni durumu** karşılaştırıldığında her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($\chi^2=3.13$, $p>0.05$). Olgu grubundaki bireylerin %47.70'nin ($n=21$) evli, %40.90'nun ($n=18$) dul; kontrol grubundaki bireylerin %58.80'nin ($n=25$) evli ve %36.40'nün ($n=16$) dul olduğu saptanmıştır. Elde edilen bu sonuç diğer çalışmalarla uyumlu olup, Türk toplumunun medeni durumunu yansıtmaktadır. Şendir'in yaptığı çalışmada (2000) olguların %65.10'nin evli,

%16.30'nün dul olduğu belirlenmiştir (185). Dal'ın (2002) çalışmasında bireylerin %85.50'nin evli olduğu bulunmuştur (36). Çölgeçen ve Tümerdem'in 1997'de yaşlı bireyler ile yaptığı bir çalışmada, yaşlıların %58.50'nin evli, %37.60'nın dul olduğu görülmektedir (35). Kalça protezi ameliyatları daha çok erişkinlik ve ileri yaşta yapıldığından, bu yaş grubundaki bireylerin genel olarak evli ve birçoğunun da eşlerini kaybetmiş olması olağan görülmektedir. Evliliğin, kalça protezi uygulanan bireylerde evde bakımı kolaylaştıran ve destek sağlayan bir faktör olduğu düşünülmüştür.

Tablo 1'de görüldüğü gibi **meslek** dağılımı açısından, olgu grubu bireylerin %47.70'i (n=21) ev hanımı, %40.90'u (n=18) emekli iken; kontrol grubundaki bireylerin %68.20'i (n=30) ev hanımı ve %27.30'nün (n=12) emekli olduğu; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı görülmektedir ($\chi^2=7.12$, $p>0.05$). Şendir'in çalışmasında (2000) ev hanımı olanların oranı %58.20 iken, emeklilerin oranı %32.60; Dal'ın çalışmasında (2002), bireylerin %75.30'ünün ev hanımı ve %15.90'unun emekli olduğu belirlenmiştir (36, 185). Bu çalışmada mesleğe ilişkin sonuçlarda ev hanımı ve emekli oranının yüksek çıkması, hastaların çoğunun kadın ve yaş grubunun yaşlılık dönemine denk gelmesiyle açıklanabilir.

Bireylerin **evde yaşama durumu** incelendiğinde, olgu grubundaki bireyler ile kontrol grubundaki bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($\chi^2=4.90$, $p>0.05$). Olgu grubundaki bireylerin %45.40'ü (n=20) eşi ile, %31.90'u (n=14) çocukları ile ve %13.60'ı (n=6) tek başına yaşarken; kontrol grubundaki bireylerin %54.50'i (n=24) eşi ile, %29.60'ı (n=13) çocukları ile, %4.50'i de (n=2) tek başına yaşamaktadır. Şendir'in çalışmasında (2000), eşi ile birlikte yaşayanlar (%41.90) çoğunlukta bulunmuştur (185). Çölgeçen ve Tümerdem'in yaşlılarla ilgili bir çalışmasında (1997), yaşlıların genellikle evde eşiyle (%56.30) birlikte yaşadığı,

%20,6'sının çocuklarının evinde yaşadığı, yalnız olanların %11.30 oranında olduğu saptanmıştır (35). Ekici ve Özdemir'in (1998) yaşlılarla yaptığı bir çalışmada, %43.00'nün eşiyle birlikte, %38.00'nin çocuklarıyla birlikte, %19.00'nun da kendi evinde yalnız yaşadığı belirlenmiştir (46). Bu çalışmada eşi ile yaşayanların her iki grupta da daha fazla olması, evli oranının birinci sırada yer alması ve ameliyatların ileri yaş grubunda uygulanması nedeniyle bu yaş grubundaki bireylerin çocuklarının genellikle evli olup evden ayrılmış olabileceği şeklinde yorumlanabilir. Çocuklarıyla birlikte yaşama oranının ikinci sırada yer alması ise, dul olan birey oranının ikinci sırada olması ile ilişkilendirilebilir. Bu durumda yaşlı bakımını çocuklar daha fazla üstlenmektedir.

4.2. Bireylerin Hastalık Özelliklerinin Tartışılması

Bireylerin **ameliyat olma nedenleri** incelendiğinde (**Tablo 2**); olgu grubunun %36.40'de (n=16) bir kalça ağrısı, %29.50'de (n=13) birden fazla neden, %18.20'de (n=8) kalçada ağrı ve yürüyememe bulunurken; kontrol grubunun %38.60'da (n=17) bir kalça ağrısı, %20.50'de (n=9) bir kalçada ağrı ve yürüyememe, %18.20'de (n=8) bir kalçada ağrı ve yürüme zorluğu, %15.90'da (n=7) birden fazla neden bulunmaktadır. Ameliyat olma nedenlerinin gruplar arasında fark yaratmadığı belirlenmiştir ($\chi^2=3.22$, $p>0.05$). Şendir'in çalışmasında (2000) da olguların ameliyat olma nedenleri arasında kalça ağrısı, yürüme zorluğu, yardımcı araç kullanmadan yürüme isteği bulunmaktadır (185). Araştırmanın sonucunda elde edilen bulgular, ameliyat olma nedenlerinin başında ağrı ve ambulasyon problemleri olduğunu göstermektedir. Bunlar kalça protezi ameliyatı endikasyonu doğuran şikayetler olup, hastalara ağrı ve fonksiyonel yetersizlik nedeniyle protez uygulanmaktadır (15, 51, 77, 146, 171, 176, 210).

Hem olgu hem de kontrol grubundaki bireylerin %26.00'ı düşme nedeniyle femur kırığı tanısı almışlardır. Dal'ın çalışmasında (2002) kalça kırığı nedeni ile kalça protezi uygulanan bireylerin tamamında (%100.00) düşme öyküsü olduğu belirtilmiştir (36). Yaşı 70'in üzerinde olan bireylerin %30.00'undan daha fazlasının yılda en az bir kez düştüğü, her düşmede kalça kırığı riskinin %30.00 artış gösterdiği bildirilmiştir (153). Özellikle yaşlılarda düşmeye bağlı kalça kırığı oluşumu açısından risk faktörleri incelendiğinde bireyin kadın olması ve menopoz döneminde bulunması, geçmişte kırık deneyimi olması, sistemik hastalıklara sahip olması, romatoid artrit olması, depresyonun olması, diyabet tanısının olması, birden fazla ilaç kullanması, stroke geçirmesi, denge probleminin olması, yürürken yardımcı araç kullanması, görmede azalma olması, düşme korkusu yaşaması ve çevresel faktörler gibi etmenler bulunmaktadır (57, 62, 106, 130, 131, 138, 142, 147, 182, 199, 206, 208, 210). Her iki gruptaki bireylerin %70.50'nin (n=31) kadın olduğu bu çalışmada, olgu grubundaki kadınların %59.10'nin, kontrol grubundaki kadınların %56.80'nin (n=25) menopoz döneminde bulunduğu; olgu grubundaki bireylerin %47.70'nin (n=21), kontrol grubundakilerin %40.90'nun birden fazla sistemik hastalığa sahip olma nedeniyle olgu grubunda %61.40'nün (n=27), kontrol grubunda %70.50'nin birden fazla ilaç kullandığı; olgu grubunda %59.10 (n=26) oranında, kontrol grubunda %56.80 (n=25) oranında ambulasyon problemi olduğu ve bu nedenle olgu grubunda %43.20'nin (n=19), kontrol grubunda %40.90'nun (n=18) yürürken yardımcı araca gereksinim duyduğu; hem olgu hem de kontrol grubunda bireylerin her birinde düşme korkusu yaşandığı (%100.00, n=88) belirlenmiştir. Bu çalışmada elde edilen bu bulgular düşmeye neden olabilecek faktörler olarak düşünülmüştür.

Bireylerin **fonksiyonel sınırlılıkları** içinde hem olgu hem de kontrol grubunda birinci sırada ambulasyon problemleri yer almaktadır (%59.10, n=26; %56.80, n=25). Yalnızca görme sorunu olgu grubunda %9.10 (n=4), kontrol grubunda %11.40 (n=5); birden fazla fonksiyonel sınırlılığı olan bireylerin oranı olgu grubunda %2.30 (n=1), kontrol grubunda %9.10 (n=4) olarak saptanmıştır. Gruplar arasında fonksiyonel sınırlılık açısından anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($x^2=2.32$, $p>0.50$). Elde edilen sonuçlar Şendir (2000) ve Dal'ın (2002) çalışmasıyla uyumludur (36, 185). Ekici ve Özdemir'in (1998) yaşlıların evde bakım durumlarını değerlendirdikleri bir çalışmada, %13.37'sinin görme, %10.73'ünün işitme problemi olduğu; %17.01'inde hareket ederken ağrı yaşadığı, %15.23'ünde kaslarda kuvvet azlığı, %14.21'inde aktivitede azalma ve %13,20'sinde kaslarda incelme görüldüğü saptanmıştır (46). Tüm bu fonksiyonel sınırlılıklar yaşlılarda düşmeyi kolaylaştıran faktörlerdir. Özellikle yaşlılarda düşmeye bağlı kalça kırığı oluşumu açısından risk faktörü oluşturan sınırlılıklar arasında; fonksiyonel yetersizlik, kalça eklemine hareketlerinde bozulma, görmede azalma, bireyin sistemik hastalıklara sahip olması, titreme ve denge probleminin olması, romatoid artrit olması, yürürken yardımcı araç kullanması gibi etmenler bulunmaktadır (62, 106, 147, 182, 199, 206, 210)

Bireylerin **yürüme sırasında yardımcı araç kullanımı** incelendiğinde olgu grubundaki bireylerin %54.50'inin (n=24), kontrol grubunda %56.80'inin (n=25) kullanmadığı; yaşanan fonksiyonel sınırlılıklar nedeniyle olgu grubunda %43.20'nin (n=19), kontrol grubunda %40.90'nun (n=18) yürürken yardımcı araç kullandığı belirlenmiştir. Bu durumun gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığı belirlenmiştir ($x^2=1.20$, $p>0.05$). Şendir'in çalışmasında (2000) hastaneye kabulde bireylerin %37.20'i yürürken yardımcı araç kullanmazken, %62.80'nin

kullandığı belirlenmiştir (185). Dal'ın çalışmasında (2002), bireylerin %34.80'nin yardım almadan yürüebildiği, %60.90'nun yürürken yardıma gereksinim duyduğu, %4.30'nün bağımlı olduğu saptanmıştır (36). Ekici ve Özdemir'in (1998) yaşlılara ilişkin bir çalışmasında, yaşlıların %18.00'nin baston kullandıkları belirlenmiştir (46). Feldt ve Oh (2000) yaptıkları çalışmada kalça kırığı nedeniyle hastaneye yatırılan kişilerin kırık öncesi %64.00'nün yürürken baston kullandıkları saptanmıştır (57). Bu çalışmada hem olgu hem de kontrol grubunda yardımcı araç kullanımının yarıya yakın olması, bireylerin her iki grupta da ileri yaş grubunda olması ve fonksiyonel sınırlılıklarda ambulasyon problemlerinin ilk sırada yer alması ile açıklanabilir.

Bireylerin **sorunlarının başlama zamanı** hem olgu hem de kontrol grubunda benzerlik göstermekte olup, istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığı bulunmuştur ($\chi^2=8.18$, $p>0.05$). Olgu grubundaki bireylerin %61.40'da ($n=27$), kontrol grubundaki bireylerin ise %68.10'da ($n=30$) kalça ile ilgili sorunlarının 1-6 ay önce başladığı saptanmıştır. Her iki grupta da femur kırığı oranının yüksek olmasının (%61.40, $n=27$; %68.20, $n=30$) bu sonuç ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Şendir'in çalışmasında (2000) bireylerin %4.70'nin 6 aydan daha az süreden beri kalça eklemde ağrısının olduğu belirlenmiştir (185). Bu sonuç, femur kırığı tanısı alanların örneklem dışı bırakıldığı Şendir'in (2000) çalışmasından farklılık göstermektedir.

Olgu grubundaki bireylerin %77.30'nün ($n=34$) kontrol grubundaki bireylerin %79.50'nin ($n=35$) geçmişte **fizik tedavi** almadığı, bu durumun gruplar arasında anlamlı bir farka neden olmadığı saptanmıştır ($\chi^2=7.81$, $p>0.05$). Şendir'in çalışmasında (2000) bireylerin %39.50'i fizik tedavi almadığını ifade etmiştir (185). Fizik tedavi kırıkları önlemede önemli olduğu kadar, kalça protezi sonrası rehabilitasyon döneminde de oldukça önemlidir. Daha önce düşme deneyimi yaşayan kişilere uygulanan fizik tedavi

sonrası bireylerin denge sağlayabilmelerinde önemli gelişmeler olduğu, egzersiz programının yanı sıra fizik tedavi uygulamasının özellikle yaşlı insanlarda düşme riskini azaltabileceği bildirilmiştir (162). Yapılan bir çalışmada kalça protezi sonrası evde egzersiz programı uygulanan hastaların 6-48 ay sonra yetersizliklerinin giderildiği saptanmıştır (169). Göcen ve arkadaşları (2004), ameliyat öncesi dönemde yapılan fizyoterapinin ve protez ile yaşama eğitim programının ameliyat sonrası sonuçlar üzerinde istatistiksel anlamda bir değişiklik yapmadığı sonucuna varmışlardır (69). Hastaların fizik tedavi uygulamasına erken dönemde başlamasının ve programa uyum sağlamasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Bireylerin **geçmişte almış olduğu tanılar** açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($\chi^2=6.20$, $p>0.05$). Olgu grubundaki bireylerin %47.70'de ($n=21$), kontrol grubundaki bireylerin %40.90'da ($n=18$) birden fazla tıbbi tanı bulunurken; gerek olgu grubunda (%13.60, $n=6$) gerek ise kontrol grubunda (%18.20, $n=8$) birinci sırada yer alan kronik hastalık hipertansiyondur. Bu durum hipertansiyonun ülkemizde ve dünyada sık görülen kronik bir hastalık olması ile açıklanabilir. Hersekli ve Atik'in (1999) çalışmasında da kırık nedeni ile kalça protezi ameliyatı olan hastaların mevcut hastalıklarının başında hipertansiyon gelmektedir (84). Ekici ve Özdemir'in (1998) çalışmasında da yaşlı bireylerin dolaşım sistemine ilişkin sorunların başında %21.10 oran ile hipertansiyon yer almaktadır (46). Şendir'in (2000) çalıştığı hasta grubunda bireylerin %67.40'ünde sistem hastalığı olduğu, ilk sıralarda hipertansiyon ve romatoid artrit yer aldığı belirtilmiştir (185). Feldt ve Oh'un çalışmasında (2000) kalça kırığı nedeniyle hastaneye yatırılan hastaların %96.50'inde ek bir hastalık bulunduğu belirlenmiştir (57). Literatürde ek hastalıkların bulunması ile düşme arasında ilişki olduğu vurgulanmaktadır. Kişide sistemik hastalıkların ve romatoid artrit

bulunmasının kemik kaybı, osteoporoz ve kırık gelişimi açısından risk oluşturduğu bildirilmiştir. Yaşlılarda düşme riski oluşturan etmenler arasında genel sağlık durumunda olan bozulmalar, denge, ağırlık taşıma ve mobilite problemleri, görmede azalma, bilişsel algılamada bozulma veya depresyonun intrensek faktörleri oluşturduğu belirtilmektedir (138, 210). Tip 2 diyabet tanısı alan kadınların diyabeti olmayan kadınlara göre 1.70 defa daha fazla kalça kırığı riski taşıdığı belirlenmiştir (142). Depresyon ile kalça kırığı arasında ilişki olduğu belirtilmiştir. Depresyonu olan kadınların kemik mineral dansitesi normal kadınlara göre femur boynunda %13.60, torakanter kemikte %10.80 daha düşük bulunmuştur (130). Bu çalışmada hastaneye yatmadan önce koksartroz tanısını alanların sayısının az olması dikkat çekicidir. Oysa olgu grubunda %38.50 (n=17), kontrol grubunda %29.50 (n=13) oranında koksartroz nedeni ile ameliyat uygulanmıştır. Bu sonucun, yaşlı bireylerdeki sağlık sorunlarının yeterince tanılanmamış olması ve yaşlı sağlığının yeterince önemsenmemesi ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Bireylerin **geçmişteki ilaç kullanımı** açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($\chi^2=5.13$, $p>0.05$). Olgu grubundaki bireylerin %61.40'ü (n=27) birden fazla ilaç kullanırken, bu oran kontrol grubunda %70.50 (n=31) olarak belirlenmiştir. Olgu grubundaki bireylerin %18.20'nin (n=8), kontrol grubundaki bireylerin ise %20.50'nin (n=9) ilaç kullanmadığı belirlenmiştir. Birden fazla ilaç kullanımının bireylerde düşme korkusuna neden olan ve yaşlılarda düşme riskini arttıran eksternek faktörlerden birisi olduğu bildirilmiştir (62, 210). Dal'ın çalışmasında (2002) vaka grubundaki hastaların %76.50'ü, kontrol grubundaki hastaların %67.90'u baş dönmesi yapan ilaç kullandıklarını belirtmişlerdir (36). İnsülin ya da oral antidiyabetik kullanan tip 2 diyabeti olan kadınlarda kırık insidansı artmaktadır (142). Antidepresan

ilaçların kemik mineral dansitesindeki azalmayı kolaylaştırabileceği ve kırık riskini artırabileceği bildirilmiştir (130). Steroid kullanımının kas iskelet sistemi üzerine olan etkileri artropati, avasküler nekroz, eklem enfeksiyonu ve osteoporoz olup, kırık riskini arttıran bir faktördür (34, 210). Kortikosteroidin dozu ve kullanım süresi ile kemik mineral dansitesi ve kırık arasında pozitif bir ilişki olduğu, ortalama 5 yıl kortikosteroid kullanan bireylerin %30'unda kırık oluştuğu belirtilmiştir (34, 159).

Bireylerin **iyileşme konusundaki görüşleri** açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($\chi^2=8.35$, $p<0.05$). Olgu grubundaki bireylerin yarısı (%50.00, $n=22$) iyileşmeleri konusunda herhangi bir fikirlerinin olmadığını belirtirken, %29.50'nin ($n=13$) 1-3 ay içinde, %15.90'nun ($n=7$) birkaç hafta içinde iyileşmeyi beklediği; kontrol grubunda ise bireylerin %72.70'nin ($n=32$) iyileşmeleri konusunda herhangi bir fikirlerinin olmadığı, %20.50'nin ($n=9$) 1-3 ay içinde iyileşmeyi bekledikleri saptanmıştır. Şendir'in (2000) izlediği hasta grubunda bireylerin ameliyat sonrası iyileşme süresi beklentilerinin farklılık gösterdiği; %32.60'nın 3 ay, %25.60'nın 2 ay içinde iyileşmeyi beklediği ve %16.30'nün de iyileşme süresi konusunda herhangi bir fikir yürütmedikleri belirlenmiştir (185). Bireylerin ameliyat beklentileri konusunda yeterince fikirlerinin olmaması, aldıkları eğitimden yeterince yararlanmamış olabileceklerini, sağlıkları konusunda görüşlerini bildirmeye çekinmiş olabileceklerini ve sağlıklarını yeterince önemsememiş olabileceklerini düşündürmüştür. Bu nedenle eğitim içeriğinde ameliyat sonuçlarının önemi vurgulanmıştır.

Bireylerin **menopoza girme** durumları her iki grupta da benzerlik göstermektedir ($\chi^2=0.11$, $p>0.05$). Olgu grubundaki kadınların %59.10'nin ($n=26$) kontrol grubunda %56.80'nin menopoza girdiği saptanmıştır. Yaşam süreci içinde östrojenin azalmasının

yani menopozun kemik kaybı, osteoporoz gelişimi ve kırık açısından önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (210). Menopoz sonrası dönemdeki kadınların 1/3'ünde gelişen osteoporozda kemik mineral dansitesi azaldığı için, minimal travma sonrası kırıklar ortaya çıkmaktadır (1, 38, 107, 186). Menopozun kalça kırığı riskini arttırdığı belirtilmektedir (142, 210). Menopoz sonrası dönemde kalça kırıklarının %90.00'nin osteoporozla ilgili olduğu bildirilmiştir (186).

ABD'nin kuzey bölgelerinde postmenopozal dönemdeki beyaz kadınların %30.00'da, İngiltere'deki 50 yaş üzerindeki kadınların %23.00'de osteoporoz olduğu belirtilmiştir. Elli yaşındaki kadınlar arasında osteoporoz insidansı %5.00, 85 yaş kadınlar arasında %50.00'dir. Osteoporozu olan bireylerde yaşam boyu kırık riski değerlendirildiğinde, 50 yaş için erkeklerde %20.70, kadınlarda %53.20; 60 yaş için erkeklerde %14.70, kadınlarda %45.50; 70 yaş için erkeklerde %11.40, kadınlarda %36.90, 80 yaş için erkeklerde %9.60, kadınlarda %28.60'dır. On yıllık riske bakıldığında 50 yaş için erkeklerde %7.10, kadınlarda %9.80; 60 yaş için erkeklerde %15.70, kadınlarda %13.30; 70 yaş için erkeklerde %6.20, kadınlarda %17.00, 80 yaş için erkeklerde %8.00, kadınlarda %21.70'dir (210).

Olgu grubundaki bireylerin %43.20'i (n=19), kontrol grubundaki bireylerin %54.50'i **hormon replasman tedavisi** almadığı, hormon replasman tedavisi alanların oranının olgu grubunda %15.90 (n=7), kontrol grubunda %2.30 (n=1) olduğu, bu durumun gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olmadığı saptanmıştır ($\chi^2=4.28$, $p>0.05$). Menopoz döneminde östrojen kullanımının kırık insidansını etkilediği belirtilmektedir (142). Menopoz sonrası dönemde olup hormon replasman tedavisi almayan kadınlar osteoporoz açısından daha büyük risk altındadır (186). Hormon replasman tedavisinin osteoporozun önlenmesi ve tedavisinde kesin

yararlı olduğu bildirilmesine rağmen, yan etkilerinin henüz net olmayışı ve hormon replasman tedavisine bağlı şikayetlerin az olduğunu gösteren kanıtların yetersizliğinden dolayı kullanımı sınırlı olabilmektedir (1, 107). Östrojen yetersizliği osteoporoz açısından değiştirilebilir bir risk faktörü olup, hormon replasman tedavisi ile kontrol altına alınabilir (186).

Olgu grubundaki bireylerin **kalça ile ilgili ameliyat oranları** sırası ile total kalça protezi %72.70 (n=32), parsiyel kalça protezi %28.30 (n=12) olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki bireylerin %75.00'nin (n=33) total kalça protezi, %25.00'nin (n=11) parsiyel kalça protezi ameliyatı olduğu saptanmıştır. Kalça ameliyatının çeşidi ile ilgili iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($\chi^2=1.01$, $p>0.05$). Yapılan çalışmalarda total kalça protezi oranlarının parsiyel kalça protezine göre daha az olduğu görülmektedir (36, 56, 57, 84). Literatürde total kalça protezinin de yaygın bir şekilde uygulandığı, özellikle osteoartit ve romatoid artritli olan bireylerin ağrılarının azaltılmasında ve fonksiyonel yetersizliklerinin giderilmesinde kullanıldığı görülmektedir (5, 17, 37, 54, 61, 77, 94, 111, 115, 156, 171). Bu çalışmada total kalça protezi sayısının fazla olmasının nedeni; ameliyat endikasyonu olarak olgu grubunda %61.40 (n=27), kontrol grubunda %68.20 (n=31) oranında femur kırıkları; olgu grubunda %38.60 (n=17), kontrol grubunda %29.50 oranında (n=13) kalça eklemi koksartrozu olmasına ve bireylerin yaşının 70 yaş üzerinde olmasına bağlı olabileceği düşünülmüştür. Hersekli ve Atik çalışmasında (1999) femur boyun kırığına eşlik eden dejeneratif artritli olan hastalarda ve toplum içinde aktif olarak mobilize olan genç hastalarda total kalça protezi uygulamasının uygun bir tedavi yöntemi olduğunu belirtmektedir (84). Kanada'da 1999/2000 yılında toplam %000 59.50 oranında total kalça protezi uygulandığı, İngiltere'de yılda 30.000 kalça protezi ameliyatı yapıldığı,

ABD’de iki yıl içinde 1631 kişiye total kalça protezi uygulandığı bildirilmiştir (70, 96, 173). Ülkemizdeki kalça protezi ameliyatlarına ilişkin Devlet İstatistik Enstitüsü ve Sağlık Bakanlığı’nda kayıtlı bir bilgiye ulaşılmasına rağmen, Dal’ın çalışmasında 1996-2000 yılları arasında Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği’nde 600 erişkin hastaya kalça cerrahi girişiminden 179’unun artroz nedeniyle total kalça protezi, diğerlerinin ise femur boynu ve trokanterik kırıklar nedeniyle internal fiksasyon ve parsiyel kalça protezi uygulamalarından oluştuğu belirtilmiştir (36, 39, 168). Bu çalışmada bir yıl içerisinde yapılan kalça ameliyatlarının yaklaşık olarak %30.00’ünü protez ameliyatlarının oluşturduğu hesaplanmıştır. Gelecek 30 yıl içinde kalça protezi ameliyatlarının %40.00 oranında artış göstereceği; bu oranın 2006’da %42.00, 2016’da %55.00 ve 2026’da %113.00 olacağı tahmin edilmektedir (16).

Bireylerin **ameliyat ile ilgili temel tanısı** incelendiğinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($\chi^2=15.93$, $p>0.05$). Olgu grubunu oluşturan bireylerin %38.60’na (n=17) kalça eklemi koksartrozu, %61.40’ne (n=27) femur kırığı tanısı ile ameliyat uygulanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların %68.20’ne (n=30) femur kırığı ve %29.50’ne (n=13) kalça eklemi koksartrozu, %2.30’ne (n=1) osteoporoz nedeni ile operasyon uygulanmıştır. Jergesen ve arkadaşları (1978) total kalça protezini romatoid artrit olan hastalara uygulamışlardır (94). Aydın ve arkadaşlarının (1992) çalışmasında, 53 hastanın 33’ünde primer koksartroz, 8’inde doğumsal kalça çıkığı, 5’inde ankilozan spondilit, 4’ünde romatoid artrit, birer hastada da koksar vara ve travmatik kalça çıkığı ve bilateral avasküler nekroz endikasyonu ile kalça protezi uygulanmıştır (5). Şendir’in çalışmasında (2000), hastaların %74.40’de primer koksartroz, %16.30’de doğumsal kalça çıkığı, %7.00’de romatoid artrit ve %2.30’de aseptik femur başı nekrozu olduğu belirlenmiştir (185). Dal’ın (2002)

çalışmasında kalça protezi uygulamasını gerektiren durumlar incelendiğinde, bireylerin %34.80'inde koksartoz, %34.80'de intertrokanterik kırık, %30.40'de collum femoris kırığı olduğu görülmüştür (36). Feldt ve Gunderson'un yaptığı çalışmada (2002), hastaların %42.60'da intertorakanterik kırık, %33.90'da collum femoris kırığı, %4.30'de subtorakanterik kırık ve %19.00'da transcervical/subcapital kırık olduğu belirlenmiştir (56). Bu çalışmanın bulgularında da görüldüğü gibi, kalça kırıkları genellikle femur boynu, intertorakanterik bölge ve subtorakanterik bölge olarak sınıflandırılan femur proksimalinde oluşmaktadır. Femur boynu ve intertorakanterik kırıklar kalça kırıklarının %90.00'ünü, subtorakanterik kırıklar %5.00-10.00'unu oluşturmaktadır (215).

Vücut ağırlığı açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($t=1.02$, $p>0.05$). Olgu grubundaki bireylerin vücut ağırlığı ortalaması 69.68 ± 1.60 , kontrol grubundaki bireylerin 67.38 ± 1.54 olarak bulunmuştur. Sashika, Matsuba ve Watanabe'nin (1996) çalışmasında da kalça protezi uygulanan hasta grupları arasında vücut ağırlığı açısından bir fark olmadığı belirlenmiştir (169). Düşük vücut ağırlığının yaşlılarda düşme riskini arttırdığı, geçmişte de düşük vücut ağırlığına sahip olmanın kemik kaybı, osteoporoz ve kırık gelişimi açısından önemli bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir (210). Kalça protezi uygulanan hastaların ameliyat sonrası dönemde kilo kontrollerini değerlendirme ve egzersiz programına uyma açısından vücut ağırlıklarını bilmenin önemli olduğu düşünülmüştür.

Hastanede yatılan gün sayısı olgu grubunda 12.61 ± 0.71 , kontrol grubunda 13.09 ± 0.85 olarak saptanmış olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($t=-4.29$, $p>0.05$). Dal'ın çalışmasında (2002), hastanede ortalama yatış süresi 14.94 ± 3.85 gün ile 20.42 ± 5.76 gün arasında değişmektedir (36). Graul (2002) kalça kırığı olan yaşlı bireylerin hastanede yattıkları gün sayısını ortalama 5 gün,

Feldt ve Oh (2000) 5.8±2.5 gün, Feldt ve Gunderson (2002) 5.6±2.1 gün olarak saptamışlardır (56, 57, 70). Bu durumda hasta bakımının kültürlere göre farklılıklar gösterdiği; gelişmiş toplumlarda hasta bakımı, bakım evlerinde devam ettiği için hastanede kalış süresinin kısaldığı; Türk toplumunda ise hastaların akut bakım sonrası dönemi hastanede geçirmeleri nedeniyle hastanede kalış süresinin daha uzun olduğu söylenebilir. Yabancı literatürde bu çalışmada elde edilen bulguyla uyumlu çalışmaların olduğu görülmektedir. O'Boyle ve arkadaşlarının çalışmasında (1992) hastaların postoperatif dönemde hastanede kalış süreleri 19.8 gün olarak belirlenmiştir (150). Fortin ve arkadaşları (1999) ameliyat öncesi düşük fonksiyona sahip bireylerin hastanede yattıkları gün sayısını 8, yüksek fonksiyona sahip grupta 6 olarak saptamışlardır (61). Ameliyattan önce düşük fonksiyona sahip bireylerin ameliyat sonrası dönemdeki fonksiyon durumlarının düşük olmasının komplikasyon gelişimini kolaylaştırabileceği ve bireyin mevcut kronik hastalıklarının hastanede kalış süresini uzatabileceği düşünülmüştür. Kalça protezi uygulanan hastalara yönelik evde bakım programları planlanırken hastaların hastanede yattığı gün sayısının azaltılması amaçlanmalıdır. Yapılan bir çalışmada evde bakım programı ile hastaların hastanede yatış günü %32.00 oranında azaltılmıştır (89).

Bireylerde ameliyat sonrası erken dönemde **komplikasyon gelişme oranı** incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2=1.25$; $p>0.05$). Olgu grubunda yer alan bireylerin %93.20'de (n=41) komplikasyon gelişmediği, %2.30'de (n=1) yara yeri enfeksiyonu, %2.30'de (n=1) derin ven trombozu, %2.30'de (n=1) bası yarasının geliştiği belirlenmiştir. Kontrol grubundaki bireylerin %75.00'de (n=33) komplikasyon gelişmediği, %18.20'de (n=8) yara yeri enfeksiyonu geliştiği, %2.30'de (n=1) derin ven trombozu, %2.30'de (n=1) bası yarasının geliştiği saptanmıştır. Kalça

protezi sonrası ortaya çıkabilecek komplikasyonlar çeşitlilik göstermektedir. Hersekli ve Atik'in çalışmasında (1999) total kalça protezi uygulananların %28.50'de, bipolar hemiarthroplasti grubunda %33.30'de, unipolar hemiarthroplasti grubunda %42.10'de erken dönem komplikasyonlarının geliştiği saptanmıştır. Yüzeysel enfeksiyon oranı total kalça protezi grubunda %7.10, bipolar hemiarthroplasti grubunda %8.30, unipolar hemiarthroplasti grubunda %10.50 olarak belirlenmiştir (84). Altmış yaşın üzerinde kalça kırığı nedeni ile ameliyat edilen bireylerdeki bası ülseri gelişme insidansı 10 yıllık süre içinde %8.80 olarak belirlenmiştir (11). Jergesen ve arkadaşlarının çalışmasında (1978), ameliyat sonrası dönemde iki hastada sinir palsisi, bir hastanın ameliyat yarasında hemoraji, bir hastada dislokasyon ve bir hastada yerleştirilen implantta malpozisyon geliştiği saptanmıştır (94). Şendir'in (2000) çalışmasında ameliyat sonrası komplikasyon olarak en sık bası yarası görülmüştür (185). Hypnar ve Anderson'un çalışmasında (2001), evde bakım programının uygulandığı merkezdeki (The Joint Care Center) hastalarda %0.01 oranında DVT, %0.01 oranında ameliyat yerinde hematoma, %0.02 oranında dislokasyon; bölge hastanelerinde %1.00 oranında DVT, %0.30 oranında pulmoner emboli; %0.80 oranında ameliyat yerinde hematoma, %2.50 oranında dislokasyon; devlet hastanelerinde %1.40 oranında DVT, %0.40 oranında pulmoner emboli, %0.50 oranında yara yerinde hematoma, %2.90 oranında dislokasyon geliştiği saptanmıştır (89).

4.3. Bireylerin Fonksiyonel Değerlendirme Bulgularının Tartışılması

Hasta kabulünde yapılan **fonksiyonel değerlendirmede**; maksimum yürüme mesafesi ($t=1.31$, $p>0.05$), yürüme yardımcılarının kullanımı ($t=.61$, $p>0.05$), sandalyeden kalkma ($t=1.51$, $p>0.05$), merdiven çıkma ($t=.98$, $p>0.05$), çalışma durumu ($t=1.14$, $p>0.05$), günlük işler ($t=.93$, $p>0.05$), ulaşım ($t= 2.15$, $p<0.05$), alt ekstremiteler

bakımı ($t=2.07$, $p<0.05$) bulguları karşılaştırıldığında; bireysel fonksiyonları gerçekleştirmede olgu ve kontrol grubu arasındaki fark, ulaşım ve alt ekstremitte bakımı haricinde istatistiksel olarak anlamlı değildir (**Tablo 3**). Bu sonuç Şendir'in (2000) çalışmasının ulaşım ve alt ekstremitte bakımı haricindeki diğer sonuçları ile uyumludur (185). Bu çalışmada her iki gruptaki bireylerin ameliyat öncesi dönemde ulaşım ve alt ekstremitte bakımını yerine getirmede zorluk yaşamaları konusunda benzer olmasının yaş grubu ve tek başına yaşamaması ile ilişkili olduğu, bu fonksiyonları yerine getirirken bir kişinin yardımını almasından dolayı bu sonucun ortaya çıkabileceği düşünülmüştür.

Tablo 3'de görüldüğü gibi, olgu ve kontrol grubundaki bireylerin ameliyat sonrası üçüncü aydaki fonksiyonel değerlendirme bulguları; maksimum yürüme mesafesi ($t= 4.08$, $p: 0.000$), yürüme yardımcılarının kullanımı ($t= 4.10$, $p: 0.000$), sandalyeden kalkma ($t= 2.00$, $p: 0.048$), merdiven çıkma ($t= 3.21$, $p:0.002$), çalışma durumu ($t= 1.05$, $p:0.297$), günlük işler ($t= 2.86$, $p: 0.005$), ulaşım ($t= 2.32$, $p:0.023$), alt ekstremitte bakımı ($t= 3.51$, $p: 0.001$) olarak saptanmış ve gruplar arasındaki fark çalışma durumu dışında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çalışma durumu konusunda her iki gruptaki bireyler arasında fark olmamasının, hastaların çoğunun mesleğinin ev hanımı ve emekli olması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. İstatistiksel olarak anlamlı çıkan diğer sonuçlar olgu grubundaki bireylerin ameliyattan daha fazla yarar gördüğünü ve telefon hemşireliği ile uygulanan bakımın etkili olduğunu göstermektedir. Şendir'in (2000) çalışmasında ise sadece maksimum yürüme mesafesi, merdiven çıkma ve ulaşım alt boyutlarında olgu ve kontrol grubu arasında ileri derecede anlamlılık olduğu saptanmıştır (185).

4.3.1. Maksimum Yürüme Mesafesi

Ameliyat sonrası 3. aydaki maksimum yürüme mesafesi açısından olgu ve kontrol grupları arasında ileri derecede anlamlı bir fark bulunmuştur ($t= 4.08$, $p: 0.000$). Bu sonuç Şendir'in çalışması ile uyumludur ($p<0.001$), (185). Gruplar arasında saptanan bu fark telefon hemşireliği ile uygulanan bakımın etkili olduğunu göstermektedir. Bireylerin ameliyat sonrası dönemde yürüme sırasında zorluk yaşadıkları ve gelişimlerinin birkaç ay içinde olduğu görülmektedir. Jergesen ve arkadaşları (1978) çalışmalarında, ameliyat öncesi döneme göre bireylerin $\frac{3}{4}$ 'ünün yürümelerinde gelişim görüldüğünü belirtmişlerdir (94). Aydın ve arkadaşları (1992), ameliyattan önce bireylerin %22.64'nün ev içinde dolaşabilir durumda olduklarını, ameliyat sonrası %87.93'nün ev içinde dolaşabilir duruma geldiklerini bildirmişlerdir (5). Bireylerin yürürken zorluk yaşamaları incelendiğinde, ameliyat öncesi 8.3 ± 1.6 olan zorluk puanı, 3. ayda 2.4 ± 2.4 , 6. ayda 1.3 ± 1.9 , 1. yılda 0.8 ± 1.5 ve 2. yılda 0.6 ± 1.2 olarak bulunmuştur (109). Norman-Taylor ve arkadaşları (1996) ameliyattan önce 31 hastadan 1'inin ciddi anlamda yürüme zorluğu yaşadığını ve sadece ev içinde yürüyebildiğini, ameliyat sonrası dönemde bu zorluğun ortadan kalktığını saptamışlardır (146). Hersekli ve Atik (1999) hastaların yürümelerinin bir yıl içinde geliştiğini belirlemişlerdir (84). Dal çalışmasında bireylerin büyük bir çoğunluğunun yürüme sırasında yardıma gereksinimi olduğunu ve yaklaşık $\frac{1}{3}$ 'ünün bağımsız yürüyebildiğini saptamıştır (36). Norton ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2000) kalça kırığı deneyiminden iki yıl sonra bireylerin %61.50'i toplumda mobil yaşarken, %17.50'nin belirli alanlara çıkabildiği, %19.70'nin evde yaşadığı, %1.50'nin yatak ya da sandalyeye bağımlı olduğu saptanmıştır (147).

4.3.2. Yürüme Yardımcılarının Kullanımı

Olgu ve kontrol grubundaki bireylerin ameliyat sonrası üçüncü ayda yürüme sırasında yardımcı araç kullanımı açısından iki grup arasında çok ileri derecede anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($t= 4.10$, $p: 0.000$). Şendir'in (2000) çalışmasında ise gruplar arasında bir fark olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır (185). Yürürken yardımcı araç kullanımı ile ilgili olgu ve kontrol grupları arasındaki bu fark telefon hemşireliği ile uygulanan bakımın yararlı olduğunu göstermektedir. Literatür incelendiğinde kalça protezi sonrası bireylerin birkaç ay yürüme araçlarına gereksinimi olduğu ve bu gereksinimin planlı eğitim programları ile azaltılabileceği görülmektedir. Jergesen ve arkadaşlarının (1978) çalışmasında, 16 kişiden oluşan çalışma grubunda yardımcı araca gereksinim duyma konusunda 11 hastada gelişme görülürken, 5 hastanın yürürken yardımcı araç kullanmaya devam ettiği belirlenmiştir (94). Aydın ve arkadaşlarının (1992) çalışmasında, ameliyat sonrasında 53 hastadan 5'inin yürürken yardımcı araca gereksinim duyduğu belirtilmiştir (5). Norton ve arkadaşları (2000) kalça kırığı deneyiminden iki yıl sonra tekerlekli sandalye kullanmayanların oranının %89.40, genelde kullananların %9.00, günün çoğunda kullananların %2.00, her zaman kullananların %0.03 olduğunu bildirmiştir. Aynı çalışmada yürürken yardımcı araç kullanmayanların oranı %50.30 iken, genelde kullanan %13.60, günün çoğunda kullanan %14.30 ve her zaman kullanan %21.60'dır (147). Hypnar ve Anderson'un çalışmasında (2001) evde bakım programı sonrası kalça protezi uygulanan hastaların altıncı hafta sonunda tamamının yürürken yardımcı araç kullanmadan bağımsız yürüyebildiklerini saptamıştır (89).

4.3.3. Sandalyeden Kalkma

Tablo 3'de görüldüğü gibi, olgu ve kontrol grubundaki bireylerin ameliyat sonrası üçüncü aydaki sandalyeden kalkma ($t= 2.00$, $p: .048$) puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır. Buna göre telefon ile uygulanan hemşirelik bakımının yararlı olduğu söylenebilir. Şendir'in (2000) çalışmasında sandalyeden kalkma açısından gruplar arasında fark olmadığı ($p>0.05$) bulunmuştur (185). Jergesen ve arkadaşlarının (1978) çalışmasında ameliyat öncesi döneme göre çalışmaya katılan 16 hastanın 8'inde sandalyeden kalkarken zorluk yaşama azalırken, 8 hasta sandalyeden kalkarken zorluk yaşamaya devam etmiştir (94). Aydın ve arkadaşlarının (1992) çalışmasında, ameliyat öncesi dönemde 1 hasta sandalyeden kalkamazken, ameliyattan sonra sandalyeden kalkma sorununun ortadan kalktığı bildirilmiştir (5).

4.3.4. Merdiven Çıkma

Her iki gruptaki bireylerin ameliyat sonrası üçüncü ayda merdiven çıkmalarının ($t= 3.21$, $p: 0.002$) farklı olduğu (**Tablo 3**), bu sonucun Şendir'in (2000) çalışması ile uyum gösterdiği ($p<0.01$) belirlenmiştir (185). Buna göre telefon hemşireliğinin etkin olduğu düşünülmüştür. Jergesen ve arkadaşlarının (1978) çalışmasında, 16 kişilik örneklem grubunda 11 hastada merdiven çıkma durumunda gelişim görülürken, 5 hastada herhangi bir değişim olmamıştır (94). Aydın ve arkadaşlarının (1992) çalışmasında, ameliyat sonrası dönemde 53 hastadan ikisinin merdiven çıkamaz durumda olduğu saptanmıştır (5).

4.3.5. Çalışma Durumu

Tablo 3'de görüldüğü gibi, olgu ve kontrol grubundaki bireylerin çalışma durumu ($t= 1.05$, $p: 0.297$) açısından ameliyattan sonra 3. ayda da fark olmadığı, bu durumun Şendir'in çalışması ile uyumlu olduğu ($p<0.05$) bulunmuştur (185). Çalışmada elde edilen bu sonucun bireylerin yaşlı olması ve çoğunun ev hanımı ve emekli olması ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Jergesen ve arkadaşlarının (1978) çalışmasında hastaların hiçbiri ($n=16$) ameliyattan sonra çalışma ortamına geri dönememiştir (94). Aydın ve arkadaşlarının (1992) çalışmasında, 53 kişilik örnekleme daha önceden işi olan iki hastanın ameliyat sonrası işine geri dönemediği belirlenmiştir (5). Norman-Taylor (1996) ameliyattan önce 31 hastadan 1'inin çalışmadığını, ameliyat sonrası dönemde bu zorluğun ortadan kalktığını saptamışlardır. Ameliyattan önce çalışma ortamında orta düzeyde 4 kişi, ciddi düzeyde 8 kişi sınırlılık yaşarken, ameliyattan sonra 1 kişide hafif zorlanma görülmüştür (146). Kalça protezi sonrası hastaların yaşam kalitesinin iş yaşamına dönme haricinde gelişim gösterdiği bildirilmiştir (52).

4.3.6. Günlük İşler

Tablo 3 incelendiğinde, olgu ve kontrol grubundaki bireylerin ameliyat sonrası üçüncü ayda günlük işleri ($t= 2.86$, $p: 0.005$) yerine getirme konusunda farklılık gösterdiği görülmektedir. Buna göre telefon ile yapılan hemşirelik bakımının yararlı olduğu söylenebilir. Bu sonuç, Şendir'in çalışması ile uyumluluk ($p>0.05$) göstermemektedir (185). Jergesen ve arkadaşları (1978) kalça protezi ameliyatından sonra 16 hastadan 7'sinin ev işlerini yapma konusunda gelişme gösterdiklerini, 9 hastada bu konuda herhangi bir değişim görülmediğini saptamışlardır (94). Aydın ve arkadaşlarının (1992) çalışmasında, 53 hastadan 7'sinde ameliyat sonrası dönemde ev

işlerini yapabilecek kapasitenin olmadığı bulunmuştur (5). Norman-Taylor ve arkadaşları (1996) ameliyattan önce 31 hastadan 4'ünün orta düzeyde, 8'inin ciddi düzeyde ev işleri yaparken zorlandıklarını; bu sınırlılığın ameliyattan sonra 1 kişide hafif zorlanma şeklinde devam ettiğini belirlemişlerdir (146).

4.3.7. Ulaşım

Olgu ve kontrol grubundaki bireylerin ameliyat sonrası üçüncü aydaki ulaşım ($t=2.32$, $p: 0.023$) puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiş, (**Tablo 3**), buna göre telefon hemşireliği ile uygulanan bakımın yararlı olduğu düşünülmüştür. Bu sonucun Şendir'in çalışması ile uyumlu olduğu ($p<0.001$) saptanmıştır (185). Jergesen ve arkadaşlarının (1978) çalışmasında 16 hastadan 5'inde ulaşım aktivitelerinde gelişme görülürken, 9 hastada herhangi bir değişiklik olmamıştır (94). Aydın ve arkadaşlarının (1992) çalışmasında, ameliyat öncesinde 53 hastadan üçünde hiçbir **ulaşım** aktivitesi görülmemiş ve bu kişilerin ameliyat sonrası dönemde de durumlarının değişmediği saptanmıştır (5). Dal'ın çalışmasında (2002), bağımsız bir şekilde ulaşımını gerçekleştirebilen birey oranı %39.20, ulaşım sırasında yardıma gereksinim duyanların oranı %44.90, bağımlı olanların oranı %15.90 olarak bulunmuştur (36).

4.3.8. Alt Ekstremitte Bakımı

Tablo 3'de görüldüğü gibi, ameliyat sonrası üçüncü aydaki alt ekstremitte bakımının ($t= 3.51$, $p: 0.001$) gruplar arasında anlamlı bir fark oluşturduğu fakat bu farkın Şendir'in çalışması ile benzerlik göstermediği ($p>0.05$) saptanmıştır (185). Buna göre telefon hemşireliğinin etkin olduğu söylenebilir. Jergesen ve arkadaşlarının (1978) çalışmasında 16 hastadan 5 tanesi ameliyattan sonra alt ekstremitte bakımını

yapabilirken, 10 hasta ameliyat öncesi dönemdeki düzeyde yerine getirebilmiştir (94). Aydın ve arkadaşlarının (1992) çalışmasında, 53 kişiden oluşan hasta grubunda **alt ekstremitte bakımını** bağımsız gerçekleştiremeyen üç hastanın, ameliyat sonrası dönemde de bağımlılığının devam ettiği belirlenmiştir (5).

Olgu grubundaki bireylerin hastaneye kabulde elde edilen fonksiyonel değerlendirme toplam puanı 62.61 ± 17.95 iken, ameliyattan üç ay sonra elde edilen fonksiyonel değerlendirme toplam puanı 75.45 ± 18.71 olup, puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı fark oluşturmuştur ($t=6.83$, $p<0.001$), (**Tablo 4**). Buna göre olgu grubundaki bireylerin ameliyattan yarar gördükleri ve telefon ile uygulanan hemşirelik bakımının etkin olduğu söylenebilir. Elde edilen bu sonuç Şendir'in (2000) çalışması ile uyumludur ($p<0.001$), (185).

Kontrol grubundaki bireylerin hastaneye kabulde elde edilen fonksiyonel değerlendirme toplam puanı 62.40 ± 22.50 iken, ameliyattan üç ay sonra elde edilen fonksiyonel değerlendirme toplam puanı 68.22 ± 22.38 olarak bulunmuştur. Kontrol grubundaki bireylerin hastaneye kabulde ve ameliyattan üç ay sonra elde edilen fonksiyonel değerlendirme toplam puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=-1.90$, $p>0.05$), (**Tablo 4**). Bu sonuç Şendir'in (2000) çalışması ile uyumlu ($p>0.05$) olup (185), kontrol grubundaki bireylerin ameliyattan yeterince yarar göremedikleri, verilen eğitimden yeterince yararlanamadıkları ve özbakımlarını yerine getirmede zorluk yaşadıkları şeklinde yorumlanabilir.

Olgu ve kontrol grubundaki bireylerin hastaneye kabulde elde edilen fonksiyonel değerlendirme toplam puanları karşılaştırıldığında elde edilen sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t=2.35$, $p>0.05$). Bu sonuç bireylerin olgu ve kontrol grupları dağılımının eşit yapıldığına işaret etmektedir. Olgu ve kontrol grubundaki bireylerin

ameliyattan üç ay sonra elde edilen fonksiyonel değerlendirme toplam puanları karşılaştırıldığında elde edilen sonuç çok ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($t=3.91$, $p<0.001$), (**Tablo 4**) ve sonuç Şendir'in (2000) çalışması ile benzerlik göstermektedir ($p<0.001$), (185).

Sonuç olarak kalça protezi ameliyatının bireylerin yürüme ve fonksiyonel durumunun geliştiği, olgu grubundaki bireylerin ameliyattan daha fazla yarar gördüğü ve telefon hemşireliği ile uygulanan bakımın etkin olduğu düşünülmüştür. Kalça protezi sonrası hastalarda fonksiyonel gelişim olduğunu gösteren birçok çalışma yapılmaktadır. Bu sonuca göre kalça protezi uygulanan hastaların ağrı ve fonksiyonel yetersizlikleri azalmakta, memnuniyetleri ve yaşam kaliteleri gelişmektedir denebilir. O'Boyle ve arkadaşları (1992) kalça protezi sonrası hastaların yaşam kalitelerinin geliştiğini ve sosyal yaşama katılımlarının postoperatif dönemin 6. ayında daha çok olduğunu saptamıştır (150). Hersekli ve Atik'in (1999) çalışmasında kalça protezi uygulanan bireylerin yürüme ve fonksiyonel durumunun geliştiği bildirilmiştir (84). Ethgen ve arkadaşları (2004) total kalça protezi uygulanan hastalara ilişkin yaptığı sistematik tarama çalışmasında; kalça protezi uygulanan hastaların fonksiyonlarını geri kazandıkları ve hastaların sosyal yaşamın iş boyutu haricinde sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ameliyat sonrası dönemde oldukça geliştiğini belirlemiştir (52). Doğumsal kalça çıkığı ve displazisi tedavisinde kullanılan çimentosuz kalça protezi sonucunda hastaların fonksiyonel gelişim gösterdiği, ağrıda azalma olduğu ve yürüme mesafesinin arttığı görülmüştür (15). Dawson ve arkadaşları (1996) kalça protezi uygulanan hastaların ağrısında azalma olduğunu, fiziksel ve sosyal fonksiyonlarında gelişim gösterdiklerini, ruhsal ve fiziksel sınırlılık düzeylerinin azaldığını saptamıştır (37). Laupacis ve arkadaşları (1993) osteoartrozu olan ve kalça protezi uygulanan hastalarda

sağlığa ilişkin yaşam kalitesi, fiziksel fonksiyon, sosyal etkileşim ve yürüme alanlarında gelişmelerinin genel olarak üç ay içinde geliştiğini belirtmektedir (111).

4.4. Bireylerin Kalça Değerlendirme Bulgularının Tartışılması

Hasta kabulünde kalça değerlendirme anketi değerlendirme sonucunda; kalça ağrısı ($t = -1.09$, $p > 0.05$), banyo yapma ($t = -2.18$, $p > 0.05$), ulaşım ($t = -1.01$, $p > 0.05$), çorap giyme ($t = -1.20$, $p > 0.05$), alışveriş yapma ($t = -.87$, $p > 0.05$), yürüme süresi ($t = -1.34$, $p > 0.05$), merdiven çıkma ($t = -1.66$, $p > 0.05$), sandalyeden kalkarken ağrı ($t = -1.60$, $p > 0.05$), yürürken topallama ($t = .70$, $p > 0.05$), ani/ciddi kalça ağrısı ($t = .43$, $p > 0.05$), genel olarak işlerin etkilenmesi ($t = -1.40$, $p > 0.05$), gece yatakta ağrı ($t = -.39$, $p > 0.05$) açısından olgu ve kontrol grubu arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir (**Tablo 5**). Bu sonuç, bireylerin benzer özellikler gösterdiğini ve bireylerin her iki gruba eşit olarak dağılımının bir göstergesi olup, Şendir'in (2000) çalışması ile uyumluluk göstermiştir (185).

Olgu ve kontrol grubunun ameliyat sonrası üçüncü aydaki kalça değerlendirme bulguları; kalça ağrısı ($t = -2.63$, $p < 0.01$), banyo yapma ($t = -3.43$, $p < 0.001$), ulaşım ($t = -4.15$, $p < 0.001$), çorap giyme ($t = -4.15$, $p < 0.001$), alışveriş yapma ($t = -3.07$, $p < 0.01$), yürüme süresi ($t = -3.52$, $p < 0.001$), merdiven çıkma ($t = -3.05$, $p < 0.01$), sandalyeden kalkarken ağrı ($t = -2.93$, $p < 0.01$), yürürken topallama ($t = -1.99$, $p < 0.05$), ani/ciddi kalça ağrısı ($t = -1.22$, $p > 0.05$), genel olarak işlerin etkilenmesi ($t = -3.54$, $p < 0.01$), gece yatakta ağrı ($t = -3.41$, $p < 0.01$) şeklinde olup, sonuçlar ani/ciddi kalça ağrısı haricinde anlamlı bulunmuştur (**Tablo 5**). Elde edilen sonuçlar Şendir'in (2000) çalışmasında elde ettiği sonuçlar ile ani/ciddi kalça ağrısı dışında uyumluluk göstermektedir (185). Bu veriler doğrultusunda

kalça eklemının fonksiyonel durumunun olgu grubunda kalçada ani/ciddi ağrı dışında anlamlı derecede farklı bir iyileşme gösterdiği görülmektedir.

4.4.1. Kalça Ağrısı

Ameliyattan üç ay sonra olgu ve kontrol grupları arasında kalça ağrısı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($t=-2.63$, $p:0.01$) ve Şendir'in (2000) çalışmasına göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir (185). Dal'ın (2002) yaptığı çalışmada bireylerin kalça protezinden sonra %12.50'inde ağrı olduğu belirlenmiştir (36). Literatür incelendiğinde, kalça protezi sonrası ağrı 3. ayda azalmaya başlamış, en iyi sonuçlar 6.ayda alınmıştır (15, 61, 84, 102, 111, 174).

4.4.2. Banyo Yapma

Banyo yapma açısından ameliyattan üç ay sonra olgu ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark olduğu ($t:-3.43$, $p: 0.001$), sonucun Şendir'in (2000) çalışmasıyla uyumlu olduğu ($p<0.01$) belirlenmiştir (185). Laupacis ve arkadaşları (1993), ameliyat öncesi dönemde bireylerin banyo küvetine girip çıkarken yaşadıkları zorlanma düzeyinin 7.20 ± 2.30 olduğunu, ameliyattan sonra 3. ayda bu zorlanmanın azalmaya başladığını (2.30 ± 2.20), 6. ayda daha az zorlanarak banyo küvetine girip çıkabildikleri (1.20 ± 1.80), 1. yılda bu konuda gelişim gösterdikleri (0.50 ± 1.20) ve en iyi gelişmenin 2. yılda (0.50 ± 1.70) olduğu belirlenmiştir (111). Dal'ın çalışmasında (2002), bağımsız bir şekilde banyo yapabilen birey oranı %36.20, yardıma gereksinim duyan %53.60, bağımlı olan %10.20 olarak belirlenmiştir (36).

4.4.3. Ulaşım

Tablo 5 incelendiğinde, olgu ve kontrol grupları arasında ulaşım açısından oldukça anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($t=-4.15$, $p<0.001$). Bu sonuç Şendir'in (2000) elde ettiği sonuç ile uyumluluk göstermektedir (185). Dal'ın çalışmasında (2002), bağımsız bir şekilde ulaşımını gerçekleştirebilen birey oranı %39.20, ulaşım sırasında yardıma gereksinim duyanların oranı %44.90, bağımlı olanların oranı %15.90 olarak bulunmuştur (36). Lacupacis ve arkadaşları (1993), hastaların ameliyat öncesi dönemde ulaşım araçlarına binerken zorluk yaşadıklarını, ameliyat sonrası dönemlerde ise bu zorluğun azaldığını belirlemişlerdir (111).

4.4.4. Çorap Giyme

Olgu ve kontrol grubundaki bireylerin ameliyattan 3 ay sonra çorap giymede gösterdikleri aktiviteler değerlendirildiğinde, puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı olduğu ($t=-4.15$, $p<0.001$) ve sonucun Şendir'in (2000) çalışmasıyla benzer olduğu bulunmuştur (185). Dal'ın çalışmasında (2002), bağımsız giyinebilenler %44.90 iken, yardıma gereksinim duyanlar %47.90, bağımlı olanlar %7.20 olarak saptanmıştır (36). Laupacis ve arkadaşları romatoid artriti olan bireylerle yaptığı çalışmada (1993), bireylerin ayakkabı ya da çorap giyerken yaşadığı zorlukların kalça protezi ameliyatından sonra azaldığını saptamışlardır (111).

4.4.5. Alışveriş Yapma

Tablo 5'te görüldüğü gibi, alışveriş yapma açısından olgu ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t:-3.07$, $p<0.01$). Bu sonuç Şendir'in (2000) çalışması ile uyumluluk göstermektedir (185). Norman-Taylor ve arkadaşları (1996) ameliyattan önce 31 hastadan 1'inin alışveriş yapamadığını, ameliyat sonrası dönemde bu zorluğun ortadan kalktığını saptamışlardır. Ameliyattan önce alışverişe gitmekte orta derecede zorlanan 4 hasta, ciddi anlamda zorlanan 8 hasta varken; ameliyattan sonra sadece 1 kişinin hafif zorlandığı belirlenmiştir (146). Dal çalışmasında (2002), alışveriş yapan bireylerin %46.40'nün yardıma gereksinim duyduğunu, %37.70'nin bağımsız bir şekilde alışverişini gerçekleştirebildiğini ve %15.90'nun da alışveriş konusunda bir başka kişiye bağımlı olduğunu belirlemiştir (36).

4.4.6. Yürüme Mesafesi

Bireylerin yürüme mesafesi incelendiğinde olgu ve kontrol grupları arasındaki farkın ileri derecede anlamlı olduğu görülmektedir ($t:-3.52$, $p:0.001$). Bu sonuç Şendir (2000) tarafından yapılan çalışma sonucu ile benzerlik göstermektedir (185). Elde edilen sonuçlar literatür ile uyumlu olup, hastaların kalça protezi ameliyatından sonra yürümelerinin birkaç ayda gelişim gösterdiği görülmektedir (5, 84, 94, 111).

4.4.7. Merdiven Çıkma

Olgu ve kontrol grubundaki bireylerin ameliyattan sonra 3. aydaki merdiven çıkma puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu ($t:-3.05$, $p<0.01$), sonucun Şendir'in (2000) çalışması ile uyumlu olduğu saptanmıştır (**Tablo 5**), (185). Lacupacis ve arkadaşlarının çalışmasında (1993) ameliyat öncesi dönemde merdiven inip çıkarken zorlanan hastaların, kalça ameliyatı sonrası yaşadıkları zorlukların azaldığı saptanmıştır (111). Hypnar ve Anderson'un çalışmasında (2001), kalça protezi uygulanan bireylerin %50.00'nin merdivenleri inip çıkabildikleri belirlenmiştir (89).

4.4.8. Sandalyeden Kalkarken Ağrı

Sandalyeden kalkarken ağrı puan ortalamaları incelendiğinde, gruplar arası farkın anlamlı olduğu ($t:-2.93$, $p<0.01$), benzer sonucun Şendir'in (2000) çalışmasında da görüldüğü belirlenmiştir (185). Lacupacis ve arkadaşları (1993) hastaların ameliyat öncesi dönemde sandalyede ½-1 saat oturmada zorlandıklarını, ameliyat sonrası dönemlerde ise bu zorluğun azaldığını bulmuşlardır (111).

4.4.9. Yürürken Topallama

Tablo 5'te olgu ve kontrol grubundaki bireylerin yürürken topallama bulguları yer almakta, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmektedir ($t:-1.99$, $p<0.05$). Bu sonuç Şendir'in (2000) elde ettiği sonuç ile uyumludur (185). Laupacis ve arkadaşları (1993), ameliyat öncesi dönemde yürürken topallama puan ortalaması 8.60 ± 1.40 olan bireylerin, ameliyattan sonra 3. ayda topallamalarının azalmaya başladığını (3.10 ± 2.90), 6. ayda topallamalarının daha da azaldığını (1.40 ± 2.20), 1. yılın

sonunda yürürken topallamalarının hemen hemen kalmadığını (1.00±1.90) ve 2. yılın sonunda hiç topallamadıklarını belirlemişlerdir (111).

4.4.10. Ani/ciddi Kalça Ağrısı

Ameliyattan 3 ay sonra olgu ve kontrol gruplarındaki bireylerin ani/ciddi kalça ağrısı puanları değerlendirildiğinde, gruplar arası farkın anlamlı olmadığı (t:-1.22, p>0.05), Şendir'in (2000) çalışmasında da benzer sonucun görüldüğü belirlenmiştir (185).

4.4.11. Genel Olarak İşlerin Etkilenmesi

Genel olarak işlerin etkilenmesi açısından olgu ve kontrol grupları arasında fark vardır (t:-3.54, p:0.01). Elde edilen bu sonucun Şendir'in (2000) ulaştığı sonuç ile uyuşmadığı saptanmıştır (185). Dal'ın çalışmasında (2002), ev işlerini yaparken yardıma gereksinim duyanlar %50.70 oranında iken, bağımsız olanların oranı %33.40, bağımlı olanların oranı %15.90 olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmada (2002) kendi beslenmesini bağımsız bir şekilde yerine getiren birey oranı %58.00 iken, yardıma gereksinim duyanların oranı %33.40, bağımlı olanların oranı %8.60 olarak bulunmuştur. Dal (2002), bireylerin %43.40'nün yiyecek hazırlarken yardıma gereksinim duyduğunu, %42.20'nin bağımsız bir şekilde yiyeceğini hazırlayabildiğini, %14.40'nün bir başkasına bağımlı olarak hazırlayabileceğini belirlemiştir (36).

4.4.12. Gece Yatakta Ağrı

Tablo 5'te de görüldüğü gibi, ameliyattan sonra 3. ayda olgu ve kontrol grupları arasında gece yatakta ağrı açısından anlamlı bir fark ($t:-3.41$, $p:0.01$) bulunmuş olup, bu sonucun Şendir'in (2000) elde ettiği sonuçtan farklılık gösterdiği görülmüştür (185). Laupacis ve arkadaşlarının (1993) yaptığı çalışmada ameliyat öncesi dönemde 8.1 ± 1.5 olan gece ağrısı ameliyattan sonra 3. ayda 1.40 ± 1.90 ; 6. ayda 0.80 ± 1.50 , 1.yılda 0.60 ± 1.60 ve 2. yılda 1.30 ± 2.40 olarak saptanmıştır (111).

Olgu grubundaki bireylerin hastaneye kabulde (37.90 ± 9.70) ve ameliyattan üç ay sonra (19.54 ± 7.69) elde edilen kalça değerlendirme toplam puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=12.69$, $p<0.001$), (**Tablo 5**). Bu sonuç doğrultusunda, olgu grubundaki bireylerin ameliyattan yarar gördükleri, aldıkları telefon hemşireliği bakımının etkili olduğu ve kalça eklemindeki fonksiyonel gelişimin son derece iyi olduğu söylenebilir.

Kontrol grubundaki bireylerin hastaneye kabulde (40.70 ± 12.72) ve ameliyattan üç ay sonra (27.09 ± 9.57) elde edilen kalça değerlendirme toplam puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=7.57$, $p<0.01$), (**Tablo 6**). Bu durumda kontrol grubundaki bireylerin aldıkları tedavi ve bakım hizmetlerinden yararlandıkları, kalça eklemine fonksiyonel ilerlemenin çok iyi olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Olgu ve kontrol grubundaki bireylerin hastaneye kabulde elde edilen kalça değerlendirme toplam puanları karşılaştırıldığında elde edilen sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t=-1.42$, $p>0.05$) ve Şendir'in (2000) çalışması ile uyumludur ($p>0.05$), (185). Bu sonuç bireylerin benzer özelliklere sahip olması ile ilişkili olup, aynı zamanda olgu ve kontrol grubuna dağılımlarının eşit yapıldığının bir göstergesidir. Olgu ve

kontrol grubundaki bireylerin ameliyattan üç ay sonra elde edilen kalça değerlendirme toplam puanı karşılaştırıldığında elde edilen sonuç çok ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($t=-4.07$, $p<0.001$), (**Tablo 6**). Bu durum, olgu grubundaki bireylerin ameliyattan yarar gördükleri ve aldıkları telefon hemşireliği bakımından yararlandıkları şeklinde yorumlanabilir.

Yapılan çalışmalar kalça protezi ameliyatlarından sonra bireylerin kalça eklemindeki fonksiyonel durumunun iyileşme gösterdiğini, bu iyileşmenin en erken üçüncü ayda görüldüğünü göstermektedir (5, 37, 94, 150, 174, 177).

4.5. Olgu Grubundaki Bireylerin Taburculuk Sonrası Telefon ile Evde İzlem Bulguları ile Olgu ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Ameliyat Sonrası 3. Ayda Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumlarının Tartışılması

Bu bölümde olgu grubundaki bireylerin taburculuk sonrası 1. hafta, 1. ay, 2. ay ve 3. aydaki telefon ile izlem bulguları ile olgu ve kontrol grubundaki bireylerin ameliyat sonrası 3. aydaki sonuç kriterlerine ulaşma durumları birlikte tartışılmıştır.

4.5.1. Ağrı İzlemi

Olgu grubundaki bireylerin kalça ağrılarının ameliyat sonrası üç ay devam ettiği ve ağrı düzeylerinin kademeli olarak azaldığı saptanmıştır. Birinci haftada bireylerde orta (%47.70, n=21) ve hafif (%38.60, n=17) şiddette ağrı olduğu; birinci ayda ağrı düzeyinin %40.90 oranında hafif (n=18), %29.50 oranında orta (n=13) olduğu ve %18.20'de (n=8) ağrı oluşmadığı; ikinci ayda hafif ağrısı olanların %47.70 (n=21), orta derecede ağrısı olanların %15.90 (n=7) ve ağrısı olmayanların %36.40 (n=16) olduğu görülmektedir. Bireylerin 3. aydaki ağrı düzeylerinde genel olarak bir azalma görüldüğü, ağrısı olmadığını ifade eden birey oranının %52.30 (n=23); hafif ağrısı olanların oranının %27.30 (n=12), orta şiddette ağrısı olanların oranının %20.50 (n=9) olduğu bulunmuştur. Kalça protezi uygulanan olgu grubundaki bireylerin taburculuk sonrası periyodik izlemlerinde ağrı puan ortalamaları arasında anlamlı derecede fark olduğu saptanmıştır (F= 4.65, p<0.001), (**Tablo 7**). Ağrı puanı açısından; birinci hafta ile birinci ay arasında anlamlı bir fark olmadığı (p>0.05); birinci hafta ile ikinci ve üçüncü ay arasındaki farkın anlamlı olduğu (p<0.05); birinci ay ile ikinci ve üçüncü ay arasında anlamlı bir fark varken (p<0.01); ikinci ay ile üçüncü ay arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (p>0.05). Bu sonuçlara göre olgu grubundaki bireylerde kalça eklemine oluşan ağrı şiddetinin birinci hafta ve birinci ayda benzer olduğu; birinci ay

ve ikinci ayda ağrının giderek azaldığı, ikinci ay ile üçüncü aydaki ağrının benzer olduğu bulunmuştur (**Tablo 7**).

Kontrol grubunda üçüncü aydaki ağrı düzeyleri incelendiğinde ağrısı olmayan %15.90 (n=7), hafif düzeyde ağrısı olan %77.30 (n=34), orta şiddette ağrısı olan %6.80 (n=3) olup, olgu ve kontrol grubunun üçüncü ay kalça ağrı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (t:-2.63, p<0.05), (**Tablo 22**). Bu sonuç doğrultusunda telefon ile yapılan izlemin olgu grubundaki bireylerin ağrı yönetiminde etkili olduğu söylenebilir.

Literatür incelendiğinde kalça protezi sonrası ağrının giderek azaldığı görülmektedir. Laupacis ve arkadaşları romatoid artritli olan bireylerle yaptıkları çalışmada (1993), ameliyat öncesi 7.30 ± 2.00 olan ağrı düzeyini, kalça protezi ameliyatından sonra 3. ayda 1.80 ± 1.90 , 6. ayda 0.9 ± 1.4 , 1. yıl sonunda 0.40 ± 0.70 , 2. yıl sonunda ise 0.80 ± 2.20 olarak belirlemişlerdir (111). Kirwan ve arkadaşları çalışmalarında (1994) bireylerin total kalça protezi ameliyatından sonra ağrılarının azaldığını saptamışlardır (102). Fortin ve arkadaşları (1999) yüksek fiziksel fonksiyona sahip bireylerin ağrı düzeyinin ameliyat öncesi dönemde 8.50 ± 3.30 'den (WOMAC) ameliyattan 6 ay sonra 1.90 ± 2.20 'ye düştüğünü; düşük fiziksel fonksiyona sahip bireylerin ağrı düzeyinin ameliyat öncesi dönemde 12.20 ± 3.50 'tan ameliyattan 6 ay sonra 3.70 ± 3.80 'e düştüğünü saptamıştır (61). Shields, Enloe ve Leo'nun (1999) kalça protezi uygulanan hastaların ağrı düzeylerini SF-36'ya göre 0. 3. ve 6. ayda izledikleri çalışmada; 0. ayda ağrı puanını 32.74 ± 17.84 , 3. ayda 66.84 ± 21.19 , 6. ayda ise 72.16 ± 22.52 olarak saptamışlardır (174). Hersekli ve Atik (1999) kalça protezi uygulanan bireyleri bir yıl sonra UCLA kalça değerlendirme ölçeğine göre değerlendirmişler; total kalça protezi uygulananlarda ağrı puanını 8.28, bipolar kalça

protezi uygulananlarda 7,82, unipolar kalça protezi uygulananlarda 8.22 olarak saptamışlardır (84). Şendir'in (2000) çalışmasında ise olgu ve kontrol grupları arasında kalça ağrısı açısından fark olmadığı görülmektedir (185). Bilgen ve arkadaşları (2001), kalça protezi uygulanan bireylerde ameliyat öncesi döneme göre azalma olduğunu, d'Aubigné kalça değerlendirme ağrı puanının ameliyat öncesi 3.10, ameliyat sonrası 5.40 olduğunu belirlemişlerdir (15). Dal'ın (2002) yaptığı çalışmada bireylerin %12.50'inde ağrı olduğu belirlenmiştir (36).

4.5.2. Günlük Yaşam Aktiviteleri Açısından İzlem Sonuçları

4.5.2.1. Günlük Aktiviteler Açısından İzlem Sonuçları

4.5.2.1.1. Ev İçinde Yürürken Ağrı

Olgu grubundaki bireylerin 1. haftada ev içinde yürürken ağrı düzeyine ilişkin bulguları incelendiğinde; bireylerin yarısında (%50.00, n=22) orta düzeyde ağrı, %38.60'sında (n=17) hafif düzeyde ağrı olduğu; birinci ayda bireylerin %38.60'sında (n=17) ev içinde yürürken orta düzeyde, %27.30'ünde (n=12) hafif düzeyde ağrı olduğu ve %29.50'inde (n=13) ağrı oluşmadığı bulunmuştur. Bireylerin yarısında (%50.00, n=22) 2. ayda ev içinde yürürken ağrı oluşmadığı; hafif ağrının %40.9 (n=18) oranında olduğu saptanmıştır. Üçüncü ayda ev içinde yürürken ağrı görülmemesi oranı %52.30 iken (n=23), hafif düzeyde ağrı %43.20 (n=19) olarak saptanmıştır. Ev içinde yürürken ağrı puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (F=3.301, p:0.030). Yapılan ileri analizde; birinci hafta ile birinci, ikinci ve üçüncü ay arasındaki fark anlamlı iken (p<0.01); birinci ay ile ikinci ve üçüncü ay; ikinci ay ile üçüncü ay arasında farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur (p>0.05), (**Tablo 8**). Bu sonuca göre, birinci hafta ev içinde yürürken oluşan ağrının yoğun olduğu ve giderek azaldığı; birinci, ikinci ve üçüncü ay ağrı özelliklerinin benzer olduğu ve fark oluşturmadığı görülmüştür.

Kontrol grubundaki bireylerin %59.10'i (n=26) ev içinde yürürken hafif düzeyde, %13.60'ı (n=6) orta düzeyde ağrı oluştuğunu belirtirken, %27.30'ü (n=12) ağrılarının oluşmadığını ifade etmiştir. Üçüncü ayda ev içerisinde yürürken ağrı açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=-2.21$, $p<0.05$), (**Tablo 22**). Bu sonuca göre, ev içinde yürürken ağrı yönetiminde telefon ile hasta izleminin yararlı olduğu görülmüştür.

Elde edilen sonuçlar literatür ile uyumlu olup, bireylerin kalça protezi ameliyatından sonra yürümelerinin birkaç ayda gelişim gösterdiği görülmektedir. Jergesen ve arkadaşlarının (1978) çalışmalarında, 16 kişiden oluşan örneklem grubunda yürüme açısından ameliyat öncesi döneme göre 12 hastada gelişim görülürken, 4'nde herhangi bir gelişme görülmemiştir (94). Aydın ve arkadaşlarının (1992) çalışmalarında, 53 hastanın 12'si ameliyat öncesi ev içinde dolaşabilir durumdayken, ameliyat sonrası 51 hasta ev içinde dolaşabilir duruma gelmiştir (5). Laupacis ve arkadaşları (1993) bireylerin yürürken yaşadıkları zorluğun ameliyattan sonra 2. yılın sonunda oldukça azaldığını saptamışlardır (111). Dal (2002) ameliyattan sonra bireylerin yaklaşık 2/3'ünün yürürken yardıma gereksinim duyduğunu belirlemiştir (36). Hersekli ve Atik (1999) bireylerin yürümesinin bir yıl sonra en iyi düzeye geldiğini belirlemişlerdir (84).

4.5.2.1.2. Egzersiz Yaparken Ağrı

Olgu grubundaki bireylerde 1. haftada egzersiz sırasında orta (%43.20, n=19) ve hafif (%36.40, n=16) düzeyde ağrı oluştuğu; 4 kişinin hiç egzersiz yapmadığı (%9.1); birinci ayda bireylerin %36.40'ünün (n=16) hafif, %29.50'inin (n=13) orta düzeyde ağrısı bulunurken, %22.70'sinde (n=2) ağrı görülmediği ve %9.10'inin de (n=4) düzenli egzersiz yapmadığı belirlenmiştir. İkinci ayda bireylerin %45.50'inde (n=20) egzersiz sırasında ağrı görülmezken, %45.50'inde (n=20) hafif düzeyde ağrı görüldüğü, düzenli

egzersiz yapmayanların %4.50 (n=2) olduğu belirlenmiştir. Üçüncü ayda bireylerin %4.50'i (n=2) hiç egzersiz yapmazken, %47.70'sinde (n=21) egzersiz sırasında ağrı oluşmadığı; hafif düzeyde ağrı oranının %45.50 (n=20) olduğu saptanmıştır. Kalça protezi uygulanan olgu grubundaki bireylerin taburculuk sonrası 1. hafta, 1. ay, 2. ay ve 3. aydaki egzersiz yaparken ağrı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (F=1.847, p: 0.154). Olgu grubundaki bireylerin egzersiz yaparken ağrılarının tüm izlem periyotlarında benzer olduğu görülmektedir. Laupacis ve arkadaşları (1993) yaptıkları çalışmada, ameliyat öncesi egzersiz yaparken 8.20 ± 1.60 olan zorlanma düzeyi, kalça protezi ameliyatından sonra 3. ayda 2.70 ± 2.80 , 6. ayda 1.70 ± 2.40 , 1. yıl sonunda 1.50 ± 2.70 , 2. yıl sonunda ise 0.40 ± 0.90 olarak bildirmişlerdir (111). Dal çalışmasında (2002), bireylerin %20.00'nin egzersiz ve yürüyüş programına düzenli uymadıklarını belirtmiştir (36).

Kontrol grubundaki bireylerin %27.30'ü (n=12) 3. ayda egzersiz yaparken hafif düzeyde ağrı oluştuğunu, %22.70'si (n=10) egzersiz sırasında ağrı oluşmadığını bildirmişlerdir. Egzersiz yapmayanlar %36.40 (n=16) olarak belirlenmiştir. Üçüncü ayda egzersiz sırasında ağrı açısından olgu ve kontrol grupları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($t=-1.77$, $p<0.05$), (**Tablo 22**). Olgu grubunda egzersiz sırasında ağrı yönetiminde telefon hemşireliğinin etkin olduğu görülmektedir.

4.5.2.1.3. Yatak ya da Sandalyeden Kalkarken Ağrı

Bireylerin birinci haftada yatak ya da sandalyeden kalkarken ağrı düzeyi incelendiğinde; olgu grubunun %45.50'inde (n=20) hafif, %43.20'inde (n=19) orta düzeyde ağrı oluştuğu; 1.ayda %45.50'inde (n=20) hafif düzeyde ağrı, %20.50'inde (n=9) orta düzeyde ağrı oluştuğu, %29.50'inde (n=13) ağrının oluşmadığı bulunmuştur. Bireylerin %65.90'unda (n=22) 2. ayda yatak ya da sandalyeden kalkarken ağrı

oluşmadığı; hafif ağrının %29.50'inde (n=13) olduğu; 3. ayda yatak ya da sandalyeden kalkarken ağrı görülmemesi oranı %81.80 iken (n=36), hafif düzeyde ağrı oranı %18.20 (n=8) olarak saptanmıştır. Kalça protezi uygulanan olgu grubundaki bireylerin yatak ya da sandalyeden kalkarken ağrı puan ortalamalarının zamana göre değişimi açısından anlamlı fark ($F=16.560$, $p<0.000$) bulunmuştur (**Tablo 9**). Bu farkın hangi zaman periyodundan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde; 1. hafta ile 1. ay puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı değilken ($p>0.05$), 1.hafta ile 2. ay ve 3. ay puan ortalamaları arasındaki fark ($p<0.001$) ileri derecede anlamlı bulunmuştur. 1. ay ile 2. ve 3. ay puan ortalamaları arasında ($p<0.01$) ileri derecede anlamlı fark varken, 2. ay ile 3. ay puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Olgu grubundaki bireylerde yatak ya da sandalyeden kalkarken oluşan ağrının 1. hafta ve 1. ayda benzer olduğu, 2. aydan itibaren azalmaya başladığı, 2. ve 3. ayda ağrının daha da azaldığı görülmektedir. Lacupacis ve arkadaşları (1993) hastaların ameliyat öncesi dönemde sandalyede ½-1 saat oturmada zorlandıklarını, ameliyat sonrası dönemlerde ise bu zorluğun azaldığını bulmuşlardır (111).

Kontrol grubunu oluşturan bireylerin 3. ayda %47.70'de yatak ya da sandalyeden kalkarken hafif düzeyde, %11.40'de orta düzeyde bir ağrı olduğu, %40.90'da ağrı oluşmadığı saptanmıştır. 3. ayda yatak ya da sandalyeden kalkarken ağrı açısından gruplar arasındaki fark ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($t=4.13$, $p<0.01$), (**Tablo 22**). Buna göre telefon hemşireliğinin yatak ya da sandalyeden kalkarken bireylerin ağrısını kontrol altına alınmasında etkili olduğu görülmüştür.

4.5.2.1.4. Merdiven Çıkma

Birinci haftada merdiven çıkarken zorlanma bulguları değerlendirildiğinde; olgu grubunda merdiven çıkmama oranının %52.30 (n=23) olduğu, merdiven çıkarken

bireylerin %18.20'de (n=8) hafif, %18.20'de orta (n=8) şiddette ağrının olduğu ve %9.10'de (n=4) ağrı oluşmadığı belirlenmiştir. Birinci ayda bireylerin merdiven çıkarken %34.10'de (n=15) orta, %27.30'de (n=12) hafif düzeyde ağrı olduğu, %20.50'de (n=9) ağrı oluşmadığı ve %15.90'unun merdiven çıkmadığı saptanmıştır. İkinci ayda bireylerin %47.70'de (n=21) merdiven çıkarken zorlanma görülmezken, %36.40'de (n=16) hafif düzeyde ağrı olduğu ve merdiven çıkamayanların %6.80 (n=3) olduğu belirlenmiştir. Üçüncü ayda bireylerin %68.20'de (n=30) merdiven çıkarken zorlanma görülmezken, %25.00'de (n=11) hafif bir ağrı olduğu saptanmıştır. Kalça protezi uygulanan olgu grubundaki bireylerin merdivenden çıkarken zorlanma bakımından taburculuk sonrası izlem sonuçları zaman etkileşimi açısından anlamlı bulunmuştur (F=4.037, p: 0.013), (**Tablo 10**). Yapılan ileri analizde; 1. hafta ile 1., 2. ve 3. aydaki puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur (p>0.05). 1. ay ile 2. ay arasındaki fark anlamlı değilken (p>0.05), 1. ay ile 3. ay ve 2. ay ile 3. ay arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Bu sonuçlar doğrultusunda; kalça protezi ameliyatından sonra bireylerin ilk iki ay merdiven çıkarken zorlandıkları; 2. ayda merdiven çıkmalarının gelişmeye başladığı ve bu gelişimin giderek arttığı söylenebilir. Lacupacis ve arkadaşlarının çalışmasında (1993) ameliyat öncesi dönemde merdiven inip çıkarken zorlanan bireylerin, kalça ameliyatı sonrası yaşanan zorlukların azaldığını saptamışlardır (111). Hypnar ve Anderson'un çalışmasında (2001), kalça protezi uygulanan bireylerin %50.00'nin merdivenleri inip çıkabildiklerini belirtmişlerdir (89).

Kontrol grubunda yer alan bireylerden %40.90'u (n=18) 3. ayda merdiven çıkarken hafif derecede zorlandıklarını, %20.50'i (n=9) orta derecede, %9.10'i (n=9) çok zorlandıklarını, %9.10'i (n=4) merdiven çıkamadıklarını ifade etmişlerdir. Merdiven çıkarken hiç zorlanmayan kontrol grubundaki bireylerin oranı %20.50'tir (n=9).

Merdiven çıkarken zorlanma açısından olgu ve kontrol grupları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($t=2.97$, $p<0.05$), (**Tablo 22**). Bu analiz, telefon hemşireliğinin bireylerin merdivenden çıkma aktivitelerini başarmalarında etkili olduğunu göstermektedir.

4.5.2.1.5. Bahçe İşleri

Olgu grubundaki bireylerin ameliyattan sonra 3. ayda %75.00'nin ($n=33$) bahçesi ya da ilgisi olmadığından bahçe işleri ile uğraşmadığı saptanmıştır. 3. ayda bireylerin %22.70'si ($n=10$) bahçe işlerinde hiç zorlanmadıklarını ifade ederken, %2.30'nün ($n=1$) hafif derecede zorlandıkları bulunmuştur. 3. ayda kontrol grubunda bahçe işleri ile uğraşmayanlar %84.10'dir ($n=37$). Bahçe işleri ile uğraşırken hafif düzeyde zorlanan bireyler %6.80 ($n=3$) iken, zorlanmayanlar %6.80'dir ($n=3$). Bahçe işleri ile uğraşırken 3. ayda zorluk yaşama açısından olgu ve kontrol grubu arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($t=-45$, $p>0.05$), (**Tablo 22**).

Bu sonuca göre bireylerin bahçe işleri ile uğraşılmasının az olmasının nedeni genellikle apartmanda oturmalarına bağlanabilir. Bu çalışmada ameliyattan sonra bahçe işlerine ilgisi olan bireylerin, bu aktiviteyi yerine getirirken genelde zorlanmadıkları söylenebilir. Laupacis ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (1993) ameliyattan sonra bireylerin 3 ayda bahçe işleriyle ilgilenmelerinin arttığı belirtilmiştir (111).

4.5.2.1.6. Oturarak Namaz Kılma

Oturarak namaz kılma dağılımları incelendiğinde olgu grubunda ameliyattan sonra 3. ayda hiç namaz kılmayanların oranı %84.10 ($n=37$) olarak belirlenmiştir. Oturarak namaz kılarken şiddetli zorlanma yaşayan birey oranı %6.80 ($n=3$), orta derecede zorlananların oranı %9.10 ($n=4$) olarak bulunmuştur. 3. ayda kontrol grubundaki bireylerin %84.10'nin ($n=37$) namaz kılmadığı, %9.10'nin ($n=4$) oturarak namaz

kılarken şiddetli zorluk yaşadığı, orta düzeyde zorluk yaşayanların %6.80 (n=3) olduğu bulunmuştur. 3. ayda oturarak namaz kılarken zorlanma açısından gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir (t=1.20, p>0.05), (**Tablo 22**). Namaz kılma, kalça eklemine oldukça zorlayan bir aktivite olup, namaz kılabilen bireyler secdeye eğilmeden koltuk ya da sandalyede oturarak namaz kılma eylemini gerçekleştirebilmektedir.

4.5.2.1.7. Ev işleri

Ev işlerini yaparken zorluk yaşayanlar değerlendirildiğinde, 1. hafta olgu grubundaki bireylerin %90.90'u (n=40) ev işi yapmazken, bu durum 1. ayda %88.60 (n=39), 2. ayda %61.40 (n=27) ve 3. ayda %38.60 (n=17) olarak bulunmuştur. 1. hafta ev işi yaparken zorluk yaşamayanların oranı %4.50 (n=2) iken, hafif ve orta dereceli zorluk yaşayanların oranı eşit (%2.30, n=1) bulunmuştur. 1. ayda ev işi yaparken zorluk yaşamayanlar %9.10 (n=4) iken, 2. ayda %13.60 (n=6), 3. ayda %50.00 (n=17) olarak belirlenmiştir. Ev işi yaparken hafif zorluk yaşayanlar 1. ayda %2.30 (n=1), 2. ayda %25.00 (n=11) ve 3. ayda %11.40 (n=5) olarak bulunmuştur. Kalça protezi uygulanan olgu grubundaki bireylerin ev işlerinde zorlanmasına ilişkin taburculuk sonrası puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (F=5.735, p: 0.002), (**Tablo 11**). Bu farkın hangi zaman dilimindeki ortalamadan ileri geldiğini saptama amacıyla yapılan analizde; 1.hafta ile 1. ay puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı (p>0.05), 1. hafta ile 2. ve 3. ay puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunduğu saptanmıştır (p<0.01). 1. ay ile 2. ve 3. ay puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı iken (p<0.01), 2. ay ile 3. ay ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (p>0.05). Bu sonuca göre, kalça protezi sonrası hastaların ev işlerini 2. aydan itibaren daha rahat yapar hale geldikleri, 2. ve 3. ayda ise benzer özellikler gösterdiği ve fark olmadığı söylenebilir. Laupacis ve arkadaşları (1993) ameliyattan sonra bireyleri 3., 6. 12. ve 24.

aylarda izlemişler, aylar geçtikçe ev işlerini daha kolay yapabildiklerini saptamışlardır (111). Dal çalışmasında (2002), ev işlerini yaparken yardıma gereksinim duyanları %50.70, bağımsız olanları %33.40, bağımlı olanları %15.90 olarak belirlemiştir (36).

Kontrol grubundaki bireylerin %11.40'u (n=5) 3. ayda ev işleri yaparken zorlanmadıklarını, %40.90'u (n=18) ev işlerini yaparken hafif düzeyde zorlandıklarını, %40.90'u (n=18) ev işleri yapmadıklarını belirtmişlerdir. Bu durumun olgu ve kontrol grubu arasında anlamlı fark oluşturduğu ($t=2.97$, $p<0.05$) saptanmıştır (**Tablo 22**). Sonuçta ev işlerini yönetme açısından telefon hemşireliğinin etkili olduğu söylenebilir.

4.5.2.2. Öz Bakım Aktiviteleri Açısından İzlem Sonuçları

Bireylerin öz bakım aktiviteleri kapsamında giyinebilme, tuvaletini yapabilme, kişisel hijyenini sağlayabilme ve yemek yapabilme ele alınmıştır.

4.5.2.2.1. Giyinebilme

Giyinirken zorluk yaşayanlara ilişkin bulgular değerlendirildiğinde 1. hafta olgu grubundaki bireylerin %63.60'sı (n=28) orta, %20.50'i (n=9) hafif, %13.60'sı (n=6) şiddetli düzeyde zorluk yaşadığını belirtirken, %2.30'u (n=1) 1. hafta giyinirken zorluk yaşamadığını ifade etmiştir. Birinci ayda giyinirken hafif derecede zorluk yaşayan bireylerin oranı %43.60 (n=19), orta derecede zorluk yaşayanların oranı %38.60 (n=17), şiddetli derecede zorluk yaşayanların oranı %2.30 (n=1) olarak bulunmuştur. Birinci ayda bireylerin 7'si (%15.90) giyinirken zorluk yaşamadıklarını ifade etmiştir. Giyinirken zorluk yaşamayan bireylerin oranı 2. ayda %52.30 (n=23) iken, hafif derecede yaşayanların oranı %34.10 (n=15), orta derecede yaşayanların oranı %13.60 (n=6) olarak saptanmıştır. Üçüncü ayda bireylerin %72.70'si (n=32) giyinirken zorluk yaşamadığını belirtirken, %25.00'i (n=11) hafif, %2.30'u (n=1) orta derecede zorluk yaşadığını ifade etmiştir. Giyinirken zorlanma açısından olgu grubundaki bireylerin

taburculuk sonrası puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($F=9.002$, $p<0.01$), (**Tablo 12**). Bu farkın hangi zaman diliminden kaynaklandığını belirlemek için yapılan analiz sonucunda; 1. hafta ile 1. ay puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Birinci hafta ile 2. ve 3. ayın ($p<0.01$), 1. ay ile 2. ve 3. ayın ($p<0.01$), 2. ay ile 3. ay puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu sonuçlara göre olgu grubundaki bireylerin giyinirken 1. haftada zorlandıkları, 1. aydan itibaren giyinirken zorlu yaşamalarının giderek azaldığı söylenebilir. Laupacis ve arkadaşlarının (1993) çalışmalarında, bireylerin ayakkabı ya da çorap giyerken yaşadığı zorlukların kalça protezi ameliyatından sonra 3. ayda azaldığı saptanmıştır (111). Dal'ın çalışmasında (2002), ameliyat sonrası bağımsız giyinebilenler %44.90 iken, yardıma gereksinim duyanlar %47.90, bağımlı olanlar %7.20 olarak saptanmıştır (36).

Üçüncü ayda kontrol grubunda giyinirken zorluk yaşamayanların oranı %54.50 iken, hafif düzeyde zorluk yaşayanların oranı %36.40 ($n=16$), orta düzeyde zorluk yaşayanların oranı %6.80 ($n=3$) olarak bulunmuştur. Giyinme sırasında zorluk yaşanması açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($t=1.54$, $p>0.05$), (**Tablo 22**). Bu durumda kontrol grubundaki bireylerin %54.50'nin ($n=25$) zorluk yaşamadığı olarak değerlendirilebilir.

4.5.2.2.2. Tuvaletini Yapabilme

Birinci haftada tuvaletini yaparken zorlanma bulguları değerlendirildiğinde; olgu grubunda tuvaletini yaparken orta derecede zorluk yaşayanların oranının %56.80 ($n=25$), hafif derecede zorluk yaşayanların oranının %25.00 ($n=11$), şiddetli derecede zorluk yaşayanların oranının %9.10 ($n=4$), tuvaletini yaparken zorluk yaşamayanların oranının %9.10 ($n=4$) olduğu belirlenmiştir. Birinci ayda bireylerin tuvaletini yaparken

%52.30'nün (n=23) hafif, %22.70'nin (n=10) orta, %2.30'nün (n=1) şiddetli düzeyde zorluk yaşadığı, %22.70'inde (n=10) tuvaletini yaparken zorluk yaşanmadığı saptanmıştır. İkinci ayda bireylerin %52.30'ünde (n=23) tuvaletini yaparken zorlanma görülmezken, %43.20'sinde (n=19) hafif, %4.50'inde ise (n=2) orta düzeyde zorluk yaşandığı belirlenmiştir. Üçüncü ayda bireylerin %79.50'de (n=35) tuvaletini yaparken zorlanma görülmediği; %18.20'de (n=8) hafif, %2.30'de (n=1) orta düzeyde zorlanma olduğu saptanmıştır. Tuvaletini yaparken zorlanma açısından olgu grubundaki bireylerin puan ortalamaları zaman etkileşimi açısından yapılan ileri analiz sonucunda, ortalamalar arası fark anlamlı bulunmuştur ($F= 17.161$, $p: 0.000$), **(Tablo 13)**. Yapılan ileri analiz sonucunda; 1. hafta ile 1. ve 2. ay puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı ($p>0.05$); 1. hafta ile 3. ayın ($p<0.01$), 1. ay ile 2. ve 3. ayın, 1 ay ile 3. ayın, 2. ay ile 3. ayın puan ortalamaları arasında ileri derecede anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.01$). Bu sonuçlar, 1. aydan itibaren tuvaletini yaparken zorlanmanın azaldığı ve kalça protezi geçiren bireylerin tuvalete rahatça oturup kalkabilmelerinin 3. ayda olduğunu göstermektedir. Bireylerin tuvaletini yaparken zorlanma durumları incelendiğinde, literatürle uyumlu olduğu görülmektedir. Laupacis ve arkadaşlarının çalışmasında da (1993) bireylerin tuvaletini yaparken kalçasında zorluk yaşamasının birkaç ay içinde azaldığı görülmüştür (111). Dal'ın çalışmasında (2002), tuvaletini yaparken bireylerin %33.40'nün bağımsız olduğu, %52.20'nin yardıma gereksinim duyduğu ve %14.40'ünün de bağımlı olduğu saptanmıştır (36).

Kontrol grubundaki bireylerin %79.50'nin (n=35) 3. ayda tuvaletini yaparken zorlanmadıkları, %13.60'nin (n=6) hafif, %4.50'nin (n=2) orta ve %2.30'nün (n=1) şiddetli düzeyde zorlandıkları saptanmıştır. Tuvaletini yapabilme açısından olgu ve kontrol grupları arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($t=-.28$, $p>0.05$), **(Tablo**

22). Bu durum kontrol grubundaki bireylerin de yaklaşık 2/3'nün tuvaletini yaparken zorlanmaması ile ilişkili olabilir.

4.5.2.2.3. Kişisel Hijyenini Sağlayabilme

Kişisel hijyenini sağlarken yaşanan zorluklar incelendiğinde; olgu grubunda 1. hafta için orta derecede zorlananların oranı %56.80 (n=25), hafif zorlananların oranı %27.30 (n=12), şiddetli zorlananların oranı %6.80 (n=3) iken, %9.10'nin (n=4) zorluk yaşamadığı saptanmıştır. Birinci ayda kişisel hijyeni yaparken hafif zorluk yaşayanlar ile yaşamayanların oranı eşittir (%31.80, n=14). Birinci ayda bireylerin %34.10'i (n=15) orta derecede zorluk yaşadığını ifade ederken, %2.30'ü (n=1) şiddetli derecede zorlandığını belirtmiştir. Bireylerin %56.80'i (n=25) 2. ayda kişisel hijyenlerini yerine getirirken zorluk yaşamazken, %34.10'i (n=15) hafif, %9.10'i (n=4) orta derecede zorluk yaşamıştır. Üçüncü ayda kişisel hijyeni yaparken zorluk yaşamayanların oranı %70.50 (n=31) olarak bulunmuştur. Hafif derecede zorlananların oranı %29.50 (n=13), orta derecede zorlananların oranı ise %2.30 (n=1) olarak saptanmıştır. Kişisel hijyende zorlanma yaşayan olgu grubundaki bireylerin puan ortalamaları arası fark anlamlı bulunmuştur (F: 7.467, p: 0.000), (**Tablo 14**). Bu farkı belirlemeye yönelik yapılan analiz sonucunda; 1. hafta ile 1. ay puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı (p>0.05); 1. hafta ile 2. ayın (p<0.01), 1. hafta ile 3. ayın puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu (p<0.001) bulunmuştur. Birinci ay ile 2. ayın (p<0.05), 1.ay ile 3. ayın (p<0.01), 2. ay ile 3. ayın puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu (p<0.05) saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda olgu grubundaki bireylerin kişisel hijyenlerini daha rahat sağlayabildikleri zaman diliminin 2. ay olduğu, zaman geçtikçe bu gelişimin arttığı söylenebilir. Bu bulgular, Laupacis ve arkadaşlarının çalışması ile uyumlu olup, kalça protezi sonrası hastaların kişisel hijyenini yerine getirme durumunun aylar

geçtikçe iyileşme gösterdiği şeklinde yorumlanabilmektedir (111). Dal'ın çalışmasında (2002), bağımsız bir şekilde banyo yapabilen birey oranı %36.20, yardıma gereksinim duyan %53.60, bağımlı olan %10.20 olarak belirlenmiştir (36).

Kontrol grubundaki bireylerin %54.50'sinin (n=24) kişisel hijyeni sağlarken zorlanmadıkları, %36.40'ünün (n=16) hafif düzeyde zorlandıkları saptanmıştır. Gruplar arasında fark olmadığı (t=1.13, p>0.05) belirlenmiştir (**Tablo 22**). Bu sonuç tüm bireylerin 3. ayda hijyenlerini zorluk yaşamadan yerine getirebildiklerini göstermektedir.

4.5.2.2.4. Yemek Yapabilme

Yemek yaparken zorlanma durumu incelendiğinde, 1. haftada ve 1. ayda olgu grubundaki bireylerin %93.20'nin (n=41) yemek yapmadığı, %2.30'nün (n=1) yemek yaparken hafif derecede zorlandığı ve %4.50'nin de (n=2) hiç zorluk yaşamadığı saptanmıştır. İkinci ayda, bireylerin yemek yapmama oranı %70.50 (n=31) iken, %18.20'de (n=8) yemek yaparken zorluk yaşamadığı, %11.40'de (n=5) ise hafif derecede zorlanma olduğu bulunmuştur. Üçüncü ayda bireylerin %59.10'i (n=26) yemek yapmazken, %40.90'u (n=18) yemek yaparken zorluk yaşamadığını belirtmiştir. Yemek yaparken zorlanma açısından izlem sonuçları ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (F= 2. 489, p:0.074).

Üçüncü ayda kontrol grubundaki bireylerin %70.50'i (n=31) yemek yapmadıklarını, %9.10'i (n=4) yemek yaparken zorluk yaşamadıklarını, %15.90'u (n=7) yemek yaparken hafif düzeyde, %4.50'i (n=2) orta düzeyde zorluk yaşadıklarını ifade etmiştir. Yemek yapma açısından gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı (t=1.87, p>0.05) belirlenmiştir (**Tablo 22**). Bu sonucun, bireylerin çoğunun yemeği kendilerinin değil, yakınlarının yapması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Çünkü 3. ayda olgu grubundaki bireylerin %59.10'i (n=26), kontrol grubundaki bireylerin %70.50'i (n=31)

yemek yapmadıklarını ifade etmiştir. Bireylerin yemek yaparken zorlanma nedenini, yemek yapma sırasında çabuk yoruldukları için uzun süreli ayakta kalamama şeklinde ifade etmişlerdir. Bu durum ameliyattan sonra daha sık yaşanırken, aylar geçtikçe yaşanan sıkıntı azalmıştır. Lacupacis ve arkadaşlarının çalışmalarında da (1993) başlangıçta ayakta durmakta zorlanan ve kolay yorulduğunu ifade eden hastalar, daha sonraki aylarda bu sıkıntılarının azaldığını ifade etmişlerdir (111). Dal'ın çalışmasında (2002), bireylerin %43.40'ü yiyecek hazırlarken yardıma gereksinim duyduğunu, %42.20'si bağımsız bir şekilde yiyeceğini hazırlayabildiğini, %14.40'ü bir başkasına bağımlı olduğunu belirtmiştir. Beslenmesini bağımsız bir şekilde yerine getiren birey oranı %58.00 iken, yardıma gereksinim duyanların oranı %33.40, bağımlı olanların oranı %8.60 olarak bulunmuştur (36).

4.5.2.3. Beslenme İzlemi Açısından İzlem Sonuçları

Olgu grubundaki bireylerin 1. haftada %88.60'da (n=39), 1. ayda %97.70'de (n=43) iştahında azalma yoktur. Telefon ile izlemin 2. ve 3. ayında bireylerin hiçbirinde (%100.00, n=44) iştahta azalma olmadığı bulunmuştur. Birinci hafta ve 1. ayda bireylerin hiçbirinde iştahta artış durumu görülmez iken (%100.00, n=44), 2. ayda bireylerin %4.50'i (n=2), 3. ayda %9.10'i (n=4) iştah durumunda hafif bir artış olduğunu ifade etmiştir. Üç aylık izlem süresi boyunca bireylerin hiçbirinde (%100.00, n=44) sıvı alımında artış görülmediği belirlenmiştir.

Birinci haftada bireylerin %95.50'de (n=42), 1. ayda %97.70'de (n=43) sıvı alımında azalma görülmez iken, 1. haftada bireylerin %4.50'de, 1. ayda %2.30'de (n=1) sıvı alımında hafif bir azalma olduğu saptanmıştır. İkinci ve 3. aylarda bireylerin hiçbirinde (%100.00, n=44) sıvı alımında azalma görülmemiştir. Birinci hafta ve 1. ayda bireylerin hiçbirinde (%100.00, n=44) vücut ağırlığında artış görülmez iken, 2. ayda

%97.70'de kiloda herhangi bir artış olmadığı, %2.30'de hafif bir artış olduğu saptanmıştır. Üçüncü ay izlemlerinde bireylerin %93.20'de (n=41) kiloda artış görülmediği, %6.80'de (n=3) hafif bir artış olduğu belirlenmiştir.

Bireylerin 1. hafta %97.20'de (n=43), 1. ay, 2. ay ve 3. ayda hiçbirinde (%100.00, n=44) kiloda azalma görülmemiştir. Birinci haftada kilosunda hafif bir azalma olduğunu belirten birey %2.30'tür (n=1).. Elde edilen sonuçlar ameliyat olan bireylerde yağ, karbonhidrat ve protein mekanizmasının iyileşme için kullanılması gerçeği ile uyumlu görülmektedir (17, 23, 30, 54, 115, 156, 176, 215).

4.5.2.4. Sosyal Yaşam Açısından İzlem Sonuçları

Bireylerin sosyal yaşamları kapsamında araba kullanma, ulaşım, çalışma ortamı ve alışveriş yapma bulunmaktadır.

4.5.2.4.1. Araba kullanma

Hem olgu hem de kontrol grubundaki bireylerin hiçbirinin araba kullanmadığı saptanmıştır (%100.00, n=44). Laupacis ve arkadaşlarının çalışmasında (1993) bireylerin ameliyat öncesi ½ ya da 1 saat araba kullanabilmeleri sınırlıyken (7.50 ± 1.90), ameliyat sonrası 3. ayda zorlanmanın azaldığı (1.60 ± 1.50), 6 ayda bireylerin araba kullanımlarının artmaya başladığı ve zorlanmadıkları (0.50 ± 1.30), 1. yılda daha da geliştiği (0.20 ± 1.00) ve sosyal yaşama katılımın en iyi düzeyinin 2. yılın sonunda (0.10 ± 0.20) olduğu saptanmıştır (111).

4.5.2.4.2. Ulaşım

Olgu grubunda taburculuk sonrası 1. haftada dışarıya hiç çıkmayanların oranı %70.50 (n=31) iken, hafif ve orta düzeyde zorlandığını ifade edenlerin oranı eşittir (%13.60, n=6). Bireylerin 1. ay ulaşımında zorlanma dağılımları incelendiğinde; %31.80'i (n=14) hafif, %29.50'i (n=13) orta, %4.50'i (n=2) şiddetli zorluk yaşadığı belirlenirken,

hiç zorluk yaşamayanların oranı %13.60 (n=6) olarak belirlenmiştir. Birinci ayda hiç dışarıya çıkmadığını ifade eden birey oranı %20.50'tir (n=9). İkinci ayda bireylerin %29.50'u (n=13) hafif, %6.80'i (n=3) orta, %4.50'i (n=2) şiddetli düzeyde ulaşımda zorlanırken, hiç zorluk yaşamadığını belirtenler %47.70 (n=21) olarak bulunmuştur. İkinci ayda hiç dışarıya çıkmayan birey oranı %11.40 (n=5) bulunmuştur. Bireylerin 3. ayda ulaşım zorluğu yaşayanların oranı %18.20 hafif (n=8), %6.80 (n=3) orta düzeyde saptanmış olup; hiç zorluk yaşamayanlar %72.70 (n=32) iken, dışarıya hiç çıkmayanların oranı %2.30 (n=1) olarak belirlenmiştir. Ulaşımda zorlanma açısından ortalamalar arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (F=698, p<0.01), (**Tablo 15**). Bu farkın nereden kaynaklandığını belirlemek için yapılan analiz sonucunda; 1. hafta ile 1. ay (p<0.001), 1. hafta ile 2. ay (p<0.01), 1. hafta ile 3. ay puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı (p<0.05) olduğu belirlenmiştir. Birinci ay ile 2. ve 3. ayın, 2. ay ile 3. ayın puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı (p>0.05) saptanmıştır. Olgu grubundaki bireylerin ulaşımı zorlanmadan yapabilmelerinin birinci aydan itibaren giderek gelişim göstermeye başladığı, son aylardaki özelliğın benzer olduğu görülmüştür. Dal'ın çalışmasında (2002), bağımsız bir şekilde ulaşımını gerçekleştirebilen birey oranı %39.20, ulaşım sırasında yardıma gereksinim duyanların oranı %44.90, bağımlı olanların oranı %15.90'dur (36). Lacupacis ve arkadaşlarının çalışmasında (1993) hastaların ameliyat öncesi dönemde ulaşım araçlarına binerken zorluk yaşadığı, ameliyat sonrası dönemlerde ise bu zorluğun azaldığı bulunmuştur (111).

Üçüncü ayda kontrol grubundaki bireylerin %36.40'ü (n=16) ulaşım sırasında hafif düzeyde zorlanma yaşadıklarını belirtirken, %22.70'si (n=10) orta, %9.10'i (n=4) şiddetli zorluk yaşadıklarını, %22.70'i (n=10) zorluk yaşamadıklarını ifade etmiştir. Her

iki grupta üçüncü ayda ulaşımda zorlanma açısından anlamlı bir fark olduğu ($t=3.11$, $p<0.05$) saptanmıştır (**Tablo 22**). Bu sonuç, telefon hemşireliğinin hastaların ulaşım araç gereçlerine binerken kendilerini yönetmelerinde kolaylık sağladığını göstermektedir.

4.5.2.4.3. Çalışma Ortamı

Olgu grubunda, 1. hafta ve 1. ayda çalışmayanların oranı %100.00'dür ($n=44$). İkinci ayda çalışmayanları oranı %95.50 ($n=42$), çalışırken hafif zorlananların oranı %2.30 ($n=1$) ve hiç zorlanmayanların oranı %2.30'tür ($n=1$). Olgu grubunda 3. ayda çalışmayan birey oranı %84.10 ($n=37$) iken, çalışırken hafif zorluk yaşayanlar %4.50 ($n=2$), hiç zorluk yaşamayanlar %11.40 ($n=5$) olarak saptanmıştır. Olgu grubundaki bireylerin çalışırken zorlanma açısından periyodik izlemlerin ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($F: 2.804$, $p: 0.117$). Üçüncü ayda kontrol grubundaki bireylerin %90.90'nun ($n=40$) çalışmadığı; %2.30'nün ($n=1$) çalışırken herhangi bir zorluk yaşamadığı, %6.80'nin ($n=3$) çalışırken hafif düzeyde zorluk yaşadığı saptanmıştır. Çalışırken zorlanma açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($t=0.00$, $p>0.05$) bulunmuştur (**Tablo 22**). Bu sonucun bireylerin çoğunun ev hanımı ve emekli olması ile uyumlu olduğu söylenebilir. Lacupacis ve arkadaşlarının çalışmasında (1993) hastaların ameliyat öncesi dönemde çalışma hayatında zorlandıkları, ameliyat sonrası dönemlerde ise çalışma hayatında yaşanan zorluğun azaldığı belirlenmiştir (111).

4.5.2.4.4. Alışveriş

Olgu grubundaki bireylerin 1. hafta alışverişe çıkmadığı saptanmıştır (%100.00, $n=44$). Birinci ayda alışverişe çıkmayanların oranı %93.20 ($n=41$), alışveriş sırasında hafif ve orta dereceli zorluk yaşayanların oranı ile hiç zorluk yaşamayanların oranının eşit olduğu görülmüştür (%2.30, $n=1$). İkinci ayda alışverişe çıkma durumları

incelendiğinde, bireylerin %68.20'i (n=30) alışverişe çıkmadığını, %18.20'i (n=8) alışveriş sırasında hafif zorluk yaşadığını, %13.60'sı (n=6) alışveriş sırasında hiç zorluk yaşamadığını belirtmiştir. Üçüncü ayda alışverişe hiç çıkmayanların oranı %43.20 (n=19), hiç zorluk yaşamayanların oranı %40.90 (n=18) ve hafif derecede zorluk yaşayanların oranı %15.90'dur (n=7). Alışveriş yaparken zorlanma açısından olgu grubundaki bireylerin zaman içindeki puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (F= 9.649, p: 0.000). Bu farkın hangi zaman diliminden kaynaklandığını belirlemek için yapılan analiz sonucunda, 1. hafta ile 1. ay puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur (p>0.05). Birinci hafta ile 2. ayın (p<0.01), 1. hafta ile 3. ayın (p<0.001), 1. ay ile 2. ayın (p<0.05), 1. ay ile 3. ayın puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunduğu (p<0.01); 2. ay ile 3. ay puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0.05). Bu sonuçlar incelendiğinde, olgu grubundaki bireylerin 2. ayda alışveriş yapabilmeye başladığı, 3. ayda alışveriş yapabilme kapasitelerinin geliştiği, 2. ve 3. ayda benzer özellik gösterdiği görülmektedir. Norman-Taylor ve arkadaşları (1996) ameliyattan önce 31 hastadan 1'inin alışveriş yapamadığını, ameliyat sonrası dönemde bu zorluğun ortadan kalktığını saptamışlardır. Ameliyattan önce alışverişe gitmekte orta derecede zorlanan 4 hasta, ciddi anlamda zorlanan 8 hasta varken; ameliyattan sonra sadece 1 kişinin hafif zorlandığı belirlenmiştir (146). Dal'ın çalışmasında (2002), alışveriş yaparken bireylerin %46.40'ü yardıma gereksinim duyarken, %37.70'si bağımsız bir şekilde alışverişini gerçekleştirebilmiş ve %15.90'nun da alışveriş konusunda bir başka kişiye bağımlı olduğu bulunmuştur (36).

Üçüncü ayda kontrol grubundaki bireylerin %47.70'si (n=21) alışverişe çıkmadıklarını; %9.10'i (n=4) alışveriş sırasında zorluk yaşamadıklarını, %22.70'si

(n=10) alışveriş yaparken hafif ve %6.80'i (n=3) orta derecede zorluk yaşadıklarını belirtmişlerdir. Üçüncü ayda alışveriş yapma aktivitesi açısından olgu ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark olmadığı ($t=1.325$, $p>0.05$) belirlenmiştir (**Tablo 22**). Bu sonuç olgu ve kontrol grubundaki bireylerin alışveriş yapabilme kapasitelerinin benzer olduğunu göstermektedir.

Elde edilen bulgular doğrultusunda kalça protezi ameliyatı geçiren bireylerin sosyal yaşamına sınırlama getirdiği ve yeniden uyum sağlayabilmeleri için en az 3 ay geçmesi gerektiği söylenebilir. Norman-Taylor ve arkadaşları (1996) ameliyattan önce sosyal yaşam açısından 31 hastadan 17'sinin hafif düzeyde, 3'ünün orta düzeyde, 8'inin ciddi düzeyde sınırlılık yaşadığını, ameliyat sonrası dönemde bu zorluğun 2 kişide orta, 5 kişide hafif düzeyde devam ettiğini saptamışlardır (146). O'Boyle ve arkadaşları (1992) ise, hastaların 6. ayda sosyal yaşama katılımlarının daha çok olduğunu belirtmişlerdir (150). Laupacis ve arkadaşlar (1993) ameliyat öncesi dönemde bireylerin sosyal yaşam puan ortalamasının (7.60 ± 1.80) olduğunu, 3. ayda sosyal yaşamlarında azalma olduğunu (2.50 ± 2.30), 6 ayda bireylerin sosyal yaşama katılımlarının artmaya başladığını (1.40 ± 2.00), 1. yılda daha da geliştiğini (0.90 ± 1.90) ve sosyal yaşama katılımının en iyi düzeyinin 2. yılın sonunda (0.20 ± 0.40) olduğunu saptamışlardır (111). Shields, Enloe ve Leo'nun çalışmasında (1999) kalça protezi geçiren bireylerin SF-36'ya göre Sosyal Fonksiyon puanları ameliyat sonrası 0. ayda 63.16 ± 25.51 , 3. ayda 85.53 ± 19.21 , 3. ayda 92.1 ± 15.14 olup, bu görüşü destekler niteliktedir (174).

Kalça protezi ameliyatı geçiren bireylerin genel olarak sosyal yaşamlarında bir sınırlama olduğu, hastalarla yapılan görüşmelerde hem olgu hem de kontrol grubundaki bireylerin %26.00'nin düşme korkusu nedeniyle yaşamını daha çok ev ortamında geçirmeyi tercih ettikleri belirlenmiştir. Elde edilen bu bulgu literatür ile uyumludur.

Genel yaşlı popülasyonunda düşme korkusunun %20.00-%40.00 ile %50.00 arasında olduğu bildirilmiştir (64, 131). Bireylerin düşme korkusu daha önceki düşmelerle ilişkili olabilmektedir. Daha önce düşen bireylerde düşme korkusu gelişmekte, bu korku en az bir yıl içerisinde düşmelerine neden olmaktadır. Düşme korkusu kadınlarda daha yoğun yaşanmaktadır. Sistemik hastalıklar, görmede bozulma, sedanter yaşam, emosyonel desteğin yoksunluğu düşme korkusunun gelişimini kolaylaştırmaktadır (131, 135, 199). Yaşlılarda düşme sonrası benlik kavramı bozulabilmekte ve fiziksel bağımsızlık kaybı gelişmektedir (211). Yaşlılarda depresif bozukluklar ve depresyonun ciddiyeti ile düşme korkusu arasında güçlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir (64).

4.5.2.5. Cinsel Yaşam Açısından İzlem Sonuçları

Günlük yaşam aktivitelerinden biri olan cinsel yaşam bulguları olgu ve kontrol grubunda benzer dağılım göstermektedir. Bu durumun gruplar arasında anlamlı bir fark oluşturmadığı ($t=1.91$, $p>0.05$) saptanmıştır (**Tablo 22**). Olgu grubunda cinsel aktivitesi olmayanların oranı 1.haftada ve 1. ayda %100.00 ($n=44$), 2. ayda %86.40 ($n=38$), 3. ayda %86.40 ($n=38$) olarak belirlenmiştir. Cinsel aktivitede zorluk yaşamayanların 2. ayda %86.40 ($n=38$) olarak belirlenmiştir. Cinsel aktivitede zorluk yaşamayanların 2. ayda %4.50 ($n=2$), 3. ayda %9.10 ($n=4$) olduğu; cinsel aktivitede bulunmayı tercih etmeyenlerin 2. ayda %9.10 ($n=4$) ve 3. ayda %4.50 ($n=2$) olduğu belirlenmiştir. Üçüncü ayda cinsel aktivitesi olmayanların oranı kontrol grubunda %84.10 ($n=37$) iken, cinsel aktivite sırasında hiç zorluk yaşamayanların oranı %9.10 olarak belirlenmiştir ($n=4$). Kontrol grubundaki bireylerin %6.80'inin ($n=3$) cinsel aktivite sırasında hafif zorluk yaşadıkları belirlenmiştir. Hastalara cinsel ilişki sınırlaması en az 3 ay olarak belirtildiği için, cinsel aktivitesi olduğunu belirtenlerin bu aktivite sırasında kalça eklemine zorlamadan sınırlı şekilde hareket ettiği saptanmıştır.

Kalça protezi uygulanan olgu grubundaki bireylerin cinsel yaşam açısından 1. hafta, 1. ay, 2. ay ve 3. aydaki puan ortalamaları arasındaki etkileşim incelendiğinde zaman faktörü bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F= 1.621$, $p>0.05$). Bu sonucun hem olgu hem de kontrol grubundaki bireylerin genellikle dul olması ve Türk kültüründe cinselliğe bakış açısı ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Cinsel aktivitede bulunmayı tercih etmeyenler ise, dislokasyon korkusu ile cinsel aktiviteden kaçındığını ifade etmiştir. Lacupacis ve arkadaşları (1993) hastaların ameliyat öncesi dönemde cinsel aktivitelerinde azalma olduğunu, ameliyat sonrası dönemlerde ise cinsel aktivitelerinin arttığını bulmuştur (111). Hemşireler telefon izlemi ile bireylerin cinsel yaşamını izleyebilirler. Gagligardi (2003), multiple skleroz tanısı alan bireylerin cinsel yaşamının izleminde telefon hemşireliğini uygulamıştır (63).

4.5.2.6. İlaç Kullanımı Açısından İzlem Sonuçları

Olgu grubundaki bireylerin ilaç kullanımı ve yan etkileri açısından bulguları incelendiğinde 1. haftada ilaç kullanımı ile ilgili bir sorun olmadığı ve ilaç yan etkisi görülmediği belirlenmiştir (%100.00, $n=44$). Birinci ayda ilaç kullanan bireylerin oranının %90.90 olduğu ($n=40$) ve ilaç yan etkisinin görülmediği saptanmıştır. İkinci ve 3. ayda ilaç kullananların oranının %84.10 ($n=37$) olduğu ve yan etkisinin görülmediği belirlenmiştir. İlaç kullanım oranının yüksek olmasının, olgu grubundaki bireylerin çoğunun mevcut hastalıkları nedeniyle birden fazla ilaç kullanması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

4.5.2.7. Komplikasyonlar Açısından İzlem Sonuçları

Ameliyat sonrası olası komplikasyonlar arasında yara yeri problemleri, protez dislokasyonu, nörovasküler problemler, derin ven trombozu, ve emboli bulunmaktadır.

4.5.2.7.1. Yara Yeri İzlemi

Olgu ve kontrol grubundaki bireylerin telefon ile yapılan izleminde yara yerine ilişkin bulgular olarak yara yerinde ağrı, kızarıklık, şişlik ve akıntı izlenmiştir.

4.5.2.7.1.1. Yara Yerinde Ağrı

Olgu grubundaki bireylerin 1. hafta yara yerinde ağrı bulguları incelendiğinde %72.80'inin (n=31) ağrı şikayetinin olmadığı görülmektedir. %22.70'si (n=10) hafif, %4.50'i (n=2) orta düzeyde ağrı oluştuğunu ifade etmiştir. Birinci ayda yara yerinde ağrı oluşmadığı saptanan birey oranı %95.50 (n=42) iken, orta düzeyde ağrı oluştuğu belirlenen birey oranı %4.60'dır (n=2). Bireylerin %97.70'sinde (n=43) 2. ayda yara yerinde ağrı oluşmazken, %2.30'ünde hafif düzeyde ağrı oluştuğu belirlenmiştir. Bireylerin 3. ayda yara yeri ile ilgili ağrı şikayeti bulunmamaktadır (%100.00, n=44). Kalça protezi uygulanan olgu grubundaki bireylerin taburculuk sonrası yara yerinde ağrı puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (F=4.690, p<0.001), **(Tablo 17)**. Bu farkın hangi zaman dilimindeki ortalamadan ileri geldiğini saptama amacıyla yapılan analize göre; 1. hafta ile 1. ve 2. ayın (p<0.01), 1. hafta ile 3. ayın (p<0.001), 1. ay ile 2. ayın (p<0.05) puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir. Birinci ay ile 3. ayın, 2. ay ile 3. ayın puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı (p>0.05) bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda olgu grubundaki bireylerin 1. haftadan itibaren yara yerinde ağrısının azaldığı, 3. ayda ağrı yaşamadıkları belirlenmiştir. Bu durum yara iyileşmesinin istendik düzeyde olduğunu göstermektedir.

Üçüncü ayda kontrol grubundaki bireylerin %100.00'de (n=44) yara yerinde ağrıya ilişkin belirtiler görülmediği saptanmıştır. Gruplar arasında yara yerinde ağrı oluşumunda fark olmadığı (t=-1.43, p>0.05) belirlenmiştir **(Tablo 22)**. Her iki grupta da yara yeri iyileşmesinin iyi olduğu ve enfeksiyon gelişmediği görülmektedir.

4.5.2.7.1.2. Yara Yerinde Kızarıklık

Olgu grubundaki bireylerin %90.90'da (n=40) 1. haftada yara yerinde kızarıklık bulunmazken, %6.80'de (n=3.4) hafif, %2.30'de (n=1) orta düzeyde bir kızarıklık olduğu saptanmıştır. Olgu grubundaki bireylerin (%100.00, n=44) 1. ay, 2. ay ve 3. aydaki izlemlerinde, kontrol grubundaki bireylerin hiçbirinde (%100.00, n=44) 3. ayda yara yerinde kızarıklık bulunmamaktadır. Olgu grubundaki bireylerin taburculuk sonrası izlemlerinde yara yerinde kızarıklık puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı değildir (F=2.100, p>0.05). Bu durum yara iyileşmesinin iyi olduğunu ve enfeksiyon gelişmediğini göstermektedir.

4.5.2.7.1.3. Yara Yerinde Şişlik

Olgu grubunda, 1. hafta, 1. ve 2. ayda yara yerinde şişlik olmayanlar %97.70 (n=43), hafif olanlar %2.30 (n=1) olarak saptanmıştır. Bireylerin 44'ü de (%100.00) 3. ayda yara yerinde şişlik olmadığını ifade etmiş olup, ileri analiz sonucuna göre izlem periyotları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (F=1.000, p>0.05). Kontrol grubundaki bireylerin 3. ayda şişlik olmadığını belirtme oranı %100.00'dür (n=44). Bu sonuç yara yerinin uygun iyileşme gösterdiği anlamına gelmektedir.

4.5.2.7.1.4. Yara Yerinde Akıntı

Olgu grubundaki bireylerin üç aylık yara yerinde akıntı bulguları incelendiğinde, 1. haftada %95.50'de (n=42) akıntı olmadığı, % 4.50'de hafif (n=2) akıntı olduğu saptanmıştır. 1., 2. ve 3. ayda olgu grubundaki bireylerin (%100.00, n=44) akıntı şikayeti olmamıştır. Kontrol grubundaki bireylerde de 3. ayda yara yerinde akıntı görülmediği belirlenmiştir (%100.00, n=44). Bu sonuç yara yeri enfeksiyonunun gelişmediğinin bir göstergesidir. Dal çalışmasında (2002) enfeksiyon görülmediğini; Hersekli ve Atik yaptıkları çalışmada (1999), yüzeysel enfeksiyon görülme oranının total kalça protezi

grubunda %7.10, bipolar hemiartoplasti grubunda %8.30, unipolar hemiartoplasti grubunda %10.50 olduğunu belirtmişlerdir (36, 84).

4.5.2.7.2. Nörovasküler Sorunların İzlemi

Bireylerin nörovasküler durumuna ilişkin bulgular olarak his kaybı, bacakta şişlik, ciltte soğukluk ve solukluk ile ayak hareketlerinde bozulma izlenmiştir.

4.5.2.7.2.1. His Kaybı

Olgu grubundaki bireylerin %54.50'i (n=24) 1. haftada hafif derecede his kaybı yaşadığını, %36.40'ü (n=16) his kaybı yaşamadığını ifade etmiştir. His kaybına ilişkin 1. ay bulguları incelendiğinde, %75.00 oranında (n=33) his kaybı olmadığı, %20.50 (n=9) oranında hafif ve %4.50 (n=2) oranında orta düzeyde his kaybı yaşandığı saptanmıştır. İkinci ayda %88.60 (n=39), 3. ayda %95.50 (n=42) oranında bireyler his kaybı olmadığını belirtirken, hafif düzeyde his kaybı olduğunu belirtenlerin oranı 2. ayda %11.40 (n=5), 3. ayda %4.50 (n=2) olarak saptanmıştır. Taburculuk sonrası his kaybı puan ortalamaları arasındaki farkın çok anlamlı olduğu belirlenmiştir (F:12.325, $p<0.001$), (**Tablo 18**). Yapılan ileri analiz sonucunda; 1. hafta ile 1., 2. ve 3. aydaki his kaybı puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p\leq 0.001$). Birinci ay ile 2. ve 3. aydaki his kaybı puan ortalaması arasında anlamlı fark ($p< 0.05$) olduğu; 2. ile 3. ayda anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Yapılan ileri analizde his kaybı belirtisinin en fazla 1. haftada olduğu, 1. aydan itibaren her ay giderek azaldığı, 2. ve 3. ayda his kaybı belirtisinin birbirine yakın olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Kontrol grubunda yer alan bireylerin 3. ayda %86.40'de (n=38) his kaybı görülmezken, %11.40'de (n=5) hafif, %2.30'de(n=1) şiddetli düzeyde his kaybı olduğu saptanmıştır. Üçüncü ayda his kaybı açısından gruplar arası fark istatistiksel olarak

anlamli ($t=1.30$, $p>0.05$) değildir (**Tablo 22**). Bu sonucun olgu ve kontrol grubundaki bireylerde nörovasküler sorun yaşanmaması ile ilişkili olduğu düşünölmüştür.

His kaybı olduğunu belirten bireylere telefon ile yönlendirme yaparak nörovasküler izlem yapılmıştır. Hafif düzeyde his kaybı olduğunu belirten bireylerin nörovasküler tanılmasının normal olduğu belirlenmiş, bu durumun proteze uyum sağlayamama ile ilişkili olabileceği düşünölmüştür. Orta düzeyde his kaybı olduğunu belirten bireylerin ağırlıklı olarak birden fazla kronik hastalığa sahip, yaşlı, egzersizlerini düzenli yapmayan ve kişilik özelliği olarak hassas olan bireyler olduğu fark edilmiştir. Bu kişilere nörovasküler tanılama yapılmış, nörovasküler tanılamlarının normal olduğu saptanınca egzersizlerini düzenli yapmaları için cesaretlendirilmiş, hastaların bireysel özelliklerinden dolayı tanılama yaparken herhangi bir durumu fark etmeme olasılığını elimine etmek için doktora yönlendirme yapılmıştır. şiddetli his kaybı yaşayanlar tanılama yapıldıktan sonra doğrudan hekime yönlendirilmiştir.

4.5.2.7.2.2. şişlik

Ameliyat olan bacakta hafif derecede şişlik olduğunu bildirenlerin oranı 1. haftada %59.10 ($n=26$) iken, olmayanların oranı %40.90'dur ($n=18$). Birinci ayda şişlik olmayan birey oranı %65.90, 2. ayda %95.50 ($n=42$) olarak belirlenmiştir. şişlik olmayan birey sayısı 3. ayda olgu grubunda %100.00 ($n=44$) olarak saptanmıştır. Üçüncü ayda kontrol grubundaki bireylerin %88.60'da ($n=39$) şişlik ve ödem gelişmezken, %9.10 ($n=4$) oranında hafif düzeyde ve %2.30 ($n=1$) oranında önemli düzeyde şişlik olduğu saptanmıştır. Olgu ve kontrol gruplarındaki bireylerde 3. ayda şişlik belirtisi açısından fark olması ($t=2.029$, $p<0.05$), önerilere yeterince uymayan kontrol grubu bireylerde nörovasküler sorun gelişme riskinin daha yüksek olduğuna işaret etmektedir (**Tablo 22**).

Kalça protezi uygulanan olgu grubundaki bireylerin taburculuk sonrası şişlik puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (F=18.872, p<0.01), (**Tablo 19**). Bu farkın hangi zaman diliminden kaynaklandığını belirlemek için yapılan analiz sonucunda; 1. hafta ile 1. ay arasında çok anlamlı (p<0.01), 1. hafta ile 2. ve 3. ay arasında ileri derecede anlamlı (p<0.001) fark olduğu; 1. ay ile 2. ve 3. ay arasında ileri derecede anlamlı (p<0.001) fark varken, 2. ve 3. ayda bacakta şişliğin yaklaşık aynı sayıda görüldüğü saptanmıştır (p>0.05), (**Tablo 19**). Bu durumda kalça protezi sonrası hastaların bacaklarında olan şişliğin 1. haftada en yoğun yaşandığı, 1. aydan itibaren giderek azaldığı, 2. ve 3. ayda bacakta şişliğin benzer oranda olduğu belirlenmiştir. Şişlik olmayan birey sayısı 3. ayda olgu ve kontrol grubunda %100.00 (n=44) olarak saptanmıştır. Dal'ın çalışmasında (2002) bireylerin %31.20'de ödem geliştiği belirtilmiştir (36).

4.5.2.7.2.3. Ciltte Soğukluk

Ameliyatlı bacakta soğukluk hissedilmesi açısından bulgular incelendiğinde, 1. haftada bireylerin %93.20'si (n=41); 1.ay ve 2. ayda %97.70'si (n=43), 3. ayda %100.00'ü (n=44) soğukluk hissetmediklerini ifade etmişlerdir. Kontrol grubundaki bireylerin (%100.00, n=44) ameliyat olan bacağına soğukluk görülmediği saptanmıştır. Olgu grubunun ölçüm sonuçları arasında fark olup olmadığını belirlemek için yapılan analize göre soğukluk hissetme açısından fark olmadığı bulunmuştur (F=2.048, p>0.05). Sonuçlar doğrultusunda kalça protezi sonrası hastalarda dolaşım problemi olmadığı görülmüştür.

4.5.2.7.2.4. Ciltte solukluk

Olgular grubundaki bireylerde, 1. haftada %95.50 (n=42), 1. ay, 2. ay %97.70 (n=43), 3. ayda %100.00 (n=44) oranında solukluk oluşmadığı saptanmıştır. Üçüncü

ayda kontrol grubundaki bireylerin (%100.00, n=44) ameliyat olan bacağında solukluk belirtisinin görülmediği saptanmıştır. Zaman periyotları arasındaki fark incelendiğinde, olgu grubunun sonuçları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (F=1.000, p>0.05). Bu durum ameliyat sonrası dolaşım problemi yaşanmadığı şeklinde yorumlanabilir.

4.5.2.7.2.5. Ayak Hareketlerinde Bozulma

Ayak hareketlerinde bozulma bulguları incelendiğinde, 1. haftada olgu grubundaki bireylerin %90.90'u (n=40), 1. ayda %95.50 (n=42), 2. ayda %97.70'si (n=43), 3. ayda %100.00'ü (n=44) ayak hareketlerinde herhangi bir bozukluk oluşmadığını ifade etmiştir. Ayak hareketlerinde bozulma olmadığını belirten kontrol grubundaki birey oranı %86.40 (n=38) iken, %11.40'ü (n=5) hafif, %2.30'ü (n=1) şiddetli düzeyde ayak hareketlerinde bozulma olduğunu belirtmişlerdir. Gruplar arası farkın anlamlı olduğu (t=2.32, p<0.05) bulunmuştur (**Tablo 22**). Bu durumda kontrol grubundaki bireylerin ayak hareketlerinin tekrar eski haline dönüşünde bir gecikme olduğunu ve komplikasyon gelişmiş olabileceğini düşündürmektedir. Zaman periyotlarına göre olgu grubunda ayak hareketlerinde bozulma sonuçları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir (F=1.537, p>0.05). Bu durumda olgu grubundaki bireylerde fark yaratacak düzeyde bir bozulma olmadığı, ameliyat sonrası dönemde fonksiyonlarını yerine getirebildiği ve implanta ilişkin sorun gelişmediği söylenebilir. Şendir'in (2000) çalışmasında da implanta ilişkin bir sorun yaşanmadığı bildirilmiştir (185). Jergesen ve arkadaşlarının çalışmasında (1978), ameliyat sonrası bir hastada yerleştirilen implantta malpozisyon geliştiği saptanmıştır (94). Hersekli ve Atik'in (1999) çalışmasında unipolar hemiarthroplasti uygulanan hastaların %5.30'de gevşeme, %22.20'de asetebular aşınma;

bipolar hemiartroplasti ameliyatı olanların da %22.20'de asetebular aşınma olduğu bildirilmiştir (84).

4.5.2.7.3. Protez Dislokasyonu Açısından İzlem Sonuçları

Protez dislokasyon belirti ve bulguları olarak ameliyat olan bacakta ağrı, kısılma, içe ve dışa dönme değerlendirilmiştir. Olgu grubundaki bireylerde (%100.00, n=44) dislokasyon belirtileri görülmemiştir. Kontrol grubunda bir kişide (%2.30 n=1) ağrı, kısılma, içe dönme ve dışa dönme belirtileri görülmüştür. Dislokasyon belirti ve bulgularına ilişkin gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır (t=1.000, p>0.05). Elde edilen sonuca göre, her iki grupta da dislokasyon komplikasyonunun oluşmadığı belirlenmiştir. Kontrol grubunda bir kişide görülen komplikasyon belirtilerinin egzersiz programına yeterince uymama nedeniyle gelişmiş olabileceği düşünülmüştür. Dal'ın çalışmasında (2002) bireylerde dislokasyon bulgusu görülmediği, Jergesen ve arkadaşlarının çalışması (1978) ile Hypnar ve Anderson'un (2001) çalışmalarında ameliyat sonrası dislokasyon geliştiği bildirilmiştir (36, 89, 94).

4.5.2.7.4. Derin Ven Trombozu İzlemine İlişkin Sonuçlar

Ameliyat sonrası dönemde ödem ve şişlik, ciltte ısı artışı, ciltte kızarıklık, hassasiyet/ağrı bulguları derin ven trombozunun olası bulguları olarak değerlendirilmiştir.

4.5.2.7.4.1. Bacakta Şişlik ve Ödem

Ameliyat olan bacağına hafif derecede şişlik ve ödem oluştuğunu belirten olgu grubundaki birey oranı 1. haftada %59.10 (n=26) iken, 1. ayda şişlik ve ödem olmayan birey oranı %65.90 olarak saptanmıştır. İkinci ayda şişlik ve ödem olmayan oranı %95.50 (n=42), 3. ayda %100.00 (n=44) olarak saptanmıştır. Derin ven trombozu belirti ve bulguları açısından kontrol grubundaki bireylerin %77.30'de (n=34) şişlik ve ödem

olmadığı, %20.50'de (n=9) hafif, %2.30'de (n=1) önemli düzeyde oluştuğu görülmüştür. Üçüncü ayda kontrol grubundaki bireylerin %88.60'da (n=39) şişlik ve ödem gelişmezken, %9.10 (n=4) oranında hafif düzeyde ve %2.30 (n=1) oranında önemli düzeyde şişlik oluştuğu saptanmıştır. Derin ven trombozu bulgularından ödem (t=1.00, p>0.05), şişlik (t=2.029, p<0.05), açısından gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur (**Tablo 22**). Her iki grupta da şişlik ve ödemin görülmemesi derin ven trombozunun gelişmediğinin bir göstergesidir.

Kalça protezi uygulanan olgu grubundaki bireylerin taburculuk sonrası bacakta ödem ve şişlik puan ortalamalarının izlem periyotlarına göre zaman etkileşimi açısından ileri derecede anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır (F= 18.872, p<0.01), (**Tablo 20**). Bu farkın hangi izlem periyodundan kaynaklandığını belirlemek için yapılan analiz sonucunda; 1. hafta ile 1. ayın puan ortalaması arasında çok anlamlı (p<0.01), 1. hafta ile 2. ve 3. ayın, 1. ay ile 2. ve 3. ayın puan ortalamaları arasında ileri derecede anlamlı fark (p<0.001) olduğu; 2. ve 3. aydaki puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (p>0.05). Bu sonuçlara göre bacakta ödem ve şişlik belirtisinin en yoğun 1. haftada olduğu, daha sonra giderek azaldığı, 2. ve 3. ayda görülme oranının benzer olduğu söylenebilir. Dal'ın çalışmasında (2002) bireylerin %31.20'de ödem geliştiği belirtilmiştir (36).

4.5.2.7.4.2 Ciltte Isı Artışı

Üç aylık izlem boyunca olgu ve kontrol grubunda derin ven trombozuna ilişkin ciltte ısı artışı görülmemiştir (%100.00, n=88).

4.5.2.7.4.3. Ciltte Kızarıklık

Ciltte kızarıklık hissedilmesi açısından bulgular incelendiğinde, 1. haftada olgu grubundaki bireylerin %95.50'i (n=42); 1. ve 2. ayda %97.70'si (n=43), alt

ekstremitelerinde kızarıklık hissetmediklerini ifade etmişlerdir. Üçüncü ayda olgu ve kontrol grubundaki bireylerde ciltte kızarıklık görülmemiştir (%100.00, n=44). Olgu grubunda derin ven trombozu belirtilerinden kızarıklık puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir (F=1.000, p>0.05). Buna göre her iki grupta da ciltte kızarıklığın oluşmadığı söylenebilir.

4.5.2.7.4.4. Ağrı/Hassasiyet

Derin ven trombozunun bir diğer bulgusu olan hassasiyet/ağrı incelendiğinde, olgu grubunda belirtilerin oluşmadığını ifade eden bireyler 1. haftada %81.80 (n=36); 1. ayda %90.90 (n=40), 2. ve 3. ayda %100.00 (n=44) olarak saptanmıştır. Olgu grubunda hafif derecede hassasiyet/ağrı geliştiğini ifade edenlerin oranı 1. haftada %18.20 (n=8), 1. ayda %9.10'dir (n=4). Kontrol grubundaki bireylerde ameliyat sonrası 3. ayda ağrı/hassasiyet gelişmemiştir. Kalça protezi uygulanan olgu grubundaki bireylerin taburculuk sonrası 1. hafta, 1. ay, 2. ay ve 3. aydaki bacakta ödem ve şişlik puan ortalamalarının izlem periyotlarına göre zaman etkileşimi açısından ileri derecede anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır (F= 3.509, p<0.05), (**Tablo 21**). Bu farkın hangi izlem periyodundan kaynaklandığını belirlemek için yapılan analiz sonucunda; 1. hafta ile 1. ay, 2. ay ve 3. ayın ağrı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu (p<0.05), 1. ay ile 2. ve 3. ay arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (p>0.05). Bu sonuca göre olgu grubundaki bireylerin 1. haftadaki hassasiyet/ağrı düzeyinin giderek azaldığı, 1. ve 2. aydaki puan ortalamalarının benzer olduğu görülmüştür.

Şendir'in çalışmasında (2000) kontrol grubundaki hastaların bir tanesinde derin ven trombozu geliştiği bildirilmiştir (36). Hypnar ve Anderson'un çalışmasında (2001), evde bakım programının uygulandığı merkezdeki (The Joint Care Center) hastalarda

%0.01, bölge hastanelerinde %1.00, devlet hastanelerinde %1.40 oranında DVT geliştiği belirtilmiştir (89).

4.5.2.7.5. Emboli Açısından İzlem Sonuçları

Olgu grubunu oluşturan bireylerde emboli bulguları olan bilinç seviyesinde değişme, solunum zorluğu, solunum sayısında artma, nabız artışı, vücut ısısında artma, göğüs ağrısı ve öksürük şikayetlerinin olmadığı belirlenmiştir (%100.00, n=44). Kontrol grubundaki bir bireyde (%2.30, n=1) bilinç seviyesinde değişiklik ve vücut ısısında artış olduğu belirlenmiştir. Yapılan değerlendirmede bilinç seviyesindeki değişikliğin hastanın yaşı ve depresif durumuyla ilişkili olduğu düşünülmüştür. Hastanın kızı ile yapılan telefon görüşmesi sonucu depresyona bağlı bilişsel düzeyde bozulma olabileceği, vücut ıssısındaki artışın da İdrar Yolu Enfeksiyon'una bağlı gelişmiş olabileceği düşünülmüştür. Kızının tanımlamasına göre inaktif durumda olan hastanın ameliyat sonrası dönemde ortopedi açısından hiç kontrollere gitmediği de saptanmıştır. Telefon ile görüşmeyi reddeden hastanın yerine kızı ile görüşülerek psikiyatri, üroloji ve ortopediste yönlendirilme yapılmıştır. Emboliye ilişkin diğer bulguların hiçbirinin kontrol grubundaki bireylerde görülmediği saptanmıştır (%100.00, n=44). Hypnar ve Anderson çalışmalarında (2001), kalça protezi ameliyatından sonra evde bakım programının uygulandığı merkezde (The Joint Care Center) pulmoner emboli gelişmezken, bölge hastanelerinde %0.30, devlet hastanelerinde %0.40 oranında pulmoner emboli geliştiğini saptamışlardır (89).

4.6. Olgu ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Taburculuk Sonrası Telefon İle İzlem Yapılması Konusundaki Görüşleri

Olgu grubundaki bireylerin telefon ile yapılan hemşirelik bakımından memnun oldukları saptanmıştır (%100.00, n=44). Telefon ile yapılan bakımdan yararlandığını belirtenlerin oranı %97.70'dir (n=43). Olgu grubunda telefon ile yapılan önerilere tamamen uyduğunu belirtenlerin oranı %61.40 (n=27), önerilere kısmen uyduğunu ifade edenlerin oranı %25.00 (n=11) ve önerilere çok az uyduğunu belirtenlerin oranı %13.60 (n=6) olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki bireylerde taburculuk sonrası telefon ile izlem gereksinimi duymadığını belirtenlerin oranı %4.80 (n=2) iken, bu konuda herhangi bir fikri olmadığını ifade edenlerin oranı %22.70 (n=10) olarak belirlenmiştir. Telefon ile bakım almayı tercih edenlerin oranı ise %72.70'dir (n=32).

Araştırma süreci boyunca telefon yolu ile aldıkları bakımdan memnun olduğunu belirten olgu grubundaki birey oranı %100.00 iken, kontrol grubunda bu oran %75.00 olarak saptanmıştır. Memnuniyet açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=11.790$, $p<0.001$). Literatür incelendiğinde telefon hemşireliğinden memnuniyetin yüksek olduğu görülmektedir (79, 110, 123, 155). Hasta memnuniyeti ya da doyum; hasta beklentilerinin karşılanması ya da hastaların, hizmet sunumu sonucunda duyduğu mutluluk derecesidir (214). Kalça protezi uygulanan hastalara yapılan danışmanlık hizmeti önemli olup, hastaların memnuniyetlerini arttırmaktadır. Dal'ın çalışmasında (2002) kalça protezi uygulanan hastaların vaka yönetimi modeline göre aldıkları danışmanlık ve bakımdan memnun oldukları belirlenmiştir (36).

4.7. Araştırmacıdan Telefon İle Danışmanlık İstenen Konular

Araştırma süreci boyunca araştırmacıyı telefon ile arayan birey sayısı toplam 9 olup, bunların 6'sı kadın, 3'ü erkektir. Bu sonuç, kadınların duygularını daha rahat ifade edebildiği şeklinde yorumlanabilir. Yapılan bir çalışmada telefon hizmetlerinden yararlananların %73.00'nün kadın olduğu belirlenmiştir (71).

Araştırmacıya ulaşmak için her iki gruba da telefon numarası verilmesine rağmen, araştırmacıyı telefonla arayan bireylerin her biri olgu grubundadır.

Hastaların telefon ile danışmanlık almak istedikleri konuların başında ağrı ilk sırada gelmektedir. Daha sonra ameliyat olan bacakta şişlik, duyu değişiklikleri, yolculuk yapma ve cinsel yaşam gelmektedir. Ağrı tüm hastalar tarafından önemsenen bir konudur. Ağrının yanı sıra ameliyat olan bacakta şişlik ve duyu değişikliklerine ilişkin soruların ilk sıralarda yer alması hastaların ameliyatı çok fazla önemsemiği şeklinde yorumlanabilir. Çeřitli nedenlerle seyahat yapmak durumunda olan hastalar yolculuk yapma şekline ilişkin sorular sormuşlardır. Cinselliđin en son sırada yer alması Türk toplumunun cinselliğe bakış açısını yansıttığı şeklinde dűřünülebilir. Chewit ve arkadaşlarının (1997) yaptığı bir çalışmada; telefon görűmesi yöntemiyle, hastaların öncelik sırasına göre öz bakım desteği, ilaç yönetimi, sağlık sistemi desteği, duygusal destek ve ağrı yönetimine yönelik bilgi gereksinimleri olduğu saptanmış ve telefon yolu ile danışmanlık yapılarak sorunların özölmesine yardımcı olunmuştur (27).

Araştırmada elde edilen bu veriler hasta sonuçlarına kolayca ulaşılmasına, hasta gereksinimlerinin belirlenmesine, taburculuk eğitim planının oluşturulması aşamasında üzerinde önemle durulması gereken konuların belirlenmesine, hemşire-hasta arasındaki etkileşimin geliştirilmesine, hastaların memnuniyetinin artmasına ve yeni araştırmalara yön verecek sonuçların ortaya çıkmasına olanak sağlamıştır. Tüm bunlar hasta bakım

kalitesinin geliştirilmesine yönelik stratejilerin oluşturulmasında yol gösterici olacaktır (79, 85, 110, 149, 155).

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. SONUÇLAR

Kalça protezi uygulanan bireylerin telefon görüşmesi yolu ile bakım sürekliliğinin sağlanmasının bireylerin ameliyat sonrası sonuçlarına olan olumlu etkilerini göstermek amacıyla yapılan araştırma bulgularına göre;

- Yaş dağılımının olgu grubunda 71.00 ± 15.88 ; kontrol grubunda 74.50 ± 17.50 olduğu, yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı ($t=-1.205$, $p>0.05$),
- Eğitim durumlarının ağırlıklı olarak ilkokul olduğu; olgu grubunda %34.10 ($n=15$), kontrol grubunda %40.90 ($n=18$) oranında olduğu ve gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadığı ($\chi^2=1.34$, $p>0.05$),
- Olgu (%93.20 $n=41$) ve kontrol (%81.80 $n=36$) gruplarında sosyal güvencenin emekli sandığı olduğu ve gruplar arasında fark yaratmadığı ($\chi^2=-5.45$, $p>0.05$),
- Bireylerin medeni durumu karşılaştırıldığında her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($\chi^2=3.13$, $p>0.05$); olgu grubundaki bireylerin %47.70'nin ($n=21$), kontrol grubundaki bireylerin %58.80'inin ($n=25$) evli olduğu,
- Olgu grubu bireylerin %47.70'nin ($n=21$), kontrol grubundaki bireylerin %68.20'sinin ($n=30$) ev hanımı olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($\chi^2=7.12$, $p>0.05$),

- Evde yaşama durumu açısından olgu grubundaki bireyler ile kontrol grubundaki bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($x^2=4.90$, $p>0.05$), olgu grubundaki bireylerin %45.40'ünün ($n=20$), kontrol grubundaki bireylerin %54.50'nin ($n=24$) eşi ile birlikte yaşadığı,
- Bireylerin bakımından sorumlu olan kişilerin dağılımının gruplar arasında fark yaratmadığı ($x^2= 3.96$, $p>0.05$); olgu ve kontrol gruplarında bireylerin bakım sorumluluğunun çoğunluğunu eşlerin (%40.90, $n=18$; %40.90, $n=18$) ve çocukların (%31.80, $n=14$; %40.90 $n=18$) üstlendiği,
- Bireylerin ameliyat olma nedenlerinin olgu grubunun %36.40'de ($n=16$), kontrol grubunun %38.60'da ($n=17$) bir kalça ağrısı olduğu ve gruplar arasında fark yaratmadığı ($x^2=3.22$, $p>0.05$),
- Bireylerin fonksiyonel sınırlılıkları içinde olgu ve kontrol gruplarında birinci sırada ambulasyon problemlerinin yer aldığı (%59.10, $n=26$; %56.80, $n=25$) ve gruplar arasında fonksiyonel sınırlılık açısından anlamlı bir fark olmadığı ($x^2=2.32$, $p>0.50$),
- Olgu grubundaki bireylerin %54.50'nin ($n=25$), kontrol grubundaki bireylerin %56.80'inin ($n=24$) yardımcı araç kullanmadığı; olgu grubundakilerin %31.80'inin ($n=14$) kontrol grubundakilerin %29.50'inin ($n=13$) bir baston kullandığı ve bu durumun gruplar arasında anlamlı bir fark yaratmadığı ($x^2=1.20$, $p>0.05$),
- Ortopedik sorunlarının başlama zamanının olgu ve kontrol gruplarında benzerlik gösterdiği ve gruplar arasında anlamlı bir fark yaratmadığı ($x^2=8.18$, $p>0.05$);

olgu grubundaki bireylerin %61.40'da (n=27), kontrol grubundaki bireylerin ise %68.10'da (n=30) kalça ile ilgili sorunlarının 1-6 ay önce başladığı,

- Olgu grubundaki bireylerin %77.30'nün (n=34) kontrol grubundaki bireylerin %79.50'inin (n=35) geçmişte fizik tedavi almadığı, bu durumun gruplar arasında anlamlı bir farka neden olmadığı ($\chi^2=7.81$, $p>0.05$),
- Bireylerin geçmişte almış olduğu tanılar açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadığı ($\chi^2=6.20$, $p>0.05$), olgu grubundaki bireylerin %47.70'de (n=21), kontrol grubundaki bireylerin %40.90'da (n=18) birden fazla tıbbi tanı bulunduğu,
- Bireylerin geçmişteki ilaç kullanımını açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadığı ($\chi^2=5.13$, $p>0.05$); olgu grubundaki bireylerin %61.40'ü (n=27) birden fazla ilaç kullanırken, bu oranın kontrol grubunda %70.50 (n=31) olduğu,
- Bireylerin iyileşme konusundaki görüşleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($\chi^2=8.35$, $p<0.05$), olgu grubundaki bireylerin yarısının (%50.00, n=22), kontrol grubundaki bireylerin %72.70'nin (n=32) iyileşmeleri konusunda herhangi bir fikirlerinin olmadığı; olgu grubundakilerin %29.50'nin (n=13) kontrol grubundakilerin %20.50'nin (n=9) 1-3 ay içinde iyileşmeyi beklediği,
- Bireylerin menopoza girme durumlarının her iki grupta da benzerlik gösterdiği ($\chi^2=0.11$, $p>0.05$), olgu grubunda menopoza girenlerin %59.10 (n=26), kontrol grubunda %56.80 (n=25) oranında olduğu,

- Olgu grubundaki bireylerin %43.20'nin (n=19), kontrol grubunda %54.50'nin hormon replasman tedavisi almadığı, bu durumun gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olmadığı ($\chi^2=4.28$, $p>0.05$),
- Olgu grubundaki bireylerin %72.70'nin (n=32), kontrol grubunda %75.00'nin (n=33) total kalça protezi ameliyatı olduğu ve ameliyat türü açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($\chi^2=1.01$, $p>0.05$),
- Ameliyat ile ilgili temel tanı açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($\chi^2=15.93$, $p>0.05$); olgu grubundaki bireylerin %38.60'a (n=17) kalça eklemi koksartrozu, %34.10'a (n=15) collum femoris kırığı, %25.00'ne (n=11) intertorakanterik femur kırığı, %2.30'ne (n=1) subtorakanterik femur kırığı tanısı ile ameliyat uygulandığı; kontrol grubundaki bireylerin %40.90'a (n=18) collum femoris, %29.50'ne (n=13) kalça eklemi koksartrozu, %18.20'ne (n=8) subtorakanterik femur kırığı, %9.10'ne (n=4) intertorakanterik femur kırığı, %2.30'ne (n=1) osteoporoz nedeni ile operasyon uygulandığı,
- Vücut ağırlığı açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı ($t=1.02$, $p>0.05$), olgu grubundaki bireylerin vücut ağırlığı ortalamasının 69.68 ± 1.60 , kontrol grubundaki bireylerin 67.38 ± 1.54 olduğu,
- Hastanede yatılan gün sayısının olgu grubunda 12.61 ± 0.71 , kontrol grubunda 13.09 ± 0.85 olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı ($t=-4.29$, $p>0.05$),
- Ameliyat sonrası erken dönemde komplikasyon gelişme oranı açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı ($\chi^2=1.25$, $p>0.05$); olgu grubunda yer alan bireylerin %93.20'de (n=41) komplikasyon gelişmediği, %2.30'de (n=1) yara

yeri enfeksiyonu, %2.30'de (n=1) DVT, %2.30'de (n=1) bası yarasının geliştiği; kontrol grubundaki bireylerin %75.00'de (n=33) komplikasyon gelişmediği, %18.20'de (n=8) yara yeri enfeksiyonu, %2.30'de (n=1) DVT ve %2.30'de (n=1) bası yarasının geliştiği,

- Hasta kabulünde yapılan **fonksiyonel değerlendirme**; maksimum yürüme mesafesi (t=1.319, p>0.05), yürüme yardımcılarının kullanımı (t=.616, p>0.05), sandalyeden kalkma (t=1.515, p>0.05), merdiven çıkma (t=.984, p>0.05), çalışma durumu (t=1.144, p>0.05), günlük işler (t=.934, p>0.05), ulaşım (t= 2.159, p<0.05), alt ekstremitte bakımı (t=2.078, p<0.05) bulguları karşılaştırıldığında; bireysel fonksiyonları gerçekleştirme olgu ve kontrol grubu arasındaki farkın, ulaşım ve alt ekstremitte bakımı dışında istatistiksel olarak anlamlı olmadığı,
- Olgu ve kontrol grubundaki bireylerin **ameliyat sonrası 3. aydaki** fonksiyonel değerlendirme bulgularının; maksimum yürüme mesafesi (t= 4. 082, p: 0.000), yürüme yardımcılarının kullanımı (t= 4.106, p: 0.000), sandalyeden kalkma (t= 2.006, p: 0.048), merdiven çıkma (t= 3.215, p: 0.002), çalışma durumu (t= 1.050, p: 0.297), günlük işler (t= 2.866, p: 0.005), ulaşım (t= 2.320, p: 0.023), alt ekstremitte bakımı (t= 3.517, p: 0.001) olduğu; gruplar arasındaki farkın çalışma durumu dışında istatistiksel olarak anlamlı olduğu,
- Olgu grubundaki bireylerin ameliyattan sonra 3. ayda fonksiyonel açıdan oldukça iyi ilerleme kaydettikleri (t=-6.83, p<0.001), aynı ilerlemenin kontrol grubunda görülmediği (t=-1.90, p>0.05),

- **Hasta kabulünde** kalça değerlendirme anketi değerlendirilmesi sonucunda; kalça ağrısı ($t = -1.09$, $p > 0.05$), banyo yapma ($t = -2.180$, $p > 0.05$), ulaşım ($t = -1.016$, $p > 0.05$), çorap giyme ($t = -1.201$, $p > 0.05$), alışveriş yapma ($t = -.870$, $p > 0.05$), yürüme süresi ($t = -1.343$, $p > 0.05$), merdiven çıkma ($t = -1.663$, $p > 0.05$), sandalyeden kalkarken ağrı ($t = -1.602$, $p > 0.05$), yürürken topallama ($t = .704$, $p > 0.05$), ani/ciddi kalça ağrısı ($t = .436$, $p > 0.05$), genel olarak işlerin etkilenmesi ($t = -1.402$, $p > 0.05$), gece yatakta ağrı ($t = -.391$, $p > 0.05$) açısından olgu ve kontrol grubu arasındaki farkın anlamlı olmadığı,
- Olgu ve kontrol grubunun **ameliyat sonrası 3. aydaki** kalça değerlendirme bulguları; kalça ağrısı ($t = -2.633$, $p < 0.01$), banyo yapma ($t = -3.437$, $p < 0.001$), ulaşım ($t = -4.157$, $p < 0.001$), çorap giyme ($t = -4.159$, $p < 0.001$), alışveriş yapma ($t = -3.078$, $p < 0.01$), yürüme süresi ($t = -3.528$, $p < 0.001$), merdiven çıkma ($t = -3.051$, $p < 0.01$), sandalyeden kalkarken ağrı ($t = -2.933$, $p < 0.01$), yürürken topallama ($t = -1.997$, $p < 0.05$), ani/ciddi kalça ağrısı ($t = -1.222$, $p > 0.05$), genel olarak işlerin etkilenmesi ($t = -3.547$, $p < 0.01$), gece yatakta ağrı ($t = -3.413$, $p < 0.01$) şeklinde olduğu ve sonuçların ani/ciddi kalça ağrısı dışında anlamlı olduğu,
- Olgu ($t = 12.69$, $p < 0.001$) kontrol ($t = 7.57$, $p < 0.01$) grubundaki bireylerin protez ameliyatından yarar gördüğü,
- Telefon ile izlem yapılan olgu grubu ile telefon izlemi yapılmayan kontrol grubundaki bireylerin sonuç kriterlerine ulaşma durumları karşılaştırıldığında; ameliyat bölgesindeki kalça ağrısı, ev içinde yürürken ağrı, egzersiz yaparken zorlanma, yatak ya da sandalyeden kalkarken zorlanma, merdiven çıkabilme, ev işlerini yapabilme, ulaşım araçlarına binerek ulaşımı gerçekleştirebilme, yara

yerinde ağrı, ameliyat olan bacakta şişlik ve ayak hareketlerinde bozulma açısından anlamlı fark olduğu ($p<0.05$); bahçe işleri, namaz kılma, giyinme, tuvaletini yapabilme, kişisel hijyenini sağlayabilme, yemek yapabilme, çalışabilme, alışveriş yapabilme, cinsel aktivitede bulunabilme, ameliyat olan bacakta his kaybı, şişlik, ödem ve ağrı/hassasiyet açısından aradaki farkın anlamlı olmadığı ($p>0.05$),

- Olgu grubundaki bireylerin tamamının (%100.00, $n=44$) telefon ile yapılan bakımdan memnun olduğu, %97.70'nin ($n=43$) telefon izleminden yararlandığı, %61.40'nün ($n=27$) önerilere tamamen uyduğu,
- Kontrol grubundaki bireylerin ise %72.70'nin ($n=32$) telefon ile hemşirelik bakımını istedikleri,
- Araştırma süresi boyunca aldıkları bakımdan memnun olduğunu belirten olgu grubundaki birey oranının %100.00, kontrol grubundaki birey oranının %75.00 olduğu ve memnuniyet açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($t=11.790$, $p<0.001$),
- Araştırma süresi boyunca araştırmacıyı telefon ile arayan birey sayısının 9 olduğu, bunların 6'sının kadın, 3'ünün erkek olduğu,
- Araştırmacıyı arayan bireylerin her birinin olgu grubunda olan bireyler olduğu,
- Hastaların telefon ile danışmanlık almak istedikleri konuların başında ağrının; daha sonra ameliyat olan bacakta şişlik, duyu değişiklikleri, yolculuk yapma ve cinsel yaşamın geldiği,
- Kalça protezi uygulanan olgu grubundaki bireylerin taburculuk sonrası periyodik izlemlerinde ağrı puan ortalamaları arasında anlamlı derecede fark olduğu ($F=$

4.657, $p<0.001$); 1. hafta ve 1. ayda yaşanan ağrı şiddetinin benzer olduğu ($p>0.05$), ameliyat sonrası dönemde oluşan ağrının 1. ay ve 2. ayda giderek azaldığı ($p<0.01$), daha az düzeyde oluşan 2. ve 3. aydaki ağrının benzer olduğu ($p>0.05$),

- Olgu ve kontrol grubunun 3. ay kalça ağrı puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($t=-2.633$, $p<0.05$); bu sonuç doğrultusunda telefon ile yapılan izlemin olgu grubundaki bireylerin ağrı yönetiminde etkili olduğu ve ameliyat yerindeki ağrının giderek azaldığı,
- Olgu grubunda ev içinde yürürken ağrı puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu ($F=3.301$, $p:0.030$); 1. hafta ev içinde yürürken yaşanan ağrının yoğun olduğu ve üç ay boyunca giderek azaldığı ($p<0.01$); 1., 2. ve 3. ay ağrı özelliklerinin benzer olduğu ve fark oluşturmadığı ($p>0.05$),
- Üçüncü ayda ev içerisinde yürürken ağrı açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($t=-2.21$, $p<0.05$), telefon hemşireliğinin ev içinde yürürken ağrı yönetiminde etkili olduğu,
- Olgu grubundaki bireylerin taburculuk sonrası 1. hafta, 1. ay, 2. ay ve 3. aydaki egzersiz sırasında ağrı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı ($F=1.847$, $p: .154$); egzersiz yaparken ağrı düzeyinin tüm izlem periyotlarında benzer olduğu ($p>0.05$),
- Üçüncü ayda egzersiz sırasında ağrı açısından olgu ve kontrol grupları arasındaki farkın anlamlı olduğu ($t=-1.77$, $p<0.05$),
- Olgu grubundaki bireylerin yatak ya da sandalyeden kalkarken ağrı puan ortalamalarının zamana göre değişim gösterdiği ($F=16.560$, $p<0.000$); olgu

grubundaki bireylerde yatak ya da sandalyeden kalkarken oluşan ağrının 1. hafta ve 1. ayda benzer olduğu ($p>0.05$), 1. haftaya göre ağrının 2. ve 3. ayda anlamlı bir azalma gösterdiği ($p<0.001$); 1. aydaki sandalyeden kalkarken oluşan ağrıya göre 2. ve 3. ayda oluşan ağrının anlamlı derecede azaldığı ($p<0.01$), ağrı özelliğinin 2. ve 3. ayda benzer olduğu ($p<0.05$),

- Üçüncü ayda yatak ya da sandalyeden kalkarken ağrı açısından olgu ve kontrol grupları arasındaki farkın ileri derecede anlamlı olduğu ($t=4.13$, $p<0.01$), buna göre telefon hemşireliğinin yatak ya da sandalyeden kalkarken bireylerin ağrısını kontrol altına almalarında etkili olduğu,
- Olgu grubundaki bireylerin merdivenden çıkarken zorlanma bakımından taburculuk sonrası izlem sonuçlarının zaman etkileşimi açısından anlamlı olduğu ($F=4.037$, $p:0.013$); kalça protezi ameliyatından sonra bireylerin ilk iki ay merdiven çıkarken zorlandıkları ($p>0.05$); 2. ayda merdiven çıkmalarının gelişmeye başladığı ($p<0.05$) ve bu gelişimin 3. ayda giderek arttığı ($p<0.05$),
- Merdiven çıkarken zorlanma açısından olgu ve kontrol grupları arasındaki farkın anlamlı olduğu ($t=2.97$, $p<0.05$), telefon hemşireliğinin bireylerin merdivenden çıkma aktivitelerini başarmalarında etkili olduğu,
- Üçüncü ayda bahçe işleri ile uğraşırken ($t=-45$, $p>0.05$) ve namaz kılarken ($t=1.20$, $p>0.05$) zorluk yaşama açısından olgu ve kontrol grubu arasındaki farkın anlamlı olmadığı,
- Olgu grubundaki bireylerin ev işlerinde zorlanma bakımından taburculuk sonrası puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu ($F=5.735$, $p: 0.002$); kalça protezi sonrası hastaların 1. hafta ve 1. ayda ev işleri ile uğraşırken zorlandıkları

($p>0.05$), ev işlerini 2. aydan itibaren daha rahat yapar hale geldikleri ve 3. ayda gelişim gösterdiği ($p<0.01$), 2. ve 3. ayda ise ev işlerini yapabilme açısından benzer özellikler gösterdiği ($p>0.05$),

- Ev işlerini yapabilme açısından olgu ve kontrol grubu arasındaki farkın anlamlı olduğu ($t=2.97$, $p<0.05$), ev işlerini yönetebilme açısından telefon izleminin yararlı olduğu,
- Giyinirken zorlanma açısından olgu grubundaki bireylerin taburculuk sonrası puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu ($F= 9.002$, $p<0.01$); olgu grubundaki bireylerin giyinirken 1. haftada ve 1. ayda zorlandıkları ve ortalamalar arasında fark olmadığı ($p>0.05$), 1. aydan itibaren giyinirken zorlanmanın azaldığı ($p<0.01$), 2. ve 3. ayda yaşanan zorluğun 1. aya göre daha az olduğu ($p<0.01$), 3. aydaki giyinme aktivitesinin 2. aya göre gelişim gösterdiği ($p<0.05$),
- Giyinme sırasında zorluk yaşanması açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($t=1.54$, $p>0.05$),
- Taburculuk sonrası tuvaletini yaparken zorlanma açısından olgu grubundaki bireylerin puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu, ($F= 17.161$, $p: 0.000$); kalça protezi sonrası bireylerin 1. haftada, 1. ve 2. ayda tuvaletini yaparken benzer zorluğu yaşadığı ($p>0.05$), 1. aydan itibaren tuvaletini yaparken zorlanma azalırken, 2. ve 3. ayda gelişim gösterdiği ($p<0.01$), kalça protezi geçiren bireylerin tuvalete rahatça oturup kalkabilmelerinin 3. ayda ($p<0.01$) olduğu,

- Tuvaletini yapabilme açısından olgu ve kontrol grupları arasındaki farkın anlamlı olmadığı ($t=-.28$, $p>0.05$),
- Kişisel hijyende zorlanma açısından olgu grubundaki bireylerin puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu ($F= 7.467$, $p: 0.000$); 1. hafta ile 1. ay puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı ($p>0.05$); 1. hafta ile 2. ay ($p<0.01$), 1. hafta ile 3. ayın puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu ($p<0.001$) bulunmuştur. Birinci ay ile 2. ayın ($p<0.05$), 1. ay ile 3. ayın ($p<0.01$), 2. ay ile 3. ayın puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda olgu grubundaki bireylerin kişisel hijyenlerini yerine getirmelerinin 1. hafta ve 1. ayda benzer olduğu ($p>0.05$); 1. haftaya göre 2. ay ($p<0.01$) ve 3. ayda ($p<0.001$) kişisel hijyenlerini daha rahat sağlayabildikleri, 1. aya göre 2. ayda ($p<0.05$) ve 3. ayda ($p<0.01$) kişisel hijyenlerini daha rahat yapabildikleri, 3. aydaki gelişimin 2. aya göre daha iyi olduğu ($p<0.05$),
- Kişisel hijyeni sağlayabilme açısından gruplar arasında fark olmadığı ($t=1.13$, $p>0.05$),
- Yemek yaparken zorlanma açısından olgu grubundaki bireylerin izlem sonuçları ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı ($F= 2.489$, $p:0.074$),
- Yemek yapma açısından gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı ($t=1.87$, $p>0.05$),
- Ulaşımında zorlanma açısından olgu grubundaki bireylerin puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu ($F=698$, $p<0.01$); olgu grubundaki bireylerin ulaşımı gerçekleştirmede en çok 1. haftada zorlandıkları, 1. hafta ile 1. ay

($p<0.001$), 2. ay ($p<0.01$) ve 3. ay ($p<0.05$) puanları arasında fark olduğu; 1., 2. ve 3. aydaki puan ortalamalarının benzer olduğu ($p>0.05$); dolayısıyla ulaşımı zorlanmadan yapabilmelerinin 1. aydan itibaren giderek gelişim göstermeye başladığı, son aylardaki özelliğın benzer olduğu,

- Her iki grupta 3. ayda ulaşımında zorlanma açısından anlamlı bir fark olduğu ($t=3.11, p<0.05$),
- Olgu grubundaki bireylerin çalışırken zorlanma açısından periyodik izlem ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı ($F= 2.804, p:0.117$),
- Çalışırken zorlanma açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($t=0.00, p>0.05$),
- Alışveriş yaparken zorlanma açısından olgu grubundaki bireylerin zaman içindeki puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu ($F= 9.649, p: 0.000$); olgu grubundaki bireylerin 1. hafta ve 1. ayda alışveriş yapabilmelerinin benzer olduğu ($p>0.05$), 1. ay ile 2. ayın ($p<0.05$), 1. ay ile 3. ayın puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunduğu ($p<0.01$); 2. ay ile 3. ay puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$), yani bireylerin 2. ayda alışveriş yapabilmeye başladığı, 3. ayda alışveriş yapabilme kapasitelerinin geliştiğı, 2. ve 3. ayda benzer özellik gösterdiği,
- Üçüncü ayda alışveriş yapma aktivitesi açısından olgu ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark olmadığı ($t=1.325, p>0.05$),
- Kalça protezi uygulanan olgu grubundaki bireylerin cinsel yaşam açısından izlem sonuçlarına göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı ($F= 1.621, p>0.05$),

- Cinsel yaşam bulgularının olgu ve kontrol gruplarında benzer dağılım gösterdiği ve gruplar arasında anlamlı bir fark oluşturmadığı ($t=1.91$, $p>0.05$),
- Olgu grubundaki bireylerin taburculuk sonrası yara yerinde ağrı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu ($F=4.690$, $p<0.001$); 1. hafta ile 1. ve 2. ayın ($p<0.01$), 1. hafta ile 3. ayın ($p<0.001$), 1. ay ile 2. ayın ($p<0.05$) puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu, 1. ay ile 2. ve 3. ayın, 2. ay ile 3. ayın puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı ($p>0.05$), dolayısıyla 1. haftadan itibaren yara yerinde ağrının azaldığı ve 3. ayda ağrı oluşmadığı,
- Üçüncü ayda gruplar arasında yara yerinde oluşan ağrı açısından fark olmadığı ($t=-1.43$, $p>0.05$),
- Olgu grubundaki bireylerin taburculuk sonrası izlemlerinde yara yerinde kızarıklık puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı ($F=2.100$, $p>0.05$),
- Olgu grubunda yara yerinde şişlik puanlarının zaman göre değişim göstermediği ve izlem periyotları arasında anlamlı bir farkın görülmediği ($F=1.000$, $p>0.05$),
- Taburculuk sonrası olgu grubunun his kaybı puan ortalamaları arasındaki farkın çok anlamlı olduğu ($F:12.325$, $p<0.001$); 1. hafta ile 1., 2. ve 3. aydaki his kaybı puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı ($p\leq 0.001$) olduğu; 1. ay ile 2. ve 3. aydaki his kaybı puan ortalaması arasında anlamlı bir farkın ($p< 0.05$) olduğu; 2. ile 3. ayda anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$); sonuçlara göre his kaybı belirtisinin en fazla 1. haftada olduğu, 1. aydan itibaren her ay giderek azaldığı, 2. ve 3. aydaki his kaybı belirtisinin birbirine yakın olduğu,

- Üçüncü ayda his kaybı açısından gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($t=1.30$, $p>0.05$),
- Olgu grubundaki bireylerin taburculuk sonrası şişlik puan ortalamaları arasında çok anlamlı bir fark olduğu ($F=18.872$, $p<0.01$); 1. hafta ile 1. ay arasında çok anlamlı ($p<0.01$), 1. hafta ile 2. ve 3. ay arasında ileri derecede anlamlı ($p<0.001$) fark olduğu; 1. ay ile 2. ve 3. ay arasında ileri derecede anlamlı ($p<0.001$) fark varken, 2. ve 3. ayda bacakta şişliğin yaklaşık aynı sayıda görüldüğü ($p>0.05$) yani kalça protezi sonrası hastaların bacaklarında olan şişliğin 1. haftada en yoğun yaşandığı, 1. aydan itibaren giderek azaldığı, 2. ve 3. ayda bacakta şişliğin benzer oranda olduğu,
- Taburculuk sonrası 3. ayda olgu grubunun soğukluk hissetme açısından değerlendirme sonuçları arasında fark olmadığı ($F=2.048$, $p>0.05$),
- Ayak hareketlerinde bozulma açısından gruplar arası farkın anlamlı olduğu ($t=2.32$, $p<0.05$),
- Dislokasyon belirti ve bulgularına ilişkin gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadığı ($t=1.000$, $p>0.05$),
- Derin ven trombozu bulgularından ödem ($t=1.00$, $p>0.05$) ve şişlik ($t=2.029$, $p<0.05$) açısından gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı,
- Olgu grubunda DVT belirtilerinden kızarıklık puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı ($F=1.000$, $p>0.05$),
- Olgu grubundaki bireylerin taburculuk sonrası 1. hafta, 1. ay, 2. ay ve 3. ayda bacakta ödem ve şişlik puan ortalamalarının izlem periyotlarına göre zaman etkileşimi açısından ileri derecede anlamlı farklılık gösterdiği ($F= 3.509$,

$p < 0.05$); 1. hafta ile 1. ay, 2. ay ve 3. ayın ağrı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu ($p < 0.05$), 1. ay ile 2. ve 3. ay arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p > 0.05$), bu sonuca göre olgu grubundaki bireylerin 1. haftadaki hassasiyet/ağrı düzeyinin giderek azaldığı, 1. ve 2. aydaki puan ortalamaların benzer olduğu görülmüştür.

5.2. ÖNERİLER

Hemşirelere Yönelik;

- Ortopedi kliniklerinde verilen eğitimin ve bakımın telefon izlemi ile sürdürülmesi,
- Telefon izlemi ile hasta bakımındaki sürekliliğin diğer alanlarda da kullanılması,

Hastane Yöneticilerine Yönelik;

- Hasta memnuniyetinin değerlendirilmesinde telefonun bir araç olarak kullanılması,
- Telefon ile hemşirelik bakımının yapılandırılması ve yaygınlaştırılması,

Araştırmacılara yönelik;

- Telefonun veri toplama aracı olarak kullanılması,
- Kalça protezi olan hastaların sonuçlarını geliştirmeye yönelik çalışmaların yapılması önerilmektedir.

BÖLÜM VI

KALÇA PROTEZİ UYGULANMIŞ OLAN HASTALARIN EVDE

TELEFONLA İZLENMESİNİN İYİLEŞMEYE ETKİSİ

Özlem BİLİK, ozlem.bilik@deu.edu.tr

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği

Bu araştırma, kalça protezi uygulanmış olan hastaların telefon görüşmesi yolu ile izlem sürekliliğinin sağlanmasının bireylerin ameliyat sonrası bakım sonuçlarına etkilerini incelemek amacıyla olgu kontrol çalışması olarak yapılmıştır. Araştırma 18 Mayıs 2004-24 Aralık 2004 tarihlerinde Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Ortopedi Kliniği'nde kalça protezi ameliyatı olan 44 olgu ve 44 kontrol grubu olmak üzere toplam 88 bireyin oluşturduğu örneklem üzerinde yapılmıştır.

Gerekli izinler alındıktan sonra, olgu ve kontrol grubundaki bireylerin ameliyat öncesi dönemde hasta tanılama, fonksiyonel ve kalça değerlendirme verileri toplanmış, hastalar her gün ziyaret edilmiş, yüz yüze etkileşim sağlanarak ameliyat öncesi hazırlıkları ve eğitimleri tamamlanmıştır. Taburculuktan önce bireylere taburculuk eğitimi anlatılmış, araştırmacının hazırladığı eğitim formu ve araştırmacıya ulaşabilecekleri telefon numaraları verilmiştir. Ameliyat sonrası dönemde yalnızca olgu grubundaki bireylerle telefonla görüşülerek 1. haftada, 1. ayda, 2. ayda ve 3. ayda izlemlerinin yanı sıra eğitim ve danışmanlıkları sürdürülmüştür. Ameliyat sonrası 3. ayda olgu ve kontrol grubundaki bireylerin fonksiyonel ve kalça değerlendirme verileri telefonla görüşülerek tekrar toplanmış ve sonuç kriterlerine ulaşma durumları değerlendirilmiştir.

Bireylerin bireysel, sosyodemografik ve sağlık durumuna ilişkin özelliklerinin benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Olgu grubundaki bireylerin ameliyat sonrası 3.

ayda fonksiyonel iyileşme düzeylerinin iyi olduğu ($t=-6.83$, $p<0.001$); kontrol grubunda ise yeterli olmadığı belirlenmiştir ($t=-1.90$; $p>0.05$). Ameliyat öncesi dönemde olgu ve kontrol grubunun fonksiyonel durumları benzerlik gösterirken ($t=2.35$; $p>0.05$), ameliyattan sonra 3. ayda anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($t=3.91$; $p<0.001$). Hem olgu ($t=12.69$; $p<0.001$) hem de kontrol ($t=7.57$; $p<0.01$) grubundaki bireylerin ameliyat sonrası 3. ayda hastalıktan etkilenmelerinin azaldığı saptanmıştır. Ameliyattan önce olgu ve kontrol grubundaki bireylerin hastalıktan etkilenme düzeyi benzerlik gösterirken ($t=-1.42$; $p>0.05$), ameliyat sonrası 3. ayda etkilenme düzeyinin azaldığı belirlenmiştir ($t=-4.07$; $p<0.001$). Telefon ile hasta izleminin hasta memnuniyeti açısından fark yarattığı ($t=11.790$; $p<0.001$), olgu grubundaki bireylerin %97.70'nin ($n=43$) telefon izleminden yararlandığı, %61.40'nün ($n=27$) önerilere tamamen uyduğu, kontrol grubundaki bireylerin %72.70'nin ($n=32$) telefon ile hemşirelik izlemini istedikleri saptanmıştır.

Hastaların telefon ile danışmanlık almak istedikleri konuların başında ağrının; daha sonra ameliyat olan bacakta şişlik, duyu değişiklikleri, yolculuk yapma ve cinsel yaşamın geldiği bulunmuştur. Telefon ile yapılan izlemin; kalça protezi olan bireylerin yürürken, egzersiz yaparken, yatak ya da sandalyeden kalkarken oluşan ağrı ile merdiven çıkarken, ev işlerini yaparken ve ulaşım sırasında yaşanan zorlukları yönetmede etkili olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$). Sonuç olarak olgu grubundaki bireylerin kalça protezi ameliyatından daha fazla yarar gördükleri belirlenmiştir. Telefon ile hasta izleminin kalça protezi olan bireylerin taburculuk sonrası izleminde etkili olduğu ve diğer alanlarda da kullanılabileceği önerilmiştir.

Anahtar sözcükler: Kalça protezi ameliyatı, telefon ile evde izlem, iyileşme, hasta sonuçları

EFFECTS OF OBSERVING HIP PROSTHESIS APPLIED PATIENTS WITH TELEPHONE TO THE RECOVERY

Ozlem BILIK, ozlem.bilik@deu.edu.tr

Surgery Nursing Department

This study is made as a case control study to examine the effects of providing permanent observation by telephone conversation with the patients who had been used hip prosthesis to the individual's nursing outcomes after the operation. Research is made on the total 88 patients include 44 case and 44 control group individuals who had hip prosthesis operation in Orthopedic Clinic of Dokuz Eylul University Hospital from 18 May 2004 to 24 December 2004.

After taking required permits, before the operation period the data of patients' diagnose, functional and hip evaluation were collected from control and case groups' individuals, patients were visited everyday, preoperative preparations and trainings were completed with face to face interaction. Before discharging, discharging was explained, the training form that was prepared by investigators and telephone numbers that patients would be able to contact with investigators were given. After the operation period only contacting with individuals in the case group right along with the observations at first week, first month, second month and third month, their training and consultancy were continued. The functional and hip evolution data of individuals in control and case group were collected again with telephone conversation at the third month after the operation and their conditions to reach outcome criteria were evaluated.

The features about patients' individual, sociodemographic and health conditions were determined as similar ($p > 0.05$). Functional recovery levels of individuals in case group at the third month of post- operation are determined as well ($t = 6.83, p < 0.001$);

but the control group's levels were determined as not sufficient ($t = -1.90$; $p > 0.05$). While the functional conditions of control and case group showed similar features in the pre- operational period ($t = 2.35$; $p > 0.05$) significant differences were found at the third month after the operation ($t = 3.91$; $p < 0.001$). At the third month after the operation both case ($t = 12.69$; $p < 0.001$) and control ($t = 7.57$; $p < 0.01$) group individual's influence from the disease was found decreased. While the level of influence from disease were showed similarity before the operation in both control and case groups ($t = -1.42$; $p > 0.05$), after the operation at third month the influence level was determined decreased ($t = -4.07$; $p < 0.001$). It was established that patient observation with telephone was making difference about patient's satisfaction ($t = 11.790$; $p < 0.001$), 97.70% ($n = 43$) of individuals in case group benefit from the telephone observation, 61.40% ($n = 27$) of them applied all the suggestions, 72.70% of the individuals from the control group ($n = 32$) wanted nursing observation with telephone.

The topics that patient want to take consultancy with telephone were found, pain at the first place; and it is followed by swelling at the operated leg, sense changes, traveling and sexual life. Observation with telephone was found effective to manage difficulties in the individuals that have hip prosthesis while walking, making exercises, and ascending stairs with the pain formed with standing up from bed or chair, making household duties and during the communication. As a consequence the individuals in case group are determined getting more benefits from the hip prosthesis operation. It is suggested that observation with telephone is effective in the observation of the individuals that have hip prosthesis after discharging and can be used in other areas.

Key Words: Hip prosthesis operation, observation in home with telephone, recovery, patient outcomes.

KAYNAKLAR

- 1- Akbayrak, N. (1994). Kaliteli Bakım Standartları, Kalite güvenliği, *Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksekokulu Yayını, No:8, Ankara, s:17-25*
- 2- Akesson, K. (2003). New approaches to pharmacological treatment of osteoporosis. *Bulletin of World Health Organization, 81(9): 657-664*
- 3- Akgül A. (1997). Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri SPSS Uygulamaları, Ankara.
- 4- Andrews, J.K., Armstrong, K.L., Fraser, J. (2002). Professional telephone advice to parents with sick children: Time for quality control!, *Child Health, 38: 23-26*
- 5- Aydın, R., Özdiñçler, A., Dilşen, G. ve ark. (1992). Kalça protezi sonrası fonksiyonel değerlendirme, *Acta Orthop Traumatol Turc 26: 220-224*
- 6- Aytur, T. (2001). Laparoskopik Abdominal cerrahi Geçiren Kadınlara Verilen Taburculuk Eğitiminin Hasta Bakım Sonuçlarına Etkisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir
- 7- Balch, D. C., Tichenor, J. M. (1997). Telemedicine Expanding the Scope of Health care Information, *Journal of American Medical Informatics Association, 4(1): 1-5*
- 8- Barriball, C., While, B. (1996). The Telephone Survey Method: a discussion paper, *J of Adv Nurs, 115-121*
- 9- Barry B.D. (1984). Psychosocial Nursing Assessment and Intervention. J.B. Lippincott Company, p: 139-154
- 10- Bassam A., Masri, M.D. (16-02-2003). Metal on Polyethylene in Hip Replacement, http://www.coa-aco.org/Articles/Publications/Scientific/Metal_Poly_Hip_Replacement.asp.

- 11- Baumgarten, M., Morgolis, D., Berlin, J.A. et al. (2003). Risk factors for pressure ulcers among elderly hip fracture patients, *Wound Rep Reg*, 11: 96-103
- 12- Beebe, L.H. (2002). Problems in Community Living Identified by People With Schizophrenia, *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 40(2):38-45
- 13- Bendekovits, R. (2002). Telemedicine in home care, *Orthopedic Nursing*, 21(1): 102
- 14- Bergquist, D., Jönsson, B. (1999). Cost-Effectiveness of Prolonged Administration of a Low Molecular Weight Heparin for the Prevention of Deep Venous Thrombosis Following Total Hip Replacement, *Value in Health*, 2(4): 288-284
- 15- Bilgen, Ö. F., Durak, K., Sarıözen, B. (2001). Doğumsal Kalça Çıkığı ve Dizplasinin Tedavisinde Çimentosuz Total Kalça Protezi Sonuçları, *Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica*, 35: 395-404
- 16- Birrell, F., Johnell, O., Silman, A. (1999). Projecting the need for hip replacement over the next three decades: influence of changing demography and threshold for surgery. *Ann Rheum Dis*, 58: 569-572
- 17- Black J.M., Matasarrin-Jacobs E. (1993). Luckmann and Sorensen's Medical Surgical Nursing. A Psychophysiologic Approach. Fourth Edition. W.B. Saunders Company, USA, 612-610
- 18- Boonen, S., Autier, P., Barette, M. et al. (2004). Functional outcome and quality of life following hip fracture in elderly women: a prospective controlled study, *Osteoporos Int*, 15: 87-94
- 19- Boyd M.A., Nihart M.A. (1998). Psychiatric Contemporary Practice. Copyright by Lippincott Philadelphia, New York, p:146.
- 20- Briggs, B. (2004). Using the Telephone to Dial Up Saving, *Health Data Management*, 12(3): 60-62

- 21- Buckwalter, K. C., Davis, L. L. (2002). Telehealth for Elders and Their Caregivers in Rural Communities, *Family&Community Health/October 25(3): 31-40*
- 22- Camp, N.H. (1995). Patient Outcomes in Medical-Surgical Nursing, Springhouse Corporation, p:337-343
- 23- Canobbio M.M., Paquette E.V., Wells M.F., Willmann M.E.(1984). Musculoskeletal System, Patient Care Standards, Third Edition, the C.V. Mosby Company, p: 413-415.
- 24- Car, J., Shcikh, A. (2003). Information in practice telephone consultaions, *British Medical Journal, May 3, 326(7396): 966-969*
- 25- Chan, T., Killen, J., Griswold, W., Lenert, L. (2004). Information Technology and Emergency Medaical Care During Disasters, *ACAD EMERG MED, 11(11): 1229-1236*
- 26- Chang B.L., Mayo A., Omery A. (2001). Consumer Satisfaction with Telehealth Advice-nursing?. MEDINFO 2001, V. Patel et. al. (Eds) Amsterdam: IOS Pres, Copyright 2001 IMIA.
- 27- Chewitt, M., Fallis W.M., Suski M.M. (1997). The Surgical Hotline, *JONA, 27(12): 42-49.*
- 28- Choreyko, K., Giesler, R., Sabatino, D. et al. (2002). Telepathology for Routine Light Microscopic and Frozen Section Diagnosis, *Am J Clin Pathol, 117: 783-790*
- 29- Collis, D. (1997). The Value of Maintaining Outcomes in an Individual Practice for 25 Years, Lippincott-Raven Publisher/*Clinical Orthopaedics and Related Research, 1(344): 69-80*
- 30- Colmer, M.R (1996). Moroney's Surgery for Nurses, Sixteenth Edition-International Student Edition, Churchill Livingstone, p:575- 577

- 31- Conference Report (2002). National Consensus Conference on Improving the Continuum of Care for Patients with Hip Fracture, *Orthopaedic Nursing, February 21(1): 16-22*
- 32- Cox, K., Wilson, E. (2003). Follow-up for people with cancer: nurse-led services and telephone interventions, *Journal of Advanced Nursing, 43(1): 51-61*
- 33- Cree, M., Hayduk, L., Soskolne, CL., Suanez-Almazor, M. (2001). Modeling Changes in Health Perception Following Hip Fracture, *Quality of Life Research 10; 651-659*
- 34- Crowther, C.L. (2001). The Effects of Corticosteroids on the Musculoskeletal System, *Orthopaedic Nursing, 20(6): 33-38*
- 35- Çölgeçen, E., Tümerdem, Y. (1998). Yaşlıların Evde Bakım Hizmetlerine Olan Gereksinimleri, I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, İstanbul, s: 175-186
- 36- Dal, Ü. (2002). Kalça Protezi Uygulanan Hastaların Vaka Yönetimi Modeli ile İzlenmesi, Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksekokulu, Hemşirelik Programı Doktora Tezi, Ankara
- 37- Dawson J., Fitzpatrick R., Carr A., Murray D. (1996). Questionnaire On The Perceptions of Patients About Total Hip Replacement. *J Bone Joint Surg; 78(2): 185-190*
- 38- Delmas, P.D., Fraser, M. (1999). Strong bones in later life: luxury or necessity? *Bulletin of the World Health Organization, 77(5): 416-422*
- 39- <http://www.die.gov.tr>
- 40- Dilşen, G. (2004) Epidemiyoloji, <http://www.osteoporoz.org/html/epidemiyoloji.html>

- 41- Director, National Ageing Research Institute (1997). Osteoprosis, Copyright by The University of Melbourne,
http://www.mednwh.unimelb.edu.au/a-report/96_97/osteo.htm
- 42- Ditmyer, S., Koepsell, B., Branum, V. et al. (1998). Developing a Nursing Outcomes Measurement Tool, *JONA*, 28 (6): 10-16.
- 43- Duman, Z.Ç. (2003). Şizofreni Tanılı Bireylere ve Ailelerine Topluma Yeniden Katılım Programı Uygulaması ve İzlemesi, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul
- 44- Eastwood, E.A., Magaziner, J., Wangs, J. et. al. (2002). Patients with Hip Fracture: Subgroups and Their Outcomes, *Am Geriatr Soc* 50: 1240-1249
- 45- Ege, R. (1994). Kalça Cerrahisi ve Sorunları, Türk Hava Kurumu Basımevi, Ankara, s: 6-10
- 46- Ekici, B. Özdemir, S. (1998). Yaşlıların Evde Bakım Durumlarının Değerlendirilmesi, I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, İstanbul, s: 187-192
- 47- Ellis P.A. (1993). Role of Ethics in Modern Health Care:2. *Brit. J. Nurs. February 11*, 2(3): 183-185.
- 48- Erdil F., Elbaş Ö.N. (1996). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Ankara, s: 585-588.
- 49- Ergin, M., Cever, İ., Akyıldız, M. ve ark. (1999). Koksartrozda Müller Tipi Çimentolu Total Kalça Artroplastisi Uygulamalarımızın Orta Dönem Takip Sonuçları. *Artroplastik Artroskopik Cerrahi Dergisi*, 10(1): 15-18
- 50- Erikli, T., Araç, S.Ş. (2003). Hibrid Total Kalça Protezlerinde Erken Rehabilitasyon Sonuçlarının Yaşa Göre Karşılaştırılması”, 8(4) <http://www.totbid.org.tr/>

- 51- Erler, K., Demiralp, B., Özdemir, M.T., Bozkurt, M. (2004). Total Femur Rezeksiyonu ve Prostetik Replasmanın Başarılı Sonuçları: İki Olgu Sunumu, *Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica*, 38(1): 79-84
- 52- Ethgen,O., Brugene, O., Ridny, F. et al. (2004). Health-Related Quality of Life In Total Hip and Total Knee Arthroplasty, A Qualitative and Systematic Review of the Literature, *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 86-A(5): 963-974
- 53- Fadıloğlu Ç, Akyol D. (1995). Hekim ve Hemşirelerin Hasta Eğitimi Konusunda Algıladıkları Yapısal ve Davranışsal Engellerin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu IV. Ulusal Hemşirelik Kongresi 15-17 Kasım 1995, Bildiri Özet Kitapçığı, Ankara
- 54- Farrell, J. (1997). Illustrated Guide To Orthopedic Nursing Copyright by J.B. Lippincott Company, p:119-164
- 55- Fawcett J. (1984). Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing. Copyright by F.A. Davis Company Philadelphia, p: 175-210
- 56- Feldt, K., Gunderson, J. (2002). Treatment of Pain for Older Hip Fracture Patients Across Settings, *Orthopaedic Nursing, September/October 2(5): 63-71*
- 57- Feldt, K., Oh, H. L. (2000). Pain and Hip Fracture Outcomes for Older Adults, *Orthopaedic Nursing, November/December,19(2): 35-44*
- 58- Fitzpatrick, R., Morris, R., Hajat, S. et al. (2000). The Value of Short and Simple Measures to Assess Outcomes for Patients of Total Hip Replacement Surgery, *Quality in Health Care*, 9: 146-150
- 59- Fitzpatrick, R., Norquist, J.M., Reeves, B.C. et al. (2003). Equity and need when waiting for total hip replacement surgery, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 10 (1): 3-9

- 60- Foels, T., Terranova, M.D., Melzer, S. M. (2004). After-hours Telephone Triage: Reducing the Financia Burden/In Reply, *Archives of Pediatric&Adolescent Medicine*, 158(2): 186
- 61- Fortin, P. R., Clarke, A.E., Joseph, L. et al. (1999). Outcomes of Total Hip and Knee Replacement, *Arthritis&Rheumatism*, 42(8): 1722-1728
- 62- Friedman, S.M., Muroz, B., West, S.K. et al. (2002). Falls and fear of Falling: Which Comes First? A Longitudinal Prediction Model Suggests Strategies for Primary and Scondary Prevention, *J Am Geriatr Soc*, 50: 1329-1335
- 63- Gagligardi, B. (2003). The experience of sexuality for individuals living with multiple sclerosis, *Journal of Clinical Nursing*, 12: 571-578
- 64- Gagnon, N., Flint, A.J., Naglie, G., Devins, G.M. (2005). Affective Correlates of Fear of Falling in Elderly Persons, *Am J Geriatr Psychiatry*, 13:7-14
- 65- George J.B. (1980). Nursing Theories. Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs, p: 90-106
- 66- Gilchrist, J., Jones, B.H., Sleet, D.A., Kimsey, C.D. (2000). Exercise-Related Injuries Among Women, Strategies for Prevention from Civilian and Military Studies, MMWR 49(RR2). US. Deperment of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Atlanta.
- 67- Gina R. K., Rohland, B.M. (2002). Factors Associated With Attendance at a First Appointment Discaherge From a Psychiatric Hospital. *Ppsychiatric Services*, 53(4): 473-476
- 68- Giraudet-Lequintec, J-S, Vastel, L.A., Anract, P. H. et al. (2001). Evaluation, of Information Giving Procedures In Patients Undergoing Total Hip Arthroplasty, *British Editorial Society of Bone and Joint Surgery*, 83-B, Supplement I: 47-48

- 69- Göcen, Z., Şen, A., Ünver, B. (2004). The Effect of Preoperative Physiotherapy and Education On The Outcome Of Total Hip Replacement: A Prospective Randomized Controlled Trial, *Clinical Rehabilitation*, 18: 353-358
- 70- Graul, T. L. (2002). Total Joint Replacement: Data Baseline Benchmark Data for Interdisciplinary Outcomes Management, *Orthopaedic Nursing*, 21(3): 57-67
- 71- Greenberg, M.E. (2000). Telephone nursing: Evidence of client and organizational benefits, *Nursing Economics*, 18(3): 117-123
- 72- Guidelines for Telenursing Practice (2000). Registered Nurses' Association of Nova Scotia, Telephone Nursing Practice Standards, www.rnans.ns.ca
- 73- Guidelines for Telenursing Practice (2002). Registered Nurses' Association of Nova Scotia, www.rnans.ns.ca
- 74- Gullberg, B., Johnell, O., Kavis, J.A. (1997). World-Wide Projections for Hip Fracture, *Osteoporos Int*, 7: 407-413
- 75- Gustafsson, F., Arnold, J. M. O. (2004). Heart failure clinics and outpatient management: review of the evidence and call for quality assurance, *European Heart Journal*, 25:1596-1604
- 76- Güney, N., Öğüt, T., Kesmezacar, H., Bayram, S. (2002). Ankilozan Spondilitli Hastalarda Primer Total Kalça Atroplastisi Sonuçlarımız, *Artroplastik Artroskopik Cerrahi Dergisi*, 13(4): 195-201
- 77- Gür, E. (Editör), Yanmış, İ. (13-2-2003). Eklem Protezleri 2-Total Kalça Protezi, *Ortopedi ve Travmatoloji*, s: 81-91, <http://www.totbid.org.tr/>,
- 78- Gürsoy, A.A. (2002). Mastektomi Sonrası Hastaların Evde İzlenmelerinin Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara.

- 79- Hagan, L., Morin, D. Lépine, R. (2000). Evaluation of Telenursing Outcomes: Satisfaction, Self-Care Practices, and Cost Savings. *Public Health Nursing* 17(4): 305-313
- 80- Hamel, M.B., Henderson, W.G., Khuri, S.F., Delay, J. (2005). Surgical Outcomes for Patients Aged 80 and Older: Morbidity and Mortality from Major Noncardiac Surgery, *J Am Geriatr Soc*, 531:424-429
- 81- Hardinge, A.J., Hooper, J., McMahon, S. (2003). Current Attitudes to Total Hip Replacement In Younger Patients: A Comparasion of Two Nations, *ANZ J. Surg*, 73: 280-283
- 82- Health One Swedish Medical Center. (2003). Total Hip Replacement, <http://www.swedishhospital.com/CustomPage.asp?PageName=Total%20Hip%20Replacement>
- 83- Heiney, S.P., McWayne, J., Hurley, T. G. et al. (2003). Telephone Support for Caregivers of Patients With Cancer, *Cancer Nursing*, 26(6): 439-447
- 84- Hersekli, M.A., Atik, Ş.O. (1999). Femur Boyun Kırığı Tedavisinde Artroplasti Seçeneklerinin Değerlendirilmesi. *Artroplasti Artroskopik Cerrahi Dergisi*, 10(2): 123-128
- 85- Hoare K., Lacoste J., Haro K., Conyers C. (1999). Exploring Indicators of Telephone Nursing Quality. *J Nurs Qual*, 14 (1):38-46
- 86- Holtzman, J. Khal, S., Robert, K. et. al. (2002). Gender Differences in Functional Status And Pain in a MediCare Population Undergoing Elective Total Hip Arthroplasty, *Medical Care, Official Journal of Medical Care Section-American Public Health Association*, 40(6): 461-470

- 87- Hoxby H., Roberts J, Browne G. et al. (12-03-2003). Telephone Nursing Support: Let's Talk. <http://www.fhs.mcmaster.ca/slr/paper/wp9702.htm>
- 88- Hughes, S. (2003). The Use of Non Face-to-Face Communication to Enhance Preventive Strategies, *Cardiovasc Nurs*.18(4):267-273
- 89- Hypnar, L.A., Anderson, L. (2001). Attaining Superior Outcomes With Joint Replacement Patients, *JONA*, 31(11):544-549
- 90- ICNP in Europe: Telenurse. (1996). *Int. Nurs. Rev.* 43(6): 188-189
- 91- Ignatovicius, D.D., Workman, M.L., Mishler, M.A. (1995). Medical Surgical Nursing A Nursing Process Approach 2nd Edition, Copyright by W.B. Saunders Company, p:1470-1475
- 92- http://www.ivart.com/artists/163/163_002iv.jpg
- 93- Jeffree, P. (1995). Counselling theory and practice, The Practice Nurse, Second Edition, Copyright by Chapman&Hall, p:156-168
- 94- Jergesen, H.E., Poss, R., Sledge, C.B. (1978). Bilateral Total Hip and Knee Replacement in Adults with Rheumatoid Arthritis: An Evaluation of Function. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 137: 120-128
- 95- Johanson, N. A., Charlson, M. E., Szatrowski, T. P., Ranawat, C. S. (1992). A Self-Administered Hip-Rating Questionnaire for the Assessment of Outcome after Total Hip Replacement, *The Journal of Bone and Joint Surgery*, Vol. 77-A, No. 10, October: 587-597
- 96- Jones, J. (2000). National Register Will Monitor Hip Replacements, *BMJ*, 320(29): 1163
- 97- Karasar, N. (1995). Araştırmalarda Rapor Hazırlama, 8. Basım, Ankara.

- 98- Karatosun, V., Günal, İ. ve Ünver, B. (2001). Plaklı Kalça Protezi: Total Kalça Protezinde Femoral Bölgede Yeni Bir Yaklaşımın Erken Sonuçları. *Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica*, 35 (1): 35-40
- 99- Kastens, J.M. (1998). Integrated Care Management: Aligning Medical Call Centers and Nurse Triage Services, *Nursing Economic*, 16(6):320-continued on page 329
- 100- Kavuncubaşı, Ş., Sözen, C., Kısa, A. (2004). Türkiye’de bir Tele-Kardiyoloji Modeli, *Tıp Teknolojisi Dergisi*, 21, <http://www.hastanederjisi.com/sayi21/busayida22asp>
- 101- Kim H-S., Oh J-H. (2003). Adherence to diabetes control recommendations: impact of nurse telephone calls, *Journal of Advanced Nursing*, 44(3): 256-261
- 102- Kirwan, J. R., Currey, H. L. F. , Freeman, M. A. R. et al. (1994). Overall Long-Term Impact of Total Hip and Knee Joint Replacement Surgery on Patients with Osteoarthritis and Rheumatoid Arthritis, *British Society for Rheumatology*: 357-360
- 103- Kocaman, G. (1992). Hemşirelikte Kalite Güvenliği: Gerekli koşullar ve Değerlendirme Yöntemleri. III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Sivas, s: 106-113.
- 104- Koçar, İ.H. (2002). Yaşlı dünyada, yaşlılık ve geriatrik tıp, I Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı, Antalya, s:3-6
- 105- Koval K.J., Zuckerman J.D. (1994). Functionl Recovery after Fracture of the Hip. *The J. Bone and Joint Surg.*, 76-A(5):751-758
- 106- Lach, H.W. (2005). Incidence and Risk Factors for Developing Fear of Falling in Older Adults, *Public Health Nursing*, 22(1): 45-52
- 107- Lappe, J. M. (2001). Designer Estrogen vs. hormone Replacement Therapy: The Menopausal Woman’s Dilemma, *Orthopaedic Nursing*, July/ August 20(4): 66-73

- 108- Larson-Dahn M.L. (2000). Tel-eNurse Practice A Practice Model for Role Expansion. *JONA 30(11):519-523*
- 109- Larson-Dahn M.L. (2000). Outcomes; National Institute of Nursing Research Telehealth Interventions to Improve Clinical Nursing Care (PA_00-138).
<http://grants.nih.gov/grants/guide/pa-files/PA-00-138.html>
- 110- Larson-Dahn M.L. (2001). Tel-eNurse Practice Quality of Care and Patient Outcomes. *JONA 31(3):145-152*
- 111- Laupacis A., Bourne, R., Rorabeck, C. et al. (1993). The Effect of Elective Total Hip Replacement on Health-Related Quality of Life. *The J. Bone and Joint Surg., 75-A(11): 1619-1626*
- 112- Leddy S., Pepper J.M. (1993). Conceptual Bases of Professional Nursing. Third Edition. Copyright 1993, 1989, 1985 by J.B. Lippincott Company, p:160-222.
- 113- Lee, C.S., McCormick, P.A. (2003). Telephone reminders to reduce non-attendance rate for endoscopy. *Royal Society of Medicine (Great Britain), 96: 547-548*
- 114- Lee, E.S., Kim, I.S., Choi, J.S. et al. (2003). Accuracy and Reproducibility of Telecytology Diagnosis of Cervical Smears, *Am J Clin Pathol, 119: 1-5*
- 115- Lewis, S.M., Collier, I.C. (1996). Medical-Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems, Fourth Edition, Copyright by Mosby-Year Book, p:1930-1936
- 116- Liang, M.H., Katz, J. N., Phillips, C. et al. (1991). The Total Hip Arthroplasty Outcome Evaluation Form of The American Academy of Orthopaedic Surgeons, *The Journal of Bone and Joint Surgery, 73-A(5): 639-646*

- 117- Liberman, J.R., Dorey, F., Shekelle, P. et. al. (1996). Differences between Patients' and Physicians' Evaluations of Outcome after Total Hip Arthroplasty, *The Journal of Bone Joint Surgery*, 78-A (6): 835-838
- 118- Lindberg, C.C.S. (1997). Implementation of In-home Telemedicine in Rural Kansas: Answering an Elderly Patient's Needs, *J Am Med Inform Assoc.* 4: 14-17
- 119- Lippuner, K., Overbeck, R., Perrelet, R., et al. (1997). Incidence and Direct Medical Costs of Hospitalizations due to Osteoporotic Fractures in Switzerland, *Osteoporos Int*, 7: 414-425
- 120- MacDonald, S.J.M. (2003). Metal on Metal Total Hip Arthroplasty, http://www.coa-aco.org/Articles/Publications/Scientific/Metal_Total_Hip_Arthroplast.asp;
- 121- Maletzki W., Stegmayer-Petry A. Editörler: Göksoy E ve ark. (1995). Hasta Bakımı Klinik Kılavuzu. 1. Baskı, Yüce Yayınları A.Ş. İstanbul, s: 502-503
- 122- Martin J.F. (1978). The active Patient. *WHO Chronicle*, 32: 51-57
- 123- Maureen, V.D. (2000). Telephone triage: The Rules Are Changing, *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 25(4):187-191
- 124- Mayo, S. (2003). Helpline for patients to report adverse reactions is piloted, *British Medical Journal*, May 3, 326(7996):951
- 125- McCann Flynn J.B., Heffron P.B. (1984) Nursing: From Concept to Practice. Copyright by Robert J. Brady Company, p:33.
- 126- McMurray, A., Grant, S., Griffiths, S., Letford, A. (2002). Health Related Quality of Life and Health Service Use Following Total Hip Replacement Surgery, *Journal of Advanced Nursing*, 40(6): 663-672

127- Mei-Lin L. (1997). Telephone survey of day-surgery eye patients. *J Adv Nurs*, 25, 355-363

http://www.coa-aco.org/Articles/Publications/Scientific/Metal_Poly_Hip_Replacement.asp.

128- Melia K. (1980). Everyday Ethics for Nurses: To Lie or Not To Lie. *Nursing Times*, Jan 21, 83(3):30-32

129- Melzer, S. M. (2003). Pediatric After-hours Telephone Triage and Advice: Who Benefits and Who Pays?, *Archives of Pediatrics&Adolescent Medicare*; 157(7): 617-618

130- Michelson, D., Stratakis, C., Hill, L. et al. (1996). Bone Mineral Density In Women With Depression, *The New England Journal of Medicine*, October 17: 1176-1181

131- Miller, W. C. (2003). Standing Strong, *The Interdisciplinary Journal of Rehabilitation*, August/September , <http://www.rehabpub.com/features/892003/5.asp>

132- Moon, L. B., Backer, J. (2000). Relationships Among Self-Efficacy, Outcome Expectancy, and Postoperative Behaviors In Total Joint Replacement Patients, *Orthopaedic Nursing*, March/April 19, 2: 77-85

133- Motzer, S.A., Hertig, V., Jarrett, M., Heitkemper, M.M. (2003). Sense of Coherence and Quality of Life in Women With and Without Irritable Bowel Syndrome, *Nursing Research*, 52(5): 329-337

134- Mullan, B., Snyder, M., Lindgren, B., et al. (2003). Home monitoring for lung transplant candidates, *Progress in Transplantation*, 13(3): 176-182

135- Murphy, S.L., Dubin, J.A., Gill, T.M. (2003). The Development of Fear of Falling Among Community-Living Older Women: Predisposing Factors and Subsequent Fall Events, *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 58:M943-M947

- 136- Naleway, A.L., Belongia, E. A., Greenlee, R.T. et al. (2003). Eczematous Skin Disease and Recall of Past Diagnoses: Implications for Smallpox Vaccination, *Annals of Internal Medicine*, Jul 1, 139(1): 1-7
- 137- http://www.narang.com/.../austin_thompson_moore.php
- 138- National Institutes of Health Osteoporosis and Related Bone Diseases-Natioanl Resource Center. (2003). Osteoporosis in Men, <http://www.osteoporosis.org/newfile.asp?doc=r615i&doctype=HTML+Fact+Sheet&doctype=Osteoporosis+in+Men> Revision date: 1/2003
- 139- National Institute of Nursing Research (2000). Telehealth Interventions to Improve Clinical Nursing Care (PA_00-138) <http://grants.nih.gov/grants/guide/pa-files/PA-00-138.html>
- 140- Naylor, M.D., Bowles, K.H., Brooten, D. (2000). Patient Problems and Advanced Practice Nurse Interventions During Transitional Care, *Public Health Nursing*, 17(2): 94-102
- 141- Neal, B., Gray, H., MacMohan, S., et. al. (2002). Incidence of heterotopic bone formation after major hip surgery, *ANZ J. Surg*, 72: 808-821
- 142- Nicodemus, K. K. and Folsom, A. R. (2001). Type 1 and Type 2 Diabetes and Incident Hip Fractures in Postmenopausal Women, *Diabetes Care*, 24(7): 1192-1197
- 143- Nicoll L.H. (1992). Perspectives on Nursing Theory. Second Edition. J.B. Lippincott Company, p: 410-414
- 144- Nilsson, A-K, Aurell, Y., Siösteen, A-K. et al. (2001). Radiographic Stage of Osteoarthritis or Sex of The Patient Does Not Predict One Year Outcome After Total Hip Arthroplasty, *Ann Rheum Dis*, 60: 228-232

- 145- Nilsson, A.-K. and Lohmander, L. S. (2002). Age and waiting time as predictors of outcome after total hip replacement for osteoarthritis, *Rheumatology*, 41: 1261-1267
- 146- Norman-Taylor, F. H., Palmer, C. R., Villar, R. N. (1996). Quality-Of-Life Improvement Compared After Hip and Knee Replacement, *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 78-B(1): 74-77
- 147- Norton, R., Butler, M., Robenson, E. et al. (2000). Declines in physical functioning attributable to hip fracture among older people: a follow-up study of case-control participants, *Disability and Rehabilitation*, 22(8): 345-351
- 148- Nul D. (2002). DIAL: Randomized trial of telephonic intervention in chronic heart failure. 75th Scientific Sessions of the American Heart Association; November 17, Chicago. Available at: www.medscape.com/viewarticle444970. Accessed November 22, 2002
- 149- Oberklaid, F. (2002). Paediatric telephone advice. A major gap in quality services delivery, *J. Paediatr: Child Health*, 38(6): 6-7
- 150- O'Boyle C., McGee, H., Hickey, A. et al. (1992). Individual quality of life in patients undergoing hip replacement. *The Lancet*, 339(2):1088-1091
- 151- Özdamar, K. (2002). Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi 1-2, Kaan Kitabevi, 4. Baskı, Eskişehir.
- 152- Öztürkmen, Y., Karlı, M., Doğrul, C. (2002). Doğuştan Kalça Çıkıklı ve Ağır Displazik Olgularda Çimentolu Total Kalça Artroplastisi, *Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica*, 36(3): 195-202
- 153- Pachucki-Hyde L., (2001). Assessment of risk factors for osteoporosis and fracture, *Nursing Clinics of North America*, 36(3):401

- 154- Peerson, A., Aitken, R., Manias, E. et al. (2002). Agency nursing in Melbourne, Australia: a telephone survey of hospital and agency managers. *Journal of Advanced Nursing*, 40(5): 504-512
- 155- Persse, D. E., Jarvis, J. L., Corpening, J., Haris, B. (2004). Customer Satisfaction in a Large Urban Fire Department Emergency Medical Services System, *Academic Emergency Medicine*, Jan 11(1): 106-110
- 156- Phipps, W.J., Cassmeyer, V.L., Sends, J.K., Lehman, M.K. (1995). Medical Surgical Nursing Concepts and Clinical Practice, Copyright by Mosby-Year Book, p: 2268-2271
- 157- Powe, B.D., Finnie, R., (2003). Cancer Fatalism, *Cancer Nursing*, 26(6): 454-464
- 158- Regina W. (27-02-2003). Telephone Advice Nursing.
http://sandshark.kib.ki.se/e-ujen/show_project.cfm?projects_no=HA456 (27-02-2003)
- 159- Reid, I.R. (1997). Glucocorticoid osteoporosis-mechanisms and management, *European Journal of Endocrinology*, 137: 209-217
- 160- Riegel, B., Carlson, B., Kopp, Z. et al. (2002). Effect of standardized nurse case-management approach on resource use in patients with chronic heart failure, *Arch Intern Med.*, 162: 705-712
- 161- Riley J. (1989). Telephone Call-Backs: Final Patient Care Evaluation. *Nursing Management* , 20(9): 64-66
- 162- Robinson, B.S., Gordon, J.M., Wallentine, S.W., Visio, M. (2002). Effectiveness of Physical Therapy Intervention in Decreasing the Risk for Falls in a Community-Dwelling Aging Population, *Orthopaedic Nursing*, 21(1):55-69

- 163- Rodop ve ark.(2000). İleri Yaş Anstabil İntertrokanterik Kırıkların Tedavisinde Bipolar Leinbach Parsiyel Protez Uygulamalarının Erken Sonuçları. *Artroplastik Artroskopik Cerrahi Dergisi*, 11(2): 117-123
- 164- Rodop ve ark. (2001). Yaşlı Hastaların Anstabil İntertrokanterik Kalça Kırıklarının Tedavisinde Leinbach Protezle Primer Hemiartroplastik. *Artroplastik Artroskopik Cerrahi Dergisi*, 12(2): 107-114
- 165- Rogers, M. A. M., Small, D., Buchan, D.A., et. al. (2001). Home Monitoring Service Improves Mean Arterial Pressure in Patients with Essential Hypertension, *Ann Intern Med*, 134: 1024-1032
- 166- Rowland, S. H., Rowland, B.L. (1985). Quality Assurance, Nursing Administration Handbook, Second Edition, Copyright by Aspen Publishers, p: 468-495
- 167- Russo, H. (2001). Window of Opportunity for Home Care Nurses: Telehealth Technologies, Online Journal of Issues in Nursing, 6(3)
http://www.nursingworld.org/ojin/topic16/tpc16_4.htm
- 168- <http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/apk2001/088.htm>
- 169- Sashika, H. Matsuba, Y. Watanabe, Y. (1996). Home Program of Physical Therapy: Effect on Disabilities of Patients With Total Hip Arthroplasty, *Arch Phys Med Rehabil*, 77: 273-277
- 170- Savage, L. S., Grap, M. J. (1999). Telephone Monitoring After Early Discharge for Cardiac Surgery Patients, *American Journal of Critical Care*, 8(3): 154-159
- 171- Sayek İ. (1996). Temel Cerrahi. Cilt 1, 2.Baskı, Cilt 2, Ankara, s: 366-377
- 172- Schmalzried, T.P., Callaghan, J.J. (1999). Current Concepts Review wear in Total Hip and Knee Replacements, *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 81-A (1): 115-136
- 173- http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/pirc_indicators_6a_TotalHip_e.html

- 174- Shields, R. K., Enloe, L. J., Leo, K. C. (1999). Health Related Quality of Life in Patients With Total Hip or Knee Replacement, *Arch Phys Med Rehabil*, 80: 572-579
- 175- Shyu; Y-I.L., Chan, M-C., Liang, J.et al. (2004). Changes in quality of life among elderly patients with hip fracture in Taiwan, *Osteoporos Int*, 15: 95-102
- 176- Smeltzer, S.C., Bare, B.G. (1996). Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing, Eight Edition, Copyright by Lippincott-Raven Publishers, p: 1869-1877
- 177- Solak, A.Ş., Aydın, E., Pestilci, F.Ü. ve ark. (1999). Hidroksiapatit Kaplı Total Kalça Protezleri ile Kısa Dönem Sonuçlarımız, *Klinik Araştırma*, 10 (2): 117-122
- 178- Sorenson, S.B. (2003). Funding Public Health: The Public's Willingness to Pay for Domestic Violence Prevention Programming, *American Journal of Public Health*; 93(11): 1934-1938
- 179- Stevens J.A., Olson S. J. (2004). A Home Fall Prevention Checklist for Older Adults. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention, www.cdc.gov/injury
- 180- Stoddart, J., Horne, G., Devane, P. (2002). Influence Of Preoperative Medical Status And Delay To Surgery On Death Following A Hip Fracture, *ANZ J. Surg.* 72: 405-407
- 181- Sunberg M.C. (1989). Fundamentals of Nursing with Clinical Procedures. Second Edition. Jones and Barlett Publishers, p: 1265
- 182- Suzuki, M., Ohyama, N., Yamada, K., Kanamoni, M. (2002); The relationship between fear of falling, activities of daily living and quality of life among elderly individuals, *Nursing and Health Science*, 4: 155-161

- 183- Smbloğlu V., Smbloğlu K. (2000). Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yntemleri, 3. Baskı; Hatiboğlu Yayınevi, Ankara.
- 184- Swantek, S. S., Goldstein, M. Z. (2000). Age and Gender Differences of Patients With Hip Fracture and Depression, *Psychiatric Services, December, 51(12): 1501-1503*
- 185- Şendir, M. (2000). Total Kalça Protezi Ameliyatı ncesi Hasta Eğitiminin Ameliyat Sonrası Fiziksel Uyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yayınlanmış Doktora Tezi, İstanbul
- 186- Taft, L. B., Looker, P. A., Cella, D. (2000). Osteoporosis: A Disease Management Opportunity, *Orthopaedic Nursing, March/April 19(2): 67-76*
- 187- T.C. Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı. (2004). Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı, s: 25-26.
- 188- Tennstedt S, Howland J, Lachman M. et al. (1998). A randomized, controlled trial of a group intervention to reduce fear of falling and associated activity restriction in older adults, *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 53(6):384-92.*
- http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=9826971
- 189- The Cost of Fall Injuries Among Older Adults Fact Sheet (1997). cdc.gov
- 190- Thibodeau J.A. (1983). Nursing Models: Analysis and Evaluation. Woodsworth, Inc. Belmont, California, p: 940
- 191- Thomson, C.A., Giuliano, A., Rock, C.L. et al. (2003). Measuring Dietary Change in a Diet Intervention Trial: Comparing Food Frequency Questionnaire and Dietary Recalls, *Am J Epidemiol, 157: 754-762*

- 192- Thompson J.M., McForland G.K. (1989). *Mosby Manual of Clinical Nursing*. 2. Edition. The CV Mosby Company, St Louis, p: 1325-1328
- 193- Totalbirrell, F., Johnell, O., Silman, A. (1999). Projecting The Need for Hip Replacement Over Next Three Decades: Influence of Changing Demography and Threshold for Surgery, *Ann Rheum Dis, September 58: 569-572*
- 194- Twomey C. (2000). Telephone contacts with a cancer nurse specialist, *Nursing Standard, October 4, 15(3): 35-38*
- 195- Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi (2000). Danışmanlık, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, s: 67-80
- 196- Ünver, B., Karatosun, V., Günal, İ. (2001). Total Kalça Protezi Femoral Komponent Yerleşiminde Yeni Bir Yaklaşım Olan Plaklı Kalça Protezi Uygulamalarında Rehabilitasyon. *Artroplasti Artroskopik Cerrahi Dergisi, 12 (2): 186-193*
- 197- Valanis, B., Taner, C., Moscato, S.R., et al. (2003). A Model for Examining Predictors of Outcomes of Telephone Nursing Advice, *Journal of Nursing Administration, 33(2): 91-95*
- 198- Velioglu P. (1999). *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. Alaş Ofset Matbaa, İstanbul, s: 86
- 199- Vellas, BJ., Wayne, SJ, Romero, LJ. et al. (1997). Fear of falling and restriction of mobility in elderly fallers, *Age and Ageing, 26: 189-193*
- 200- Vildan, M, Sera, J.A., Moreno, C. et al. (2005). Efficacy of a Comprehensive Geriatric Intervention in Older Patients Hospitalized for Hip Fracture: A Randomized, Contolled Trial, *J Am Geriatr Soc: 1-7*

- 201- Villareal, D.T., Binder, E.F., Yarasheski, K.E. et al. (2003). Effects of Exercise Training Added to Ongoing Hormone Replacement Therapy on Bone Mineral Density in Frail Elderly Women, *J Am Geriatr Soc*, 51: 985-990
- 202- Wahlberg, .C., Wredling, R. (1999). Telephone nursing: Calls and caller satisfaction. *International Journal of Nursing Practice*, 5:164-170
- 203- Walsh, S.M., Schmidt, A. (2003). Telephone Support for Caregivers of Patients With Cancer, *Cancer Nursing*, 26(6): 448-453
- 204- Warner, I. (1998). Telehealth In Home Care Practice. *JONA*, 28(6): 3-16
- 205- Warner I., Young J. et al. (2002). Guidelines for Telenursing Practice 2002, p:3-18
- 206- Watson, S.C, Chipchose, L.S., Mackintosh, S. (2004). Balance, fear of falling, pain and gait aid use by low care older people: pilot study. *Australasian Journal of Ageing*, 23(2): 77-81
- 207- Wehren, L.E., William, G.H., Hebel, J.R. et al. (2004). Predictors of bone loss after hip fracture, *Osteopors Int*, 15: 125-131
- 208- Werma, S., Pickett, W. (2001). Falls in Elderly. *Geriatrics Today: J Can Geriatr Soc*:28-31
- 209- Wheeler, E.C., Plowfield, L. (2004). Caring for Patients with Congestive Heart Failure, 25(1): 16-21
- 210- Woolf, A. D., Pflieger, B. (2003). Burden of major musculoskeletal conditions. *Bulletin of the World Health Organization*, 81 (9): 646-656
- 211- Yardley, L., Smith, H. (2002). A Prospective Study of the Relationship Between Feared Consequences of Falling and Avoidance of Activity in Community-Living Older People, *The Gerontologist* 42:17-23

- 212- Yıldız, C., Yanmış, İ., Tunay, S. ve ark. (2002). Tek Taraflı Total Kalça Artroplastisinin Kantitatif Yürüme Analizi İle Değerlendirilmesi. *Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica*, 36 (1): 58-62
- 213- Young W.B., Minnick, A.F., Marcantonio, R. (1996). How Widens the Gap in Defining Quality Care?. *JONA*, 26(5):15-20
- 214- Yurt, Arıkan, S., Olgun, N. (2000). Bir Devlet Hastanesinde Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Aldıkları Doyumun Belirlenmesi. I. Ulusal & VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Antalya, Özet Kitabı, s: 6
- 215- Zuckerman, J.D. (1996) Hip Fracture, *The New England Journal of Medicine*, 334(23): 1519-1525

EK-I

KALÇA PROTEZİ PLANLANAN HASTALARIN ARAŞTIRMAYA KATILIMLARI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU (Olgu Grubu)

Sayın Hasta,

Bu araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı'nda öğretim elemanı ve Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde doktora öğrencisi olan Özlem Bilik tarafından planlanmıştır. Araştırmanın amacı kalça protezi olan hastaların taburculuk sonrası evde telefon aracılığı ile izlenmesinin, hastaların iyileşmelerine etkisini belirlemektir. Bu araştırmanın yapılabilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Bilimsel Etik Kurulu'ndan ve Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nden izin alınmıştır.

Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, araştırmacı sizinle görüşecek ve çeşitli bilgiler toplayacaktır. Bunlar, protez ameliyatı olmak için hastaneye yatan hastaların özelliklerini belirlemek, hastaların günlük yaşamını sürdürürken yaşadığı zorlukları ve kalça eklemının durumunu değerlendirmek için elde edilecek olan bilgilerdir. Ameliyat sonrası dönemde taburcu edilirken size araştırmacı tarafından taburculuk eğitimi verilecektir.

Taburcu olduktan sonra araştırmacı sizi 1. haftanın sonunda, 1. ayda, 2. ayda ve 3. ayda telefon ile arayacaktır. Evde bakımınızı nasıl yürüttüğünüz, ameliyat sonrası dönemde göstermeniz gereken iyileşme süreci ve eğer karşılaştığınız sorun olursa ne şekilde çözümlendiğiniz değerlendirilecektir. Ayrıca size ne yapmanız gerektiği konusunda bilgiler verilecektir. Herhangi bir gereksiniminiz olduğunda araştırmacıyı(ev),(iş),.....(cep) numaralı telefonlardan arayabilirsiniz. Hastanın günlük yaşamını sürdürmesi ve kalça eklemının durumu 3. ayın sonunda telefon ile aranarak tekrar değerlendirilecektir.

Araştırma sonuçları doktora tezi için ve bilimsel yayın amaçlı kullanılacaktır. Araştırmadan elde edilen bilgiler kalça protezi olan hastaların evde telefon ile izlenmesine yönelik hemşirelik bakımına katkı sağlayacaktır. Elde edilen bilgilerin gizliliği araştırmacı tarafından sağlanacaktır. Araştırmaya gönüllü olarak katılmaları beklenen hastaların kimliği yalnızca araştırmacı tarafından bilinecektir. Araştırma sonuçları açıklanırken hastaların kimliği deşifre edilmeyecektir. Hastaların araştırmaya katılmama hakları vardır. Hastaların araştırmaya katılmayı reddetmesi onların hastanede almış oldukları tedavi ve bakımı hiçbir şekilde etkilemeyecektir. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar istedikleri takdirde araştırmadan çekilebilirler. Bu durumda hasta herhangi bir suçlama ile karşılaşmayacağı gibi, sorumluluk ve cezalandırma söz konusu değildir. Araştırma ile ilgili soruları araştırmacıya sorabilirsiniz. Sizden beklenen size sorulan soruları durumunuza en uygun şekilde yanıtlanmanızdır.

Bu onam formunu okudum ve gönüllü olarak bu çalışmaya katılmak istiyorum.

Deneğin imzası:

Tarih:

Yasal temsilci (Kan Bağı):

Tarih:

Bu çalışma ile ilgili bilgileri yukarıda adı geçen deneğe açıkladım ve yazılı onamını aldım.

Araştırmacının imzası:

Tarih:

EK-I

KALÇA PROTEZİ PLANLANAN HASTALARIN ARAŞTIRMAYA KATILIMLARI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU (Kontrol Grubu)

Sayın Hasta,

Bu araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı'nda öğretim elemanı ve Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde doktora öğrencisi olan Özlem Bilik tarafından planlanmıştır. Araştırmanın amacı kalça protezi olan hastaların taburculuk sonrası evde telefon aracılığı ile izlenmesinin, hastaların iyileşmelerine etkisini belirlemektir. Bu araştırmanın yapılabilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Bilimsel Etik Kurulu'ndan ve Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nden izin alınmıştır.

Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, araştırmacı sizinle görüşecek ve çeşitli bilgiler toplayacaktır. Bunlar, protez ameliyatı olmak için hastaneye yatan hastaların özelliklerini belirlemek, hastaların günlük yaşamını sürdürürken yaşadığı zorlukları ve kalça eklemının durumunu değerlendirmek için elde edilecek olan bilgilerdir. Ameliyat sonrası dönemde taburcu edilirken size araştırmacı tarafından taburculuk eğitimi verilecektir.

Taburcu olduktan sonra araştırmacı sizi 3. ayda telefon ile arayacaktır. Günlük yaşamınızı sürdürmeniz ve kalça ekleminizin durumunu tekrar değerlendirecektir. Araştırmacıya ulaşmak istediğinizde.....(ev),(iş),(cep) numaralı telefonlardan arayabilirsiniz.

Araştırma sonuçları doktora tezi için ve bilimsel yayın amaçlı kullanılacaktır. Araştırmadan elde edilen bilgiler kalça protezi olan hastaların evde telefon ile izlenmesine yönelik hemşirelik bakımına katkı sağlayacaktır. Elde edilen bilgilerin gizliliği araştırmacı tarafından sağlanacaktır. Araştırmaya gönüllü olarak katılmaları beklenen hastaların kimliği yalnızca araştırmacı tarafından bilinecektir. Araştırma sonuçları açıklanırken hastaların kimliği deşifre edilmeyecektir. Hastaların araştırmaya katılmama hakları vardır. Hastaların araştırmaya katılmayı reddetmesi onların hastanede almış oldukları tedavi ve bakımı hiçbir şekilde etkilemeyecektir. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar istedikleri takdirde araştırmadan çekilebilirler. Bu durumda hasta herhangi bir suçlama ile karşılaşmayacağı gibi, sorumluluk ve cezalandırma söz konusu değildir. Araştırma ile ilgili soruları araştırmacıya sorabilirsiniz. Sizden beklenen size sorulan soruları durumunuza en uygun şekilde yanıtlamanızdır.

Bu onam formunu okudum ve gönüllü olarak bu çalışmaya katılmak istiyorum.

Deneğin imzası:

Tarih:

Yasal temsilci (Kan Bağı):

Tarih:

Bu çalışma ile ilgili bilgileri yukarıda adı geçen deneğe açıkladım ve yazılı onamını aldım.

Araştırmacının imzası:

Tarih:

EK-II

KALÇA AMELİYATI PLANLANAN HASTALARI TANILAMA FORMU

| | | | | |
|---|----------------------|---|--|--|
| Hastanın adı soyadı | Hastanın Yaşı | Ameliyat ile ilgili temel tanısı: | Hastanın Yatış Tarihi | Deney Grubu <input type="checkbox"/> Kontrol Grubu <input type="checkbox"/> Anket No: |
| Hastanın Medeni Durumu Evli <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Dul <input type="checkbox"/> Boşanmış <input type="checkbox"/> | | Geçirmiş Olduğu Ameliyatlar Var <input type="checkbox"/> | Sürekli Kullandığı İlaçlar Var <input type="checkbox"/> | Hastanın Telefonu: Oturduğu Yer: |
| Hastanın Sosyal Güvencesi Emekli Sandığı <input type="checkbox"/> SSK <input type="checkbox"/> Bağ-kur <input type="checkbox"/> Özel Sağlık Sigortası <input type="checkbox"/> Hiçbiri <input type="checkbox"/> | | Yok <input type="checkbox"/> | Yok <input type="checkbox"/> | Fizik Tedavi Alma Durumu Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> |
| Hastanın Eğitim Durumu Okur yazar <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Yükseköğrenim <input type="checkbox"/> | | Hastanın evde yaşama durumu Tek başına <input type="checkbox"/> Eşi ile <input type="checkbox"/> Çocukları ile <input type="checkbox"/> Akraba ile <input type="checkbox"/> Bakıcı ile <input type="checkbox"/> Huzur evi <input type="checkbox"/> Diğer | Hastanın mental durumu Oryante <input type="checkbox"/> Unutkan <input type="checkbox"/> Desoryante <input type="checkbox"/> Ajite <input type="checkbox"/> Laterji deprese <input type="checkbox"/> Koma <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> | Hastanın alerji durumu Var <input type="checkbox"/> |
| Hastanın Mesleği Ev Hanımı <input type="checkbox"/> Memur <input type="checkbox"/> İşçi <input type="checkbox"/> Emekli <input type="checkbox"/> Serbest Meslek <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> | | | | Ameliyat Olma Nedeni |
| Hastanın bakımından sorumlu kişi Kendi <input type="checkbox"/> Eş <input type="checkbox"/> Çocuklar <input type="checkbox"/> Akraba <input type="checkbox"/> Bakıcı <input type="checkbox"/> Huzur evi çalışanı <input type="checkbox"/> Diğer | | Bakım verenlerin bakım vermeye yönelik aldığı bilgiler Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bilinmiyor <input type="checkbox"/> | Hastaya önerilen beslenme diyeti Var <input type="checkbox"/> | Geçmişte almış olduğu tanılar Var <input type="checkbox"/> |
| Hastanın fonksiyonel sınırlılıkları Konuşma <input type="checkbox"/> İşitme <input type="checkbox"/> Görme <input type="checkbox"/> Anlama <input type="checkbox"/> Ambulasyon <input type="checkbox"/> Diğer..... | | Ameliyata Neden Olan Sorunun Başlama Zamanı | İyileşmenizin Ne Kadar Süreceğini Düşünüyorsunuz?(Yıl/Ay) | Ameliyatı Yapacak Olan Hekim Ameliyatın Tipi: |

EK-III
FONKSİYONEL DEĞERLENDİRME FORMU

| AKTİVİTELER | PUANLAR |
|---|----------------|
| Maksimum Yürüme Mesafesi | |
| 4 blok ya da daha fazla (4 sokak ve daha fazla) | 15 |
| 2-3 blok (1 veya 2 sokak) | 8 |
| Ev içinde | 4 |
| Yürüyemiyor | 0 |
| Yürüme Yardımcılarının Kullanımı | |
| Kullanmıyor | 15 |
| Zaman zaman 1 baston /koltuk değneği | 12 |
| Sürekli 1 baston/koltuk değneği | 8 |
| Sürekli 2 baston/koltuk değneği | 6 |
| Walker (Yürüteç) | 4 |
| Tekerlekli sandalye | 0 |
| Sandalyeden Kalkma | |
| Normal/Hafif kol desteği ile | 15 |
| Maksimum eforla | 8 |
| Kalkamıyor | 0 |
| Merdiven Çıkma | |
| Normal | 15 |
| Merdivenleri tek tek çıkma | 12 |
| Trabzana tutunarak/Yardımcı araçla | 8 |
| Çıkamıyor | 0 |
| Çalışma Statüsü | |
| Tam gün/Yarım gün iş | 10 |
| Yok | 0 |
| Günlük İşler | |
| Ağır ev işi/Alışveriş | 10 |
| Sınırlı ev işleri | 6 |
| Yapamıyor | 0 |
| Ulaşım | |
| Tüm ulaşım araçlarıyla (araba, otobüs, tren) | 10 |
| Yalnız araba ile | 6 |
| Yapamıyor | 0 |
| Alt Ekstremitte Bakımı | |
| Bağımsız | 10 |
| Yardımcı gereçle | 6 |
| Yapamıyor | 0 |
| TOPLAM | 100 |

Aldığı Puan

Hastaneye Yatış Tarihi:

1. Kontrol Tarihi:

EK-IV

KALÇA DEĞERLENDİRME ANKETİ

Bu anket kalça eklemizin hakkındaki görüşlerinizi (ameliyat öncesi ve ameliyattan 3 ay sonra) öğrenmek amacıyla hazırlanmıştır Her bir soruyu uygun rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Soruyu nasıl cevaplandıracağınızdan emin olamıyorsanız, verebileceğiniz en uygun cevabı işaretleyiniz ve sorunun sol taraftaki boşluğa bir açıklama yapınız.

Geçen 4 hafta boyunca

1. Kalçanızdaki ağrıyı genellikle nasıl tanımlarsınız?

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

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

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

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

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

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

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

5. Kendi başınıza eviniz için alışveriş yapabiliyor muydunuz?

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

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

| | |
|------------------------------|---|
| Ağrısız / 30 dakikadan fazla | 1 |
| 16-30 dakika | 2 |
| 5-15 dakika | 3 |
| Sadece evde | 4 |
| Hiç yürüyemiyordum | 5 |

7. Bir kat merdiven çıkabiliyor muydunuz?

| | |
|-------------------------|---|
| Evet, kolaylıkla | 1 |
| Çok az zorlukla | 2 |
| Orta dereceli zorlukla | 3 |
| Aşırı derecede zorlukla | 4 |
| Mümkün değil | 5 |

8. Yemekten sonra (masada otururken) sandalyeden kalkarken kalçaңызdan dolayı nasıl bir ağrı hissediyordunuz?

| | |
|----------------------------------|---|
| Hiç ağrım olmuyor | 1 |
| Hafif ağrım oluyor | 2 |
| Orta derecede ağrım oluyor | 3 |
| Çok ağrım oluyor | 4 |
| Çekilmez/dayanılmaz ağrım oluyor | 5 |

9. Yürürken kalçaңызdan dolayı topallıyor musunuz?

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

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

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

11. Kalçanızdaki ağrı genel olarak işlerinizi nasıl etkiliyor?

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

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

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

EK-V

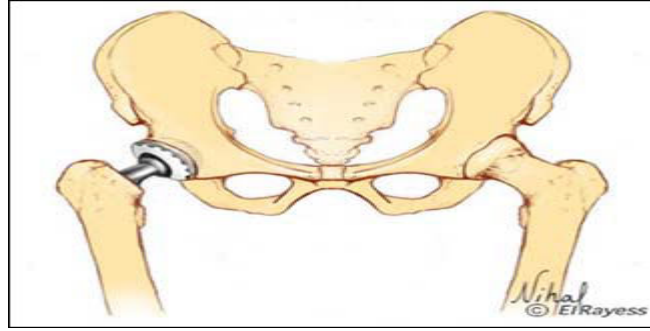
KALÇA PROTEZİ UYGULANAN BİREYİN TABURCULUK EĞİTİMİ

Sayın hastamız,

Bu eğitim kitapçığı, kalça protezi ameliyatı sonrası hastaneden taburcu olduktan sonra dikkat etmeniz gereken konulara yönelik hazırlanmıştır. Anlayamadığınız konular olursa hemşire ve doktorunuza çekinmeden sorunuz. Kalça protezinin ne olduğu, ameliyattan sonra iyileşme süresi, evde ve sosyal yaşamda yeni durumunuza alışmanız için gerekli konular aşağıda yer almaktadır.

KALÇA PROTEZİ

Kalça eklemi uzun bacak kemiğinin leğen kemiğine bağlandığı bölümdür. Hareket etmemizde önemli olan bu yapı bozulduğunda protez takılır (Bakınız Şekil 1).



Şekil 1- Kalça eklemi ve protez takılmış kalça eklemi

Kalça eklemi aşındığında ya da kırıldığında görevini yapamaz. Bu durumda metal veya plastikten yapılmış yapay kalça protezi uygulanır (Bakınız Şekil 2). Kalça protezi ameliyatı kalça ekleminin normal görevini yeniden sağlar, ağrıların giderilmesine ve hareketin yeniden sağlanmasına yardımcı olur ve topallama azalır.



Şekil 2- Kalça protezi

KALÇA PROTEZİ AMELİYATINDAN SONRA İYİLEŞME SÜRESİ

Kalça protezi ameliyatından sonra hastaların çoğunda iyileşme 6 hafta ile 3 ayı bulur. Bununla beraber iyileşme 1 yılı aşabilir. Bazı kişilerde ameliyattan sonra nadiren kemiğin protez içine büyüdüğü dönem boyunca 6-12 ay süreyle uyluk kısmında orta dereceli rahatsızlık olabilir. Bununla beraber bu ağrı zamanla azalır. Protez aşınırsa, gevşerse, kırılırsa veya enfeksiyon gelişirse yeniden ameliyat gerekir. İyileşmenin hızlanması için beslenmenize dikkat etmeniz, egzersizleri yapmanız, önerilen sınırlılıklara uymanız ve poliklinik kontrollerine düzenli gelmeniz önemlidir.

* **Yürüme:**

- Yürürken baston ya da koltuk değneği kullanınız.
- Küçük adımlarla ve sık sık dinlenme molaları vererek yürüyünüz.
- Yürüyüşlerinizi düz bir zemin üzerinde yapınız.
- Ameliyattan 1 hafta sonra trabzanlardan destek alarak merdiven çıkabilirsiniz.
- Merdivenden inip çıkarken ameliyatsız bacağına ağırlık veriniz.


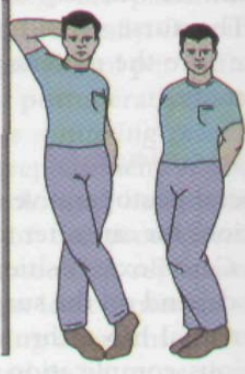


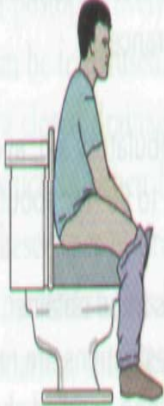

Merdiven çıkarken, önce ameliyatsız bacağınızı sonra ameliyatlı bacağınızı, en son koltuk değneklerini basamağa yerleştiriniz.

Merdivenden inerken, önce koltuk değneklerini, sonra ameliyatlı bacağınızı, en son ameliyatsız bacağınızı basamağa yerleştiriniz.

* **Uyulması Gereken Sınırlılıklar**

- Ayakta dururken, otururken ve yatarken aşağıda belirtilen önerilere uyunuz.

KALÇA PROTEZİ UYGULANAN HASTALARIN YAPABİLECEĞİ VE YAPMAMASI GEREKEN HAREKETLER

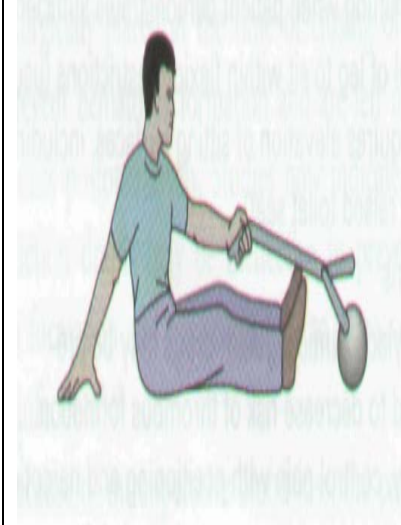
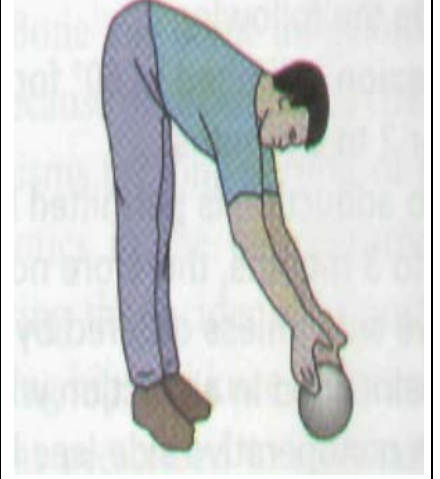
| YAPABİLECEĞİNİZ HAREKETLER | AÇIKLAMALAR | YAPILMAMASI GEREKEN HAREKETLER |
|---|---|---|
|  | <p>Ameliyat olan bacağınızı çapraz yapmayın.</p> <p>Ayakta dururken ameliyatlı bacağınızın dizini bükmeyin.</p> |  |
|  | <p>Alçak sandalyede oturmeyin ve bacak bacak üzerine atmayın.</p> <p>Tabanı yüksek ve kollukları olan sandalyede oturun. Oturup kalkarken sandalyenin kollarından destek alın.</p> <p>Oturduğunuz sandalye ya da koltuğa yastık koyarak oturun.</p> |  |
|  | <p>Yüksek tuvalet kullanın.</p> |  |



Kalçanızın 90 dereceden daha fazla bükülmesine engel olun.

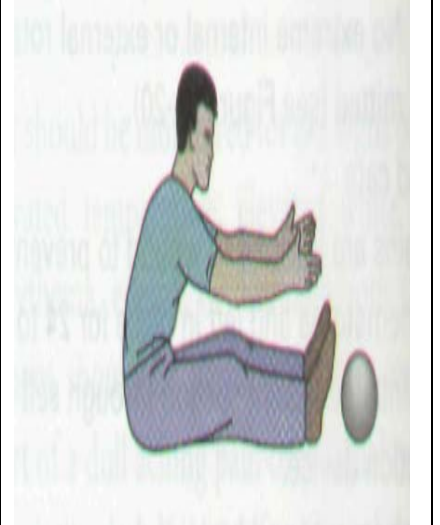
Yerdeki bir şeye uzanırken ameliyat olan bacağınızın arkada kalmasına dikkat ederek fazla bükülmesini önleyin.

Ayakkabı ve çoraplarınızı kendi kendinize giymeye çalışmayın.



Bir şeye uzanırken, almanızı kolaylaştıracak ip, sopa vb. yardımcı malzemeler kullanın.

Bir şeye uzanırken bacağınızı bükülmesine neden olan öne doğru eğilme hareketini yapmayın.



Uyurken bacaklarınızın arasına yastık yerleştirin.

Yatakta dönerken kalçanızın içe ya da dışa doğru dönmesine engel olun. Vücudunuzu bir bütün halinde döndürün.



*** Oturma ve Yatma Pozisyonu:**

Protezin çıkmasını önlemek için 3 ay süre ile;

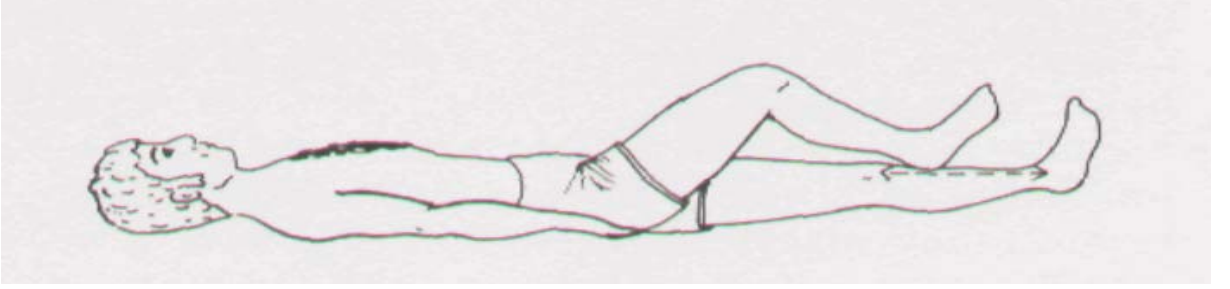
- Alçak sandalyede oturmayınız.
- Otururken bacaklarınızı birbirine yaklaştırmayınız.
- Otururken bacak arasına yastık koyunuz.
- Yüksek tabanlı ve kollu sandalye ya da koltukta oturunuz. Oturduğunuz yerin yüksek olmasını sağlamak için 1-2 tane yastık kullanabilirsiniz.
- Otururken bacak bacak üzerine atmayınız.
- Bir saatten daha uzun süre oturmayınız. Arada kalkıp yaklaşık 10-15 dakika yürüyünüz.
- Oturduğunuz yerden kalkarken sandalyenin kollarından destek alarak, ameliyatlı olan kalça eklemınızı bükmeden ve ağırlık vermeden kalkınız.
- Otururken 90 derece dik oturmayınız, 45-60 derece açı ile oturunuz. Bunun için oturduğunuz yere ve belinize yastık koyabilirsiniz.
- Yüksek tuvalette oturunuz. Tuvalette otururken ve kalkarken bedeninizi öne doğru eğmeyiniz ve kalçanızı bükmeyiniz.
- Yatakta yatarken bacaklarınızın arasına yastık koyunuz.
- Bacak arasına yastık koyarak ameliyatsız bacak üzerine yan yatabilirsiniz. Yan yatarken, altta kalan ameliyatsız bacağıınızı kalçadan ve dizden hafif bükerek dengeinizi sağlayabilirsiniz.
- Yatarken bacakların iç ve dış yanına, ayak tabanına yastık koyabilirsiniz.
- Otururken ve kalkarken kalça eklemınızı 90 dereceden fazla bükmeyiniz.

*** Egzersiz :**

- Size önerilen egzersiz programına uyunuz ve hareketlerinizi giderek arttırınız.
- Egzersiz yaparken kendinizi zorlamayınız. Ağrı ve yorgunluk hissettiğiniz zaman egzersize ara veriniz. Gerekirse doktorunuzu arayınız.
- Bu egzersizleri 15 dakika süre ile 5-10 kez olacak şekilde günde en az 3-4 kez tekrarlayınız.

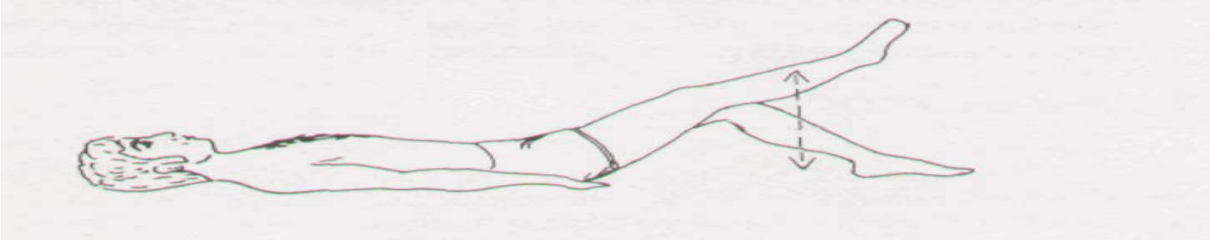
KALÇA PROTEZİ UYGULANAN HASTALARIN EVDE YAPMASI GEREKEN EGZERSİZLER

1. Topuğun Tırmanma Hareketi



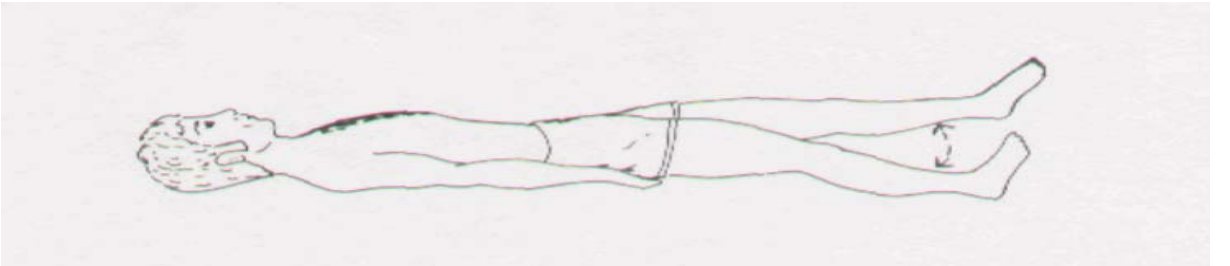
Sırt üstü uzanın. Ameliyatlı olan bacağınızın ayak topuğunu diğer bacağınızın ayak bileği üzerine yerleştirin. Sonra topuğunuzu dizinize ulaşmaya kadar yavaş yavaş yukarıya doğru, sonra tekrar aşağıya doğru kaydırın.

2. Bacığı Yukarıya Doğru Kaldırarak Gerdirme Hareketi



Ameliyatsız bacağınızın dizini bükerek sırt üstü uzanın ve kalçanızı yatakta dinlenme pozisyonunda olduğu gibi rahat bırakın. Ameliyat olan bacağınızın dizini düz tutarak bacağınızı yukarıya doğru kaldırın.

3. Bacığı Yana Kaydırma Hareketi



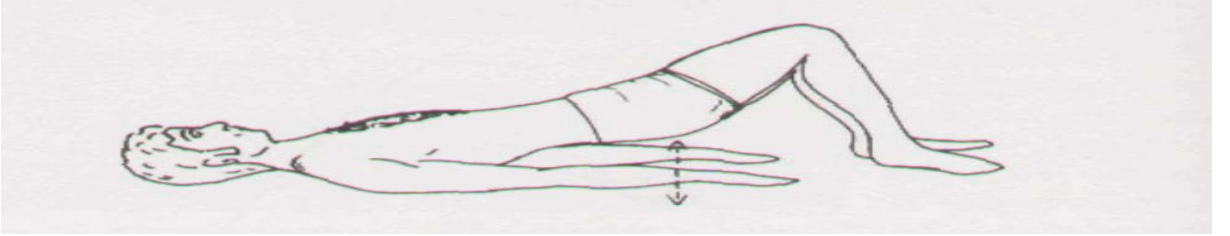
Sırt üstü uzanın. Ameliyat olan bacağınızı yana doğru yavaş yavaş kaydırın.

4. Diz Göğüs Hareketi



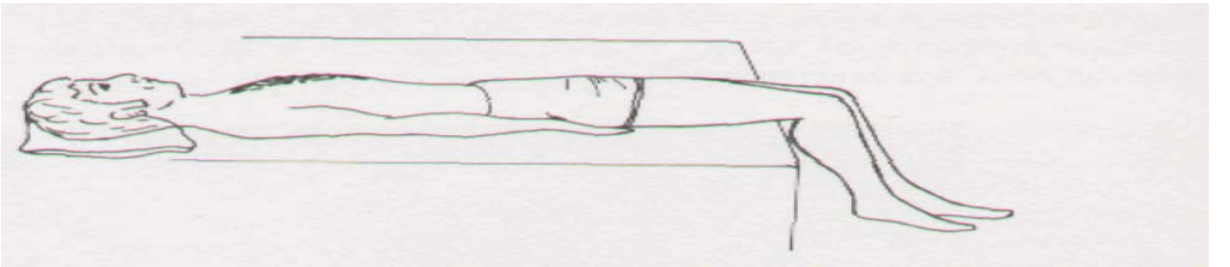
Sırt üstü uzanın ve ayak parmaklarınızı yukarıya bakacak şekilde ileriye uzatın. Bacaklarınızı düz tutun. Ameliyatlı bacağınızın kalça ve diz eklemine bükerek, dizinizi göğsünüze doğru çekin.

5. Yatakta Sürgü Koyma Hareketi



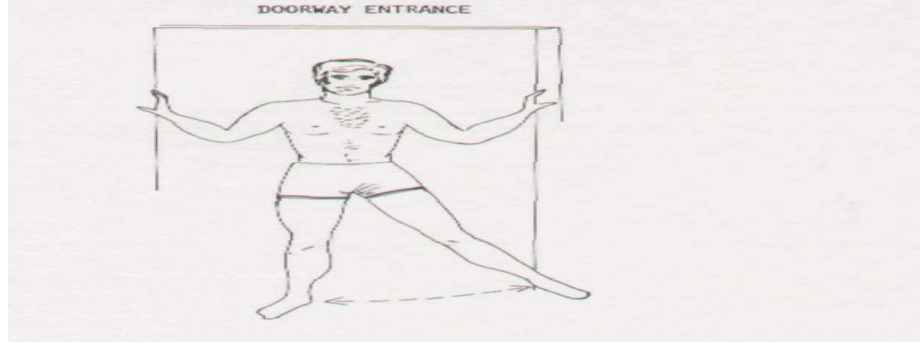
Kalçanız rahat olacak şekilde sırt üstü uzanın. Ayak tabanlarınız yatağa temas edecek şekilde dizlerinizi bükün. Ellerinizi her iki yana uzatın. Ellerinizden destek alarak kalça kaslarınızı sıkıştırın ve yukarıya doğru kaldırın. Bu pozisyonda 5'e kadar sayın ve rahat pozisyona geçin.

6. Bacakları Sarkıtma Hareketi



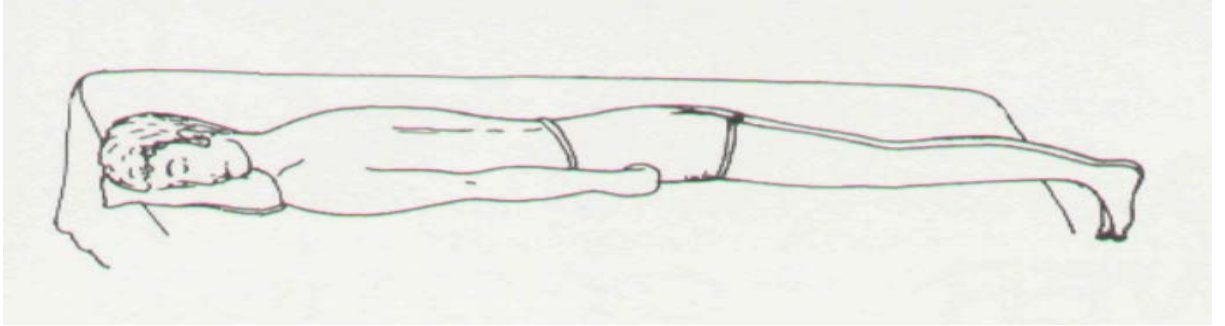
Dizleriniz yatak kenarına gelecek şekilde bacaklarınızı yatak kenarından sarkıtarak sırt üstü yatın. Başınızın altına bir ya da iki yastık koyabilirsiniz.

7. Bacağı Yana Açma Hareketi



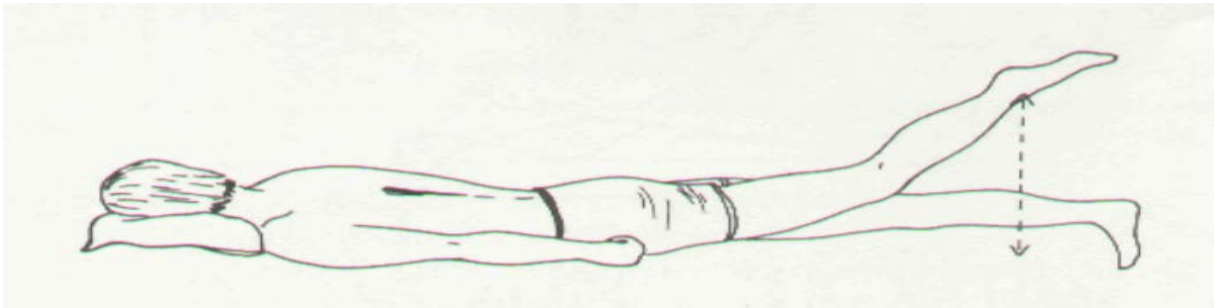
Kapı eşiğinde ameliyatsız bacağınızın üzerinde durun ve kapı çerçevelerine tutunun. Ameliyatlı olan bacağınızı dış yana doğu hareket ettirin.

8. Yüzükoyun Yatma



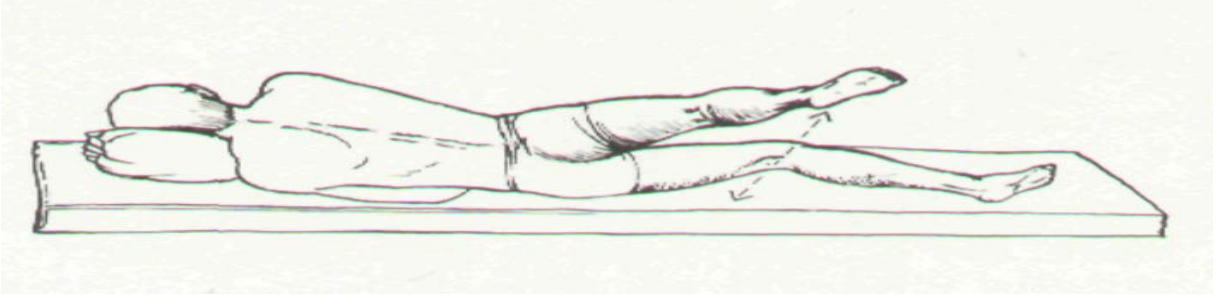
Başınız yanda, ayaklarınız yatak kenarından sarkacak şekilde yüzükoyun uzanın. Bu hareketi günde toplam 1 saat uygulayın.

9. Yüzükoyun Yatarken Bacağı Kaldırma Hareketi



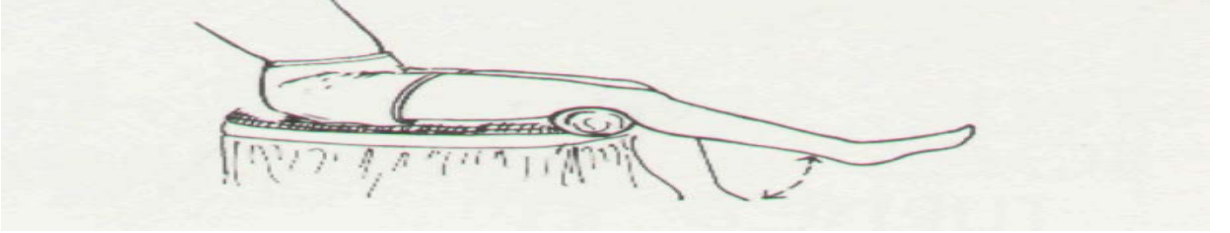
Başınız yanda, ayaklarınız yatak kenarından sarkacak şekilde yüzükoyun uzanın. Dizinizi düz tutarak ameliyatlı bacağınızı yukarıya doğu kaldırın.

10. Yan Yatarken Bacağı Kaldırma Hareketi



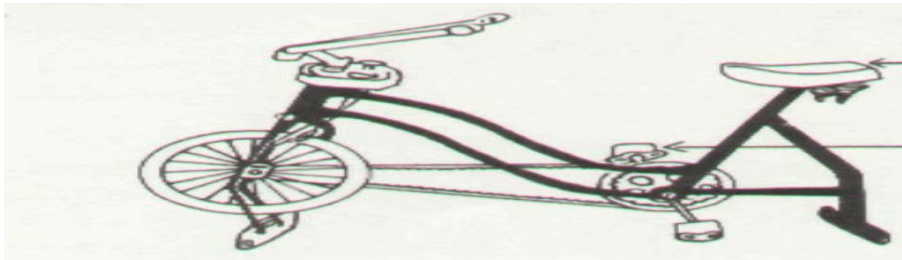
Ameliyatsız tarafınıza yan yatın. Dengenizi sağlamak için ameliyatsız bacağınızın diz ve kalça eklemini bükün. Ameliyatlı bacağınızın dizini düz tutarak, bacağınızı geriye ve yukarıya doğru hareket ettirin.

11. Otururken Dizi Düz Tutma Hareketi



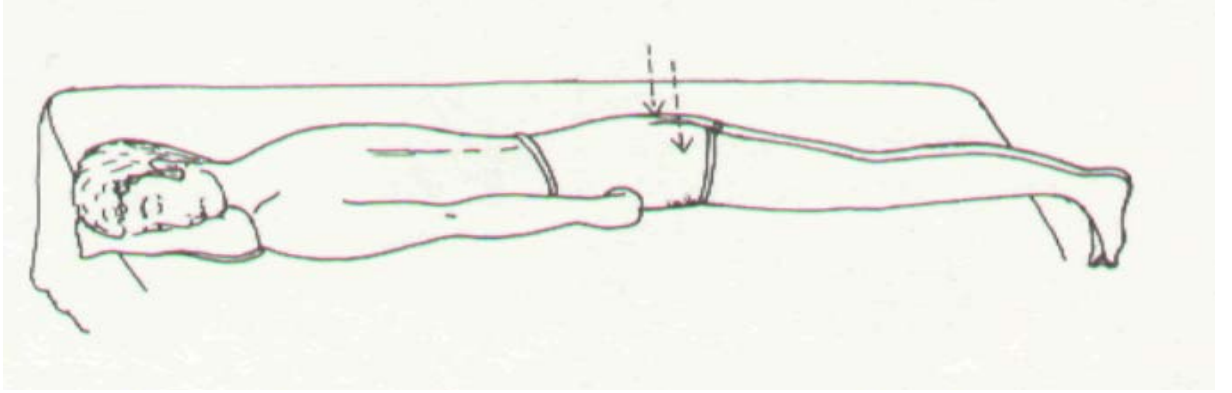
Bacaklarınız serbest olacak şekilde oturun ve ameliyatlı bacağınızın dizi altına rulo yaptığınız havluyu yerleştirin. Bacağınızı ve ayağınızı yukarıya doğru kaldırın. Bacaklarınıza önerilen ağırlıkları asabilirsiniz.

12. Bisiklet Pedalı Çevirme Hareketi



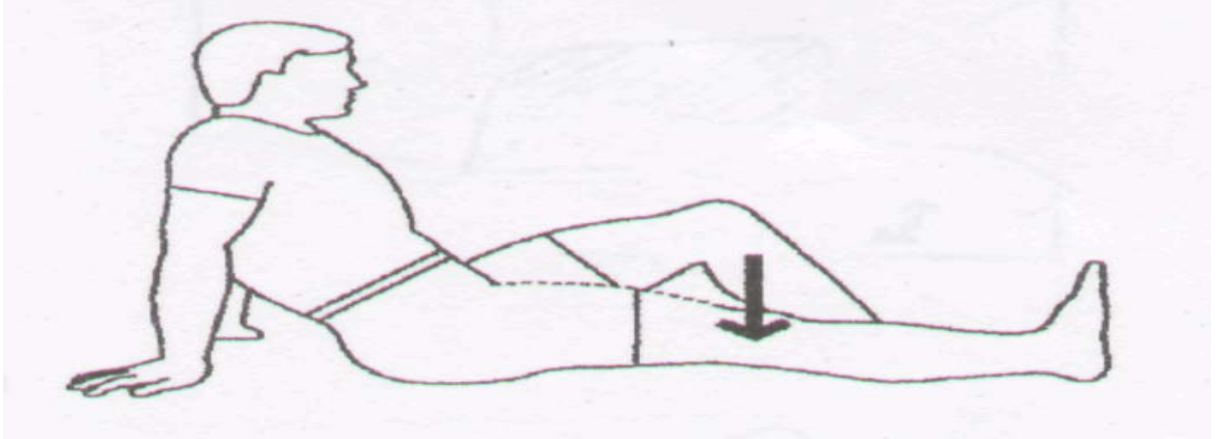
Oturma yeri yüksek ve yere sabit olan bisiklete ameliyatlı kalçanızda rahatsızlık oluşturmayacak şekilde oturun ve pedal çevirin. (Bisikletiniz varsa yapabilirsiniz).

13. Kalçaları Sıkıştırma Hareketi



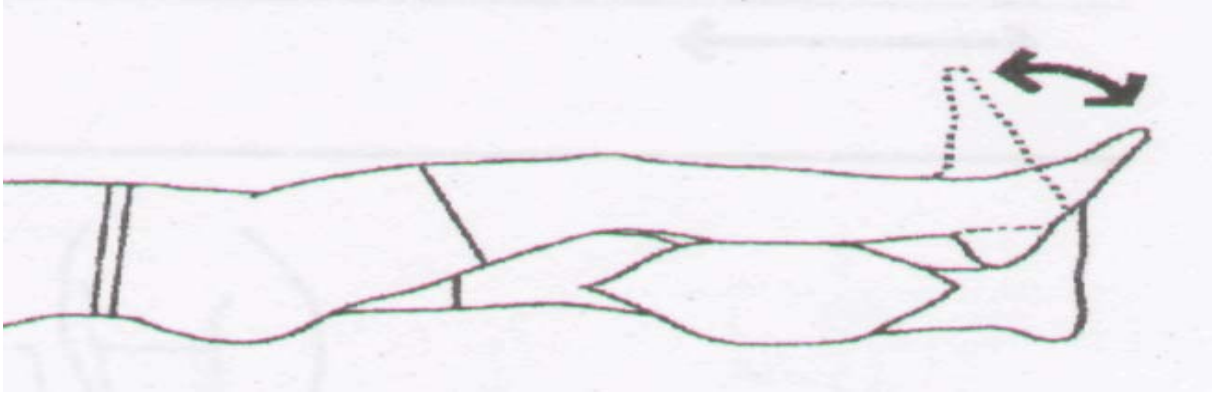
Ayaklarınız yatak kenarından sarkacak şekilde yüzükoyun uzanın. Başınızı ameliyatsız bacağına doğru çevirin. Kalça kaslarınızı 5 saniye süre ile 10 kez sıkıştırın ve gevşetin. Bu egzersizi yüzükoyun yatma hareketi ile birlikte yapabilirsiniz. Bu egzersizi sırtüstü uzanmış durumdayken de yapın. Sırtüstü uzanın ve kalça kaslarınızı 5 saniye sıkıştırılmış şekilde tutun.

14. Diz Kaslarını Sıkıştırma Hareketi



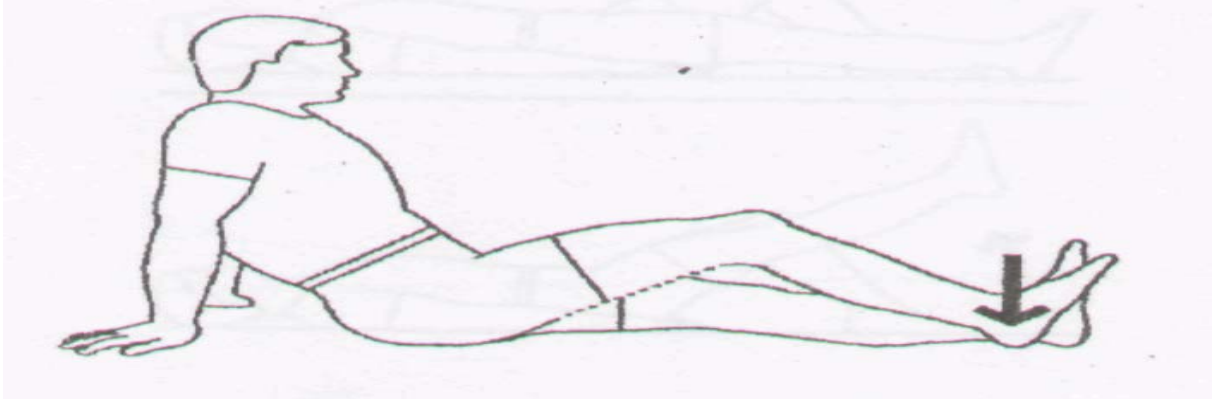
Kollarınız geriye doğru yataktan destek alarak oturun. Ameliyatsız bacağınızı dizden bükerek ayağınızı yatağa temas ettirin. Protezli bacağınızı düz uzatın. Dizinizin arkasını yatağa bastırarak 10'a kadar sayın. Bu hareketi 10 kez tekrarlayın.

15. Ayak Bileğini Çekme Hareketi



Sırt üstü uzanın ve bacaklarınızı düz uzatın. Bacağınızın altına yastık koyabilirsiniz. İlk önce ayak baş parmağınızı aşağıya doğru uzatın sonra kendinize çekin. Bunu 10 kez tekrarlayın.

16. Topuk-Kalça Hareketi



Kollarınız geriye doğru yataktan destek alarak oturun. Protezli bacağınızı dizden hafifçe bükün. Topuğunuzu yatağa doğru bastırarak 10'a kadar sayın. Bu hareketi 10 kez tekrarlayın.

- Futbol, basketbol, voleybol, tenis, jogging gibi ağır aktivitelerden kaçınınız. Bu aktiviteler yeni kalça ekleminin yapısını bozabilir ve protezin bazı parçalarının kaybına neden olabilir.

- Yüzme, yürüme ve yerinde sabit duran bisiklete binme gibi kas gücünü arttıran egzersizleri yapabilirsiniz.

*** Ağrı yönetimi:**

- Belirli aralıklarla dinleniniz.
- Ağrınızı gidermek için size uygun olan uğraşlarla ilgileniniz.
(Dinlenme, televizyon seyretme, arkadaşlarınızla sohbet etme, ılık duş alma vb.)
- Gevşeme tekniklerini uygulayınız (hayal kurma, yoga, meditasyon vb).
- Doktorunuzun önerdiği ağrı kesici ilaçları alınız.

*** İlaçlar:**

- Taburculuk sonrası genellikle ağrı kesiciler, antibiyotikler, kanı sulandıran ilaçlar uygulanabilir.
- İlaçlarınızı doktor ve hemşirenizin verdiği bilgi doğrultusunda doğru dozda ve doğru zamanda uygulayınız.
- İlaçlarınızın etkilerini ve olabilecek yan etkilerini izleyiniz.

*** Yara bakımı:**

- Ameliyat bölgeniz pembemsi renkte ve hafif şiş olabilir.
- Ameliyat bölgenizdeki dikişler ortalama 7-14 gün içinde alınacaktır.
- Ameliyat yerinizi kuru ve temiz tutunuz.
- Ameliyat bölgesinde enfeksiyon belirtileri olup olmadığını gözleyiniz
(Ağrı, hassasiyet, kızarıklık, akıntı, ateş vb).
- Enfeksiyon belirtileri gelişirse doktorunuza başvurunuz.
- Doktorunuz taburcu olurken antibiyotik ilaç verdiyse önerildiği gibi kullanınız.
- Ameliyat yerinizde kaşıntı hissi yara iyileşmesinin göstergesidir.
Ameliyat yerini kaşımayınız. Çevresini hafifçe kaşıyabilirsiniz.
- Dikişleriniz alınmadan taburcu olduysanız, önerilen sıklıkta pansuman yaptırınız.
- Beslenmenize ve yeterli sıvı almaya özen gösteriniz.
- Ameliyat bölgenizi çarpmalardan koruyunuz.

*** Tehlikeli belirti ve bulgular:**

Aşağıdaki belirtilerden herhangi biri olursa doktorunuza başvurunuz.

- Enfeksiyon belirtileri olan ameliyat bölgesinde şişlik, kızarıklık, ağrı, hassasiyet, ateş, titreme, hareket etmede zorluk
- Kan pıhtısı oluştuğunu gösteren bacağın uyluk kısmında ağrı, damar boyunca kızarıklık
- Sinir ya da damar zedelenmesini gösteren bacakta soğukluk, solgunluk, uyuşukluk ve his kaybı
- Protezin çıktığını gösteren bacağın kısalması, aniden artan ağrı, bacağın hareket etmesinde güçlük, bacakta anormal içe ya da dışa dönme

*** Kendi Kendine Bakım:**

- Yara yerindeki dikişler alındıktan 3 gün sonra yara yerini ovalamadan duş şeklinde banyo yapabilirsiniz.
- İlk günlerde banyoya tek başına girmeyiniz.
- Günlük duş alabilirsiniz.
- Üç ay boyunca çorap ve ayakkabıyı kendi başınıza giymeyiniz. Bu konuda başkasından yardım alınız.
- Giyinirken düşmenizi engelleyecek önlemler alınız. İlk günlerde başkasından yardım alarak giyiniz. Oturarak giyinebilirsiniz.
- En az üç ay boyunca bacak bacak üstüne atmayınız.
- Yer sofrasına oturmayınız.
- Bağdaş kurarak oturmayınız.
- Çömelerek iş yapmayınız.
- Ağır ev işleri yapmayınız.
- Kalça eklemınızı bükmeden namaz kılınız.
- Ameliyat olan bacağınızın üzerine 3 ay boyunca yüklenmeyiniz.
- Otururken veya ayakta iken yerden bir şey almak için eğilmeyiniz.

- Başka şekilde önerilmediyse en az 2-3 ay koltuk değneği ya da baston ile yürüünüz.
- En az üç ay boyunca yükseltilmiş klozet kullanınız.
- Bacaklarınızı en az 2 ay süre ile birleştirmeyiniz.
- Ameliyat olan bacağınızı 2 ay boyunca içe ve dışa çevirmeyiniz.
- Ağır yük taşımayınız. İlk 3 ay en fazla 1-2 kilogram ağırlık taşıyabilirsiniz.
- Fazla ayakta kalmayınız, yorulduğunuzu hissettiğiniz anda oturup dinleniniz.
- Yemeğinizi kendiniz hazırlayabilirsiniz. Fakat 15-20 dakikadan fazla ayakta durmayınız.
- Araba kullanmanız en az 6 hafta boyunca kesinlikle yasaktır. Doktorunuzun önerisine göre genellikle 3-6 ay sonra mutlaka emniyet kemeri takarak araba kullanabilirsiniz.
- Ameliyattan sonra 6 hafta kadar cinsel ilişkide bulunmayınız. 6 haftadan sonra kontrollü bir şekilde ilişki sırasında protez olmayan tarafa yan yatarak, 12 haftadan sonra ise tamamen serbest bir şekilde cinsel ilişkide bulunabilirsiniz. En az 3-6 ay boyunca cinsel ilişki sırasında zorlayıcı aktivitelerden kaçınınız. Kalça eklemınızde ağrı hissettiğiniz durumda dinleniniz.
- Havaalanı, alışveriş merkezi gibi yerlerde manyetik kapılardan geçerken ya da herhangi bir nedenle manyetik film çekilmesi gerektiğinde protezli olduğunuzu söyleyiniz.

*** Evdeki güvenlik önlemleri:**

- Alçak topuklu ayakkabılar giyiniz.
- Zeminlerde düşmelere neden olabilecek kablo, halı, paspas vs. kaldırınız.
- Kaygan zeminlerden uzak durunuz. Banyoya tutunacak trabzanlar ve kaymayı önleyen döşemeler yerleştiniz.

- Alçak sandalyelere değil, uygun yükseklikteki ve kollu sandalyelere oturunuz.

- Kendinize güvenmiyorsanız yürürken ve hareket ederken birisinden yardım alınız.

*** Beslenme:**

- Başka bir hastalığınızdan dolayı kısıtlamanız yoksa normal beslenme düzeninize uyunuz. Özel beslenme şekliniz varsa uygulamaya devam ediniz.

- İyileşmeyi hızlandırmak ve kabızlığı önlemek için protein, lif ve vitaminlerden zengin diyet alınız. Protein için et, süt ve süt ürünleri, kurubaklagiller alabilirsiniz. Lif ve vitaminden zengin beslenmek için sebze ve meyve yiyebilirsiniz.

- Kilo almayınız, fazla kilolarınız varsa doktor kontrolünde diyet uygulayınız.

- Başka bir hastalığınızdan dolayı kısıtlama yoksa günde 2,5-3 litre sıvı alınız.

*** Poliklinik Kontrolü ve İletişim:**

- Taburcu olduktan 1 ay sonra ortopedi polikliniğine kontrole geliniz.

- Eğer fizik tedavi önerildiyse size verilen programa uyunuz.

- Doktor ya da hemşirenize ulaşmak için size verilen telefonları arayınız.

KALÇA PROTEZİ UYGULANAN HASTALARIN EN SIK SORDUĞU SORULAR

1. Bacağımın veya kalçamın şişmesi normal mi?

Ameliyat sonrası dönemde 3-6 ay boyunca bacak veya kalçada şişme normaldir. Şişmeyi önlemek için bacağınızın altına birkaç yastık koyarak yükseltin ve 20 dakika buz uygulayın. Günde 3-4 defa uzanarak dinlenin.

2. Evde yapmam gereken egzersizler nelerdir?

Yürüme ve yukarıda anlatılan egzersizleri yapmanız gerekir.

3. Gerektiğinde önerilen ağrı kesiciden daha fazlasını ya da başka bir ilaç alabilir miyim?

Eğer ağrınız olursa doktorunuzun önerdiği ağrı kesicileri kullanın, bacağınızı yükseltin ve buz uygulayın. Ağrı oluşmaması için yorulduğunuzda dinlenin ve egzersizlerinizi dikkatli yapın. Eğer ağrınız geçmezse doktorunuza danışın.

4. Hareketlerim ne kadar süreyle kısıtlanacak?

Altı haftadan sonra kısıtlamaların çoğu azalacaktır. Fakat ömür boyu bacak bacak üzerine atmayın, yere çömelmeyin, yere bağdaş kurarak oturmayın ve dizinizi göğsünüze yaklaştıracak hareketlerden (namaz kılarırken, çorap veya ayakkabı giyerken olduğu gibi) kaçının.

5. Koltuk değneği, yürüteç ve baston gibi yürümeye yardımcı araçlara ne kadar süreyle ihtiyacım olacak?

Ameliyattan sonra bazı yürümeye yardımcı araçlara 6 aya kadar ihtiyaç duyabilirsiniz. Bu süreye doktorunuz karar verecektir.

6. Bir ay sonraki randevuma gelmeden önce dışarı çıkabilir miyim?

Dışarıya çıkabilir, 15-20 dakikalık yürüyüşler yapabilirsiniz. Başlangıçta yalnız çıkmayınız. Yorulduğunuzda oturabileceğiniz bir yer olmasına dikkat ediniz.

7. Bir ay sonraki randevuma gelmeden önce arabaya binebilir miyim ya da araba kullanabilir miyim?

Evden hastaneye gelirken arabaya binebilirsiniz. Ama araba kullanamazsınız. İhtiyacınız olduğunda arabaya binebilirsiniz.

8. Ameliyattan sonra neden sırtüstü yatmalıyım?

Ameliyattan sonra altı hafta boyunca sırtüstü yatarken bacaklarınızın arasına yastık koyarak uyumanız önemlidir. Bu protezin yerinden çıkmasını önler.

9. Ameliyat olan bacağımda niçin morluklar var?

Ameliyattan sonra o bölgede kan toplandığı için cildin morarması normaldir. Birkaç hafta içinde normale dönecektir.

10. Ameliyat olan bacağıma niçin farklı boyda hissediyorum?

Kas gerginliği ya da protezin varlığı bu hisse neden olabilir. Yürürken ağırlığınızı ameliyatsız bacağına verdiğiniz için de bu şekilde hissediyor olabilirsiniz. Yürümeniz geliştikten ve protezin varlığına alıştıktan sonra, bu hissiniz kalmayacaktır. Görülür bir fark varsa protez yerinden çıkmış olabilir. Doktorunuza başvurun.

KAYNAKLAR

1. Black J.M., Matasarrin-Jacobs E. Luckmann and Sorensen's Medical Surgical Nursing. A Psychophysiologic Approach. Fourth Edition. Copyright 1993 by W.B. Saunders Company, USA.
2. Erdil F., Elbaş Ö.N. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Ankara 1996.
3. Farrell, J. (1977). Illustrated Guide To Orthopedic Nursing. J.B. Lippincott Company, United States of America, p: 160-162
4. Maletzki W. Stegmayer-Petry A. Editörler: Göksoy E ve ark. Hasta Bakımı Klinik Kılavuzu. Türkçesi 1. Baskı Nisan 1995. Yüce Yayınları A.Ş. İstanbul
5. Phipps, W.J., Sands, J.K., Marek, J.F. (1999). Medical Surgical, Nursing Concepts & Clinical Practice. Sixth Edition, Mosby, St Lois, p:1982
6. Sayek İ. Temel Cerrahi. C:2. 1991, Ankara 1.Baskı, Cilt 2; 1993, Ankara, 1.Baskı, Cilt 2; 1996, Ankara, 2.Baskı, Cilt 2. güneş Kitabevi Ltd.şti.
7. Thompson J.M. McForland G.K. Mosby Manual of Clinical Nursing. 2. Edition. The CV Mosby Company. St Louis 1989.
8. <http://rothmaninstitute.com/joints/hip/thrfaqş.htm>
9. <http://rothmaninstitute.com/joints/hip/dislocate.htm>
10. <http://rothmaninstitute.com/joints/hip/>

EK-VI
KALÇA PROTEZİ UYGULANAN HASTALARI EVDE TELEFON İLE İZLEM FORMU

| EVDE BAKIM YÖNETİMİ | SEMPATOM TANILAMA | 1. HAFT A | 1. AY | 2. AY | 3. AY | SEMPATOMUN ŞİDDETİ | DİĞER AÇIKLAMALAR |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| Ağrı Yönetimi | Yok | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | YOK: 1 HAFİF: 2 ORTA: 3 ŞİDDETLİ: 4 DAYANILMAZ: 5 | |
| | Hafif | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Orta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Şiddetli | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Dayanılmaz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Yara bakımı | Ağrı | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HAFİF: 1 ORTA: 2 ŞİDDETLİ: 3 YOK: 4 | |
| | Kızarıklık | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Şişlik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Akıntı | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Kanama | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Isı artışı | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Emboliyi Saptama | Bilinçte değişme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HAFİF: 1 ORTA: 2 ŞİDDETLİ: 3 YOK: 4 | |
| | Solunum zorluğu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Solunum ↑ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Nabız artışı | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Vücut ısısı ↑ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Göğüs ağrısı | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Öksürük | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

| EVDE BAKIM YÖNETİMİ | SEMPATOM TANILAMA | 1. HAFTA | 1. AY | 2. AY | 3. AY | SEMPATOMUN ŞİDDETİ | DİĞER AÇIKLAMALAR |
|-------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Nörovasküler sorun saptama | His kaybı | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HAFİF: 1 ORTA: 2 ŞİDDETLİ: 3 YOK: 4 | |
| | Şişlik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Soğukluk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Sulukluk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Ayak hareketlerinde bozulma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Derin Ven Trombozunu Saptama | Ödem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HAFİF: 1 ORTA: 2 ŞİDDETLİ: 3 YOK: 4 | |
| | Şişlik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Ciltte ısı artışı | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Ciltte kızarıklık | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Hassasiyet/ Ağrı | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Dislokasyonu saptama | 1. Ağrı | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HAFİF: 1 ORTA: 2 ŞİDDETLİ: 3 YOK: 4 | |
| | 2. Kısılma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | 3. İçe dönme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | 4. Dışa dönme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| İlaç Kullanımı | İlaç yan etkilerinin olması | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HAFİF: 1 ORTA: 2 ŞİDDETLİ: 3 YOK: 4 KULLANMIYOR: 5 | |

| EVDE BAKIM YÖNETİMİ | SEMPATOM TANILAMA | 1. HAFTA | 1. AY | 2. AY | 3. AY | SEMPATOMUN ŞİDDETİ | DİĞER AÇIKLAMALAR |
|----------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Beslenme | İştahta azalma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HAFİF: 1 ORTA: 2 ŞİDDETLİ: 3 YOK: 4 | |
| | İştahta artma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Sıvı alımında artma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Sıvı alımında azalma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Kiloda artma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Kiloda azalma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Öz bakım | Giyinirken zorlanma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HAFİF: 1 ORTA: 2 ŞİDDETLİ: 3 YOK: 4 | |
| | Tuvaletini yaparken zorlanma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Kişisel hijyende zorlanma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HAFİF: 1 ORTA: 2 ŞİDDETLİ: 3 YOK: 4 | |
| | Yemek yaparken zorlanma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Cinsel yaşam | Cinsel Aktivitede zorlanma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HAFİF: 1 ORTA: 2 ŞİDDETLİ: 3 YOK: 4 AKTİVİTE YOK: 5 UYGULAMAYI TERCİH ETMİYOR: 6 | |

| EVDE BAKIM YÖNETİMİ | SEMPTOM TANILAMA | 1. HAFTA | 1. AY | 2. AY | 3. AY | SEMPTOMUN ŞİDDETİ | DİĞER AÇIKLAMALAR |
|----------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Aktivite | Ev içinde yürüken ağrı | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HAFİF: 1 ORTA: 2 ŞİDDETLİ: 3 YOK: 4 | |
| | Egzersiz sırasında ağrı | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Yatak ya da sandalyeden kalkarken ağrı | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Merdiven çıkarken zorlanma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Bahçe işleri ile uğraşırken zorlanma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Namaz kılarken zorlanma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Ev işlerinde zorlanma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

| EVDE BAKIM YÖNETİMİ | SEMPTOM TANILAMA | 1. HAFTA | 1. AY | 2. AY | 3. AY | SEMPTOMUN ŞİDDETİ | DİĞER AÇIKLAMALAR |
|----------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sosyal yaşam | Araba kullanırken zorlanma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HAFİF: 1 ORTA: 2 | |
| | Ulaşımда zorlanma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ŞİDDETLİ: 3 YOK: 4 | |
| | Çalışırken zorlanma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | SINIRLANDIRMIŞ: 5 | |
| | Alışverişte zorlanma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

KALÇA PROTEZİ UYGULANAN HASTALARIN TABURCULUK SONRASI EVDE TELEFON İLE İZLENMELERİNİN HASTALAR TARAFINDAN ALGILANMASI

| HASTANIN ALGILAMASI | 5 PUAN | 4 PUAN | 3 PUAN | 2 PUAN | 1 PUAN |
|---|---|--|--|---|---|
| Telefon ile yapılan izlemden memnun olma | Çok memnunum <input type="checkbox"/> | Memnunum <input type="checkbox"/> | Bilmiyorum <input type="checkbox"/> | Memnun değilim <input type="checkbox"/> | Hiç memnun değilim <input type="checkbox"/> |
| Telefon ile yapılan izlemden yararlanma | Çok yararlandım <input type="checkbox"/> | Yararlandım <input type="checkbox"/> | Bilmiyorum <input type="checkbox"/> | Yararlanmadım <input type="checkbox"/> | Hiç yararlanmadım <input type="checkbox"/> |
| Telefon ile yapılan önerilere uyma | Önerilere tamamen uydum <input type="checkbox"/> | Önerilere kısmen uydum <input type="checkbox"/> | Bilmiyorum <input type="checkbox"/> | Önerilere uymadım <input type="checkbox"/> | Önerilere hiç uymadım <input type="checkbox"/> |

EK-VII**KALÇA PROTEZİ UYGULANAN HASTALARIN SONUÇ
KRİTERLERİNE ULAŞMA DURUMLARINI DEĞERLENDİRME
FORMU**

| POSTOPERATİF 3. AY | VAR | | | YOK |
|--|--------------|-------------|-----------------|------------|
| | Hafif | Orta | Şiddetli | |
| Yara Yerinde | | | | |
| Ağrı | | | | |
| Kızarıklık | | | | |
| Şişlik | | | | |
| Akıntı | | | | |
| Kanama | | | | |
| Isı artışı | | | | |
| Fiziksel mobilite/Günlük Yaşam Aktiviteleri | | | | |
| Ev içinde yürüken ağrı | | | | |
| Egzersiz sırasında ağrı | | | | |
| Yatak ya da sandalyeden kalkarken ağrı | | | | |
| Merdiven çıkarken zorlanma | | | | |
| Ev işlerini yaparken zorlanma | | | | |
| Yemek yaparken zorlanma | | | | |
| Kişisel hijyeni sağlarken zorlanma | | | | |
| Giyinirken zorlanma | | | | |
| Tuvaletini yaparken zorlanma | | | | |
| Bahçe işleri ile uğraşırken zorlanma | | | | |
| Namaz kılarken zorlanma | | | | |
| Cinsel aktivite sırasında zorlanma | | | | |
| Araba kullanırken zorlanma | | | | |
| Ulaşım sırasında zorlanma | | | | |
| Çalışma ortamında zorlanma | | | | |
| Alışveriş yaparken zorlanma | | | | |

| POSTOPERATİF 3. AY | VAR | | | YOK |
|---|-------|------|----------|-----|
| | Hafif | Orta | Şiddetli | |
| Ameliyat Sonrası Komplikasyonlar | | | | |
| A. Dislokasyon | | | | |
| Ağrı | | | | |
| Kısalma | | | | |
| İçe dönme | | | | |
| Dışa dönme | | | | |
| B. Nörovasküler etkilenme | | | | |
| His kaybı | | | | |
| Şişlik | | | | |
| Soğukluk | | | | |
| Solukluk | | | | |
| Ayak hareketlerinde bozulma | | | | |
| C. Derin Ven Trombozu | | | | |
| Ödem | | | | |
| Şişlik | | | | |
| Ciltte ısı artışı | | | | |
| Ciltte kızarıklık | | | | |
| Hassasiyet/Ağrı | | | | |
| D. Emboli | | | | |
| Mental durumda/ Bilinç seviyesinde değişme | | | | |
| Solunum zorluğu | | | | |
| Solunum sayısında artma | | | | |
| Nabız artışı | | | | |
| Vücut ısısında artma | | | | |
| Göğüs ağrısı | | | | |
| Öksürük | | | | |

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
(BİLİMSEL ETİK KURULU)

SAYI :B.30.2.EGE.0.82.00.00-91

Bornova /İZMİR

KONU :Araştırma hk.

24.12.2003

HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Yüksekokulumuz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı'nda Prof.Dr.Alev DRAMALI'nın danışmanı olduğu Doktora öğrencisi Özlem BİLİK'in 15 Şubat 2004 – 31 Aralık 2004 tarihleri arasında yapmayı planladığı "Kalça Protezi Uygulanmış Olan Hastaların Evde Telefonla İzlenmesinin İyileşmeye Etkisi" konulu araştırma 24.12.2003 tarihinde **Bilimsel Etik Kurulu** tarafından incelenmiş ve "Araştırmanın Yürütülmesi Uygun" bulunmuştur.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

Doç.Dr. İsmet EŞER
Bilimsel Etik Kurulu Başkanı

Özlem Bilik
24/12
9

| E.Ü. HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU | |
|-----------------------------|----------|
| Yazı İşleri | |
| Kayıt Tarihi | 25.12.03 |
| Kayıt No | 5298 |
| İlgili Büro | |

Handwritten initials and date: 24/12



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ

03 Mart 2004
...../...../.....

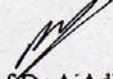
SAYI : B.30.2.DEÜ.0.70.10.00- 571
KONU :

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ'NE

İlgi: 18.02.2004 tarih, 205 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda belirtilen, Özlem BİLİK'in "Kalça Protezi Uygulanmış Olan Hastaların Evde Telefon Yolu ile İzlenmesinin İyileşmeye Etkisi" konulu tez çalışması için uygulama yapması uygun bulunmuştur.
Bilgilerinize rica ederim.




Prof. Dr. A. Adil ESEN
Başhekim



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Ortopedi ve Traumatoloji Anabilim Dalı



Tel. : 0232 - 412 3351

Faks : 0- 232 277 22 77

İnciraltı 35340 - İZMİR

Sayı : 64

.....02.03.2004

Konu :

DEKANLIK MAKAMINA

Ege Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencisi olan Özlem Bilik tarafından yürütülmekte olan “ Kalça Protezi Uygulanmış Olan Hastaların Evde Telefon Yolu ile İzlenmesinin İyileşmeye Etkisi “ konulu tez çalışmasının yürütülmesi Anabilim dahımız tarafından uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.Saygılarımla.

Prof. Dr. Osman KARAÖĞLA
Dokuz Eylül Univ.
Tıp Fak. Ortopedi ve Trav. ABN
No: 43/9/10017
Prof. Dr. Emin Altın
Ortopedi ve Trav. AD Bşk.



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI



İnciraltı 35340-İzmir

Tel. : 0 232 - 259 87 73 - 259 87 74

Fax : 0 232 - 259 05 41

Sayı : B.30.2.DEÜ.0.01.00.00/6798

03 Haziran 2004

ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

Fakültemiz Klinik ve Laboratuar Araştırmaları Etik Kurulu Başkanlığının 08 Mart 2004 tarih ve 64 sayılı yazısıyla Dekanlığımıza iletilen: Ege Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Öğrencisi Özlem BİLİK'in sorumlu olduğu 503 protokol no.lu "Kalça Protezi Uygulanmış Olan Hastaların Evde Telefon Yolu İle İzlenmesinin İyileşmeye Etkisi" isimli proje ile ilgili Klinik ve Laboratuar Araştırmaları Etik kurulu kararı ve sonuç ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. A. Şebnem ÖZKAN
Dekan



DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK VE LABORATUVAR ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU
Tarih ve Sayı: 25.05.2004/08

Etik Kurul Üyeleri

Prof. Dr. Hüseyin GÜLAY
Prof. Dr. Hale AKPINAR
Doç. Dr. Hüray İŞLEKEL
Doç. Dr. Arzu SAYINER
Doç. Dr. Özgül SAĞOL
Doç. Dr. Görsev YENER
Doç. Dr. Mehmet Ali KOÇDOR
Doç. Dr. Kamer UYSAL
Doç. Dr. Mustafa SEÇİL
Yard. Doç. Dr. Ayşe KARCI

Etik Kurul Başkanı

Prof. Dr. Hüseyin GÜLAY

Etik Kurul Sekreteri

Yonca YILDIRIM

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA,

Etik Kurulumuzun **25 Mayıs 2004** tarih ve **04/08/04** no.lu Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Öğrencisi **Özlem BİLİK**'in sorumlu olduğu **503** protokol no.lu "**Kalça Protezi Uygulanmış Olan Hastaların Evde Telefon Yolu İle İzlenmesinin İyileşmeye Etkisi**" isimli projenin uygulanmasında etik açıdan sakınca yoktur. Oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Hüseyin GÜLAY
Klinik ve Laboratuvar Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

**DOKUZ EYLUL UNIVERSITESI
UYGULAMA VE ARASTIRMA
HASTANESI**



**KALÇA (PROTEZ)
AMELIYATI GEÇİREN
HASTALAR İÇİN
EVDE BAKIM İLKELERİ**

Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü
İZMİR-2003

Sayın;

1. İlaçlarınızı doktor ve hemşirelerinizin verdiği bilgi doğrultusunda doğru dozda ve doğru zamanda kullanmalısınız.
2. İlaçlarınızın etkilerini ve olası yan etkilerini öğrenmelisiniz.
3. Anlayamadığınızı tekrar sormalısınız.
4. Başka bir hastalığınızdan dolayı kısıtlamanız yoksa normal diyet alabilirsiniz.
5. Kabız olmamaya dikkat etmelisiniz. Kabızlığı önleyen lifli gıdaları bol tüketmelisiniz. Doktorunuz tarafından yasak getirilmediği sürece günde ortalama 3 litre sıvı alınız.
6. Varis çorabınızı doktorunuzun önerdiği süre boyunca kullanınız.
7. Ameliyat bölgesi kuru ve temiz tutulmaya çalışmalıdır.
8. Egzersizleri öğretildiği şekilde ve düzenli olarak yapınız.
9. Ameliyattan hemen sonra silinme şeklinde banyo yapabilir ve saçınızı yıkatabilirsiniz. Dikşler alındıktan 3 gün sonra duş şeklinde banyo yapabilirsiniz. İlk 4-5 banyoyu yalnız yapmayınız.
10. Otururken ara ara kalkıp birkaç adım dolaşınız. 1 saatten uzun süre oturmuyunuz.
11. Evde mutlaka alafrağa tuvalet kullanınız. Yer tuvaletleri bacaklarınızın aşırı bükülmesine ve proteze fazla ağırlık vermenize yol açar. Özellikle alafrağa tuvaletler için yapılmış yükselticiler daha rahat etmenizi sağlar. Tuvaletten kalkarken kullanabileceğiniz bir kenar tutamağı koydurunuz.
12. Yer sofrasında yemek yemek kesinlikle yasaktır. Bağdaş kurarak oturmak, çömelerek iş yapmak, ağır ev işi yapmak sakıncalıdır. Ayakta namaz kılmak eğilmeyi gerektirdiği için sakıncalıdır. Protezinizin yerinden çıkmasına neden olabilir.
13. Sırt üstü yatarken iki bacak arasına yastık koyarak bacaklarınızı açınız. Ameliyatlı tarafınıza (ameliyatınızdan 6 hafta sonra) yatabilirsiniz.
14. Kesinlikle bacak bacak üstüne atmayınız. Dizlerinizi birbirinden ayrı tutunuz.

15. Kilo almayın . Olmanız gereken vücut ağırlığı sınırları içerisinde kalın. Bu konuda diyet uzmanınızdan yardım alabilirsiniz.
16. Alçak sandalyelere oturmuyunuz. Uygun yükseklikteki ve kollu sandalyelere oturunuz.
17. Aşırı eğilme, ağır kaldırma, atlama gibi kalça eklemine zarar verici hareketlerden kaçınınız.
18. Futbol, voleybol, basketbol gibi ani hareket gerektiren sporlar sakıncalıdır. Bunun yerine yürümek ve yürüyüş gibi sporları tercih ediniz.
19. Sık sık yürüyüş yapınız. Yürüyüşlerinizi küçük adımlarla sık sık dinlenme molası vererek size öğretilen baston, koltuk değneği, yürüme cihazı v.b. aletlerden yardım alarak özellikle düz beton zeminde yapınız.
20. Ameliyat sonrası 8 hafta kadar ayakkabı ve çorap giyerken eğilmeyiniz, tırnağınızı kendiniz kesmeyiniz. Belli bir süre çorap ve ayakkabı giyerken yardım isteyiniz ve uzun çekecek kullanınız.
21. Ameliyattan 1 hafta sonra trabzanlardan destek alarak merdiven çıkabilirsiniz.
22. Araba kullanmaya başlamanız yapılan ameliyatın türüne göre değişir. Genellikle 3-6 ay sonra mutlaka emniyet kemeri takarak kullanabilirsiniz.(Doktorunuzun önerisine göre).
23. Havaalanı, alışveriş merkezi gibi yerlerde manyetik kapılardan geçerken ya da herhangi bir nedenle manyetik film çektiğiniz gerekirse protezli olduğunuzu belirtiniz.
24. Cinsel ilişki ameliyattan 6 hafta sonra kontrollü olarak (ilişki sırasında protezsiz tarafa yan yatarak) 12 hafta sonra tamamen serbesttir.
25. Taburcu olduğunuz günden 1 ay sonra ortopedi polikliniğine kontrole geliniz.
 - ♦ Ameliyat bölgenizde şişlik, kızarıklık, ağrı, hassasiyet, vücut ısı artışı olursa, bacakta fonksiyon kaybı ve kısalık oluşursa hemen doktorunuza başvurunuz.

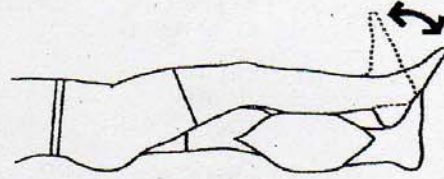
Hasta Adı:
Egzersiz programını veren :

Tarih:

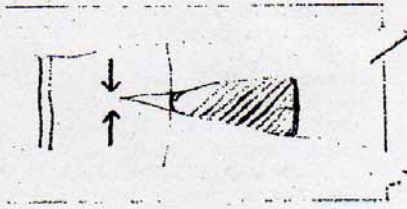
**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI**

KALÇA PROTEZİ EV EGZERSİZ PROGRAMI

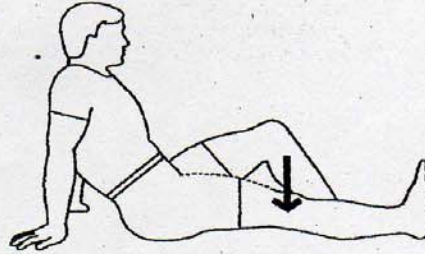
1. Bacacağımızı bir yastık üzerine uzatarak ayak bileğimizi kendinize doğru çekip itin.



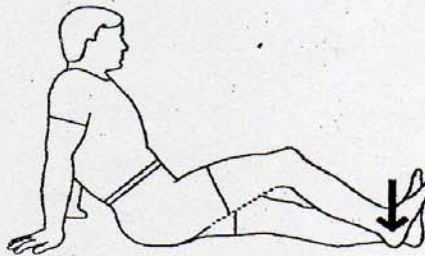
2. Sırtüstü yatın. Kalça kaslarınızı kasarak birbirine yaklaştırmaya çalışın, 10'a kadar sayın.



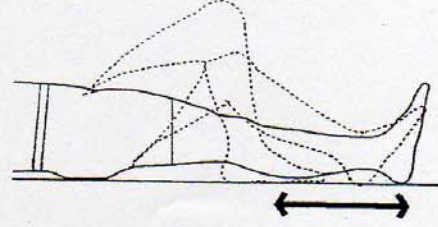
3. Protezli taraftaki bacağımızı düz uzatın. Dizinizin arkasını yatağa bastırarak 10'a kadar sayın.



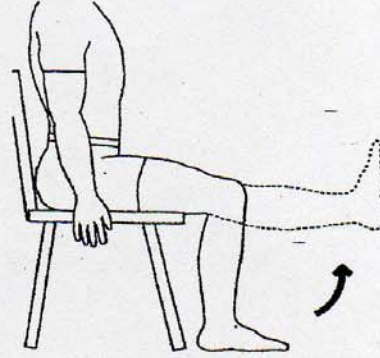
4. Oturarak protezli bacağımızı dizden hafif bükün. Topuğunuzu yatağa doğru bastırarak 10'a kadar sayın.



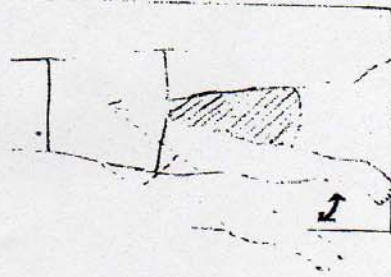
5. Ayağınızı yatak üzerinde kaydırarak bacağıınızı kendinize doğru çekin ve tekrar uzatın.



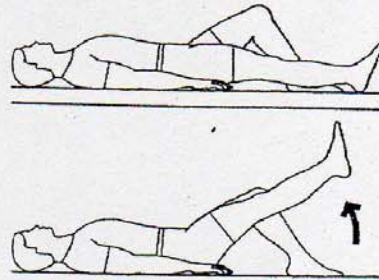
6. Yatak kenarında oturarak, dizinizi düzleştirin, 5'e kadar sayın ve tekrar kıvrın.



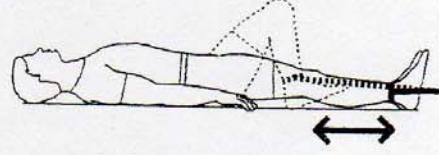
7. Protezli bacağıınızı yana doğru açın, sonra tekrar yastığa kadar kapatın.



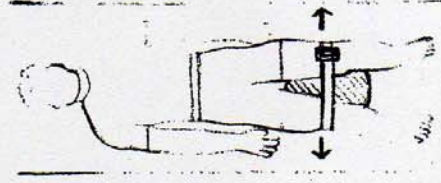
8. Sırtüstü yatarak sağlam bacağıınızı dizden bükün. Protezli bacağı düz olarak yukarı doğru kaldırın, 4 saniye tutup indirin.



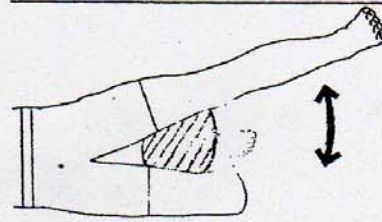
9. Ayak bileğinize bağladığımız lastiğin direncine karşı bacağınızı büküp açın.



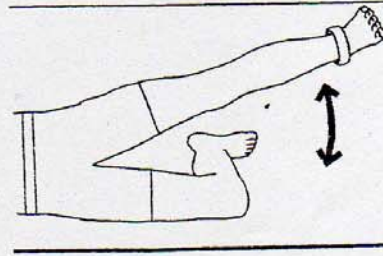
10. Dizlerinizin arasında yastık varken dizlerin çevresine bağladığımız kemere karşı bacaklarınızı açmaya çalışın, 10'a kadar sayın.



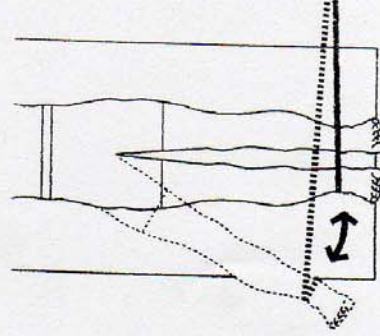
11. Dizlerinizin arasında yastık varken sağlam bacağın üzerine yan yatın. Protezli bacağınızı düz olarak yukarı doğru kaldırıp indirin.



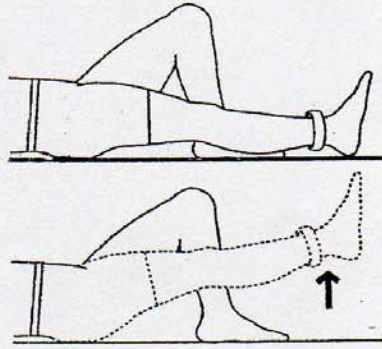
12. Bir önceki egzersizi ayak bileğinizdekg ağırlıkla yapın.



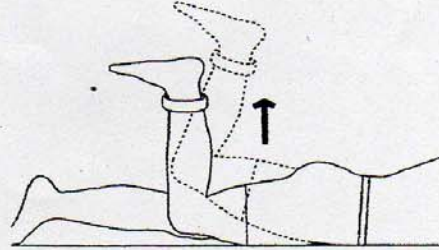
13. Protezli bacağın ayak bileğinden geçirilen lastiğin direncine karşı bacağınızı yana doğru açın, kapatın.



14. Ayak bileğine bağladığımız.....kg ağırlık ile bacağımızı düz olarak kaldırıp, indirin.



15. Yüzüstü yatarak ayak bileğinizdeki.....kg ağırlıkla diziniz bükülü iken bacağınızı yukarı doğru kaldırıp, indirin.



NOTLAR:

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI

KALÇA PROTEZLİ HASTAYA ÖNERİLER

- 6 hafta boyunca yükseltilmiş tuvalet kullanın.
- 6 hafta boyunca, yatarken bacaklarınızın arasına yastık koyun.
- Doktorunuz izin vermeden ameliyatlı taraf üzerine yan yatmayın. Sağlam taraf üzerine yatarken 6 hafta süreyle bacaklarınızın arasına yastık koyun.
- Alçak sandalye kullanmayın. Otururken dizleriniz daima kalça seviyesinden aşağıda olmalıdır.
- Otururken bacaklarınızı birbirinden ayrı tutun; bacak bacak üstüne atmayın.
- Yataktan veya sandalyeden kalkarken öne eğilmekten kaçının; ayağa kalkmadan önce kalçanızı öne kaydırın.
- Yerden birşey almak için eğilmeyin.
- Ayakkabı çekeceği veya elastik ayakkabı kullanın.
- Ameliyatlı taraftaki ayağınızı, diğer ayağa doğru içe döndürmeyin.

ÖZGEÇMİŞ

Özlem BİLİK

Araştırmacı, 1971 yılında İzmir’de doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini İzmir’de tamamladı. 1988 yılında öğrenime başladığı Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’ndan 1992’de mezun oldu. Aynı yıl Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nde göreve başladı ve Genel Cerrahi; Plastik ve Rekonstruktif Cerrahi; Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi klinikleri ile Acil Servis’te çalıştı. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü’nün açtığı “Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı”na 1995 yılında girdi ve 1998’de “Ortopedi Servisinde Yatan Hastaların Kendi Bakımlarına Katılım Düzeylerinin İncelenmesi” isimli tezi bitirerek mezun oldu. 1996 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’nda Araştırma Görevlisi olarak göreve başladı. Doktora eğitimine 1999 yılında Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü’nün açtığı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği alanında başladı. Halen Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’nda Öğretim Görevlisi olarak görev yapmaktadır.