

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

TOTAL KALÇA PROTEZİ AMELİYATI OLAN HASTALARIN DENEYİMLERİ

Züleyha ŞİMŞEK YABAN

**Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yönetmeliğinin Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD.
Yüksek Lisans Programı İçin Öngördüğü
BİLİM UZMANLIĞI (YÜKSEK LİSANS) TEZİ
olarak hazırlanmıştır.**

**KOCAELİ
2006**

T.C.
KOCAELI ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TOTAL KALÇA PROTEZİ AMELİYATI OLAN HASTALARIN DENEYİMLERİ

Züleyha ŞİMŞEK YABAN

**Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yönetmeliğinin Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD.
Yüksek Lisans Programı İçin Öngördüğü
BİLİM UZMANLIĞI (YÜKSEK LİSANS) TEZİ
olarak hazırlanmıştır.**

Danışman: Prof. Dr. Süreyya KARAÖZ

ÖZET

Total Kalça Protezi Ameliyatı Olan Hastaların Deneyimleri

Bu araştırma, total kalça protezi (TKP) ameliyatı olan hastaların deneyimlerinin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

Araştırma niteliksel yöntemlerin kullanıldığı tanımlayıcı bir çalışmadır.

Örneklem kapsamını 15 Haziran 2005-15 Kasım 2005 tarihleri arasında Kocaeli Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji servisinde total kalça protezi ameliyatı için kabul edilmiş, iletişime ve işbirliğine açık, ilk kez TKP ameliyatı olan, görme, işitme, konuşma gibi duyuşsal kayıpları olmayan ve çalışmaya kendi istekleriyle katılmayı kabul eden 20 hasta oluşturmuştur. Hastalarla hastanede yapılan ilk görüşmeden 5- 6 hafta sonra ikinci görüşme planlanmıştır. Hastaların rahatsızlıklarının başından sonuna kadar neler deneyimlediklerinin belirlenmesi amacıyla açık uçlu sorulardan oluşan yarı yapılandırılmış görüşme yöntemi kullanılmıştır. Hastalardan veriler, yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Deneyimlerin aktarılmasıyla oluşan görüşme kayıtları kelimesi kelimesine yazıya döküldükten sonra temalar oluşturulmuştur.

Hastalarla yapılan görüşmelerin analizi sonucunda oluşturulan temalar; hastane öncesi deneyimler, ameliyat ve ameliyat sonrası hastane deneyimleri ve taburculuk sonrası deneyimler olarak gruplandırılmıştır. Elde edilen temalar hastaların ameliyat öncesi dönemde başlayıp, taburcu olduktan sonra da devam eden ve temelde hareket kısıtlılığında kaynaklanan bakım gereksinimleri olduğunu ortaya koymuştur.

Anahtar Kelimeler: Total Kalça Protezi Ameliyatı, hasta deneyimleri, kalitatif çalışma.

ABSTRACT

Experiences of Patients' Who Had a Total Hip Replacement

This research was carried out to define the experiences of patients who have undergone a total hip replacement(THR).

The research is a descriptive study in which qualitative methods has been used .

The scope of the research sample was gathered between 15 June 2005 and 15 November 2005 from 20 patients who had been admitted to the Orthopaedy and Travmatology service in the Kocaeli State Hospital for a total hip replacement. The patients were all open to cooperation and communication, were to undergo THR for the first time, did not have any incapacibilities of seeing, hearing, talking and accepted this study willingly. The second interview with the patients was planned five-six weeks later than the first interview at the hospital. Semi-structured interview methods, which consist of open-ended questions, were used to identify what patients experienced from the beginning up to the time of their illness. Data were gathered from the patients by using the face to face interview method. The themes were organized after transcribing verbatim the interview records, which had been performed by transmitting patients' experiences.

Themes which had been organized by patients' experiences after interviewing with them were grouped under the name of experiences before hospitalization, during operation and after operation and after being discharged. The themes which were obtained have shown that the patients feel the necessity to have care, which begins in the term before the operation, and also continue after being discharged and basically result from the movement restriction.

Key Words : Total Hip Replacement operation, patient experiences, qualitative research.

TEŞEKKÜR

Tez konumun belirlenmesinde ve çalışmamın her aşamasında kıymetli bilgileri, ilgisi ve desteği ile her zaman yanımda olan değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Sreyya KARAÖZ'e;

Desteklerini benden esirgemeyen çalışma arkadaşlarım Arş.Gör. Seçil EKİZ, Arş.Gör. Deniz ORUÇ ve Arş.Gör. İbrahim ÇETİN'e ve değerli arkadaşım Yasemin NAZLI' ya,

Kocaeli Devlet Hastanesi Ortopedi Kliniği'nde çalışan tüm sağlık personeline,

Yalnızca tez dönemimde değil, tüm yaşantım boyunca ve eğitim sürecimde sabrı, hoşgrleri ve sevgileri ile her zaman desteklerini yanımda hissettiğim anneme, babama ve kardeşime,

Yüksek Lisans eğitimim ve tez çalışmam sırasında desteği, ilgisi, anlayışı ve sabrı için eşime sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
ÇİZELGELER DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
1.1. Giriş	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Total Kalça Protezi Uygulaması	4
2.1.1. Tanım	4
2.1.2. TKP Uygulamasının Amacı	4
2.1.3. Kalça Eklemine Yapı ve Görevi	5
2.1.4. Total Kalça Protezi Nedir ve Nasıl Uygulanır?	6
2.1.5. Total Kalça Protezi Uygulanmasına Neden Olan Durumlar	8
2.1.6. Total Kalça Protezi Uygulanmaması Gereken Durumlar	9
2.1.7. Total Kalça Protezi Komplikasyonları	10
2.2. Total Kalça Protezi Ameliyatı Olan Hastalarda Hemşirelik Bakımı	12
2.2.1. Total Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Hemşirelik Bakımı	12
2.2.2. Cerrahi Girişim Sırasında Hemşirelik Bakımı	16
2.2.3. Total Kalça Protezi Ameliyatı Sonrası Hemşirelik Bakımı	17
2.3. TKP Ameliyatı Olan Hastada Taburculuk Planlaması	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM	26
3.1. Araştırmanın Türü	26
3.2. Araştırmanın Yeri ve Örneklemi	26
3.3. Verilerin Toplanması	28

3.4. Verilerin Analizi	30
3.5. Araştırma Takvimi	31
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	31
4. BULGULAR	32
4.1.1. Hastane Öncesi Deneyimler	33
4.1.1.1. Ağrı	33
4.1.1.2. Yaralanma Deneyimi	34
4.1.1.3. Karar Vermede Zorlanma	35
4.1.1.4. Korku / Anksiyete	36
4.1.1.5. Günlük Yaşam Aktivitelerinde Güçlük	37
4.1.2. Ameliyat ve Ameliyat Sonrası Hastane Deneyimleri	38
4.1.2.1. Anestezi ve Ayılma Deneyimi	38
4.1.2.2. Ağrı	40
4.1.2.3. Özbakım Eksikliği	41
4.1.2.4. Kabızlık	41
4.1.2.5. Bağımlılık	42
4.1.2.6. Hastane Ortamından Memnuniyetsizlik	43
4.1.2.7. Sağlık Personelinden Memnuniyet	44
4.1.2.8. Bilgi Eksikliği	45
4.1.2.9. Cerrahi İyileşmede Gecikme	45
4.1.2.10. Taburculuk ve Hastaneden Eve Nakil	46
4.1.3. Taburculuk Sonrası Deneyimler	48
4.1.3.1. Eve Geri Dönme Deneyimi	48
4.1.3.2. Ağrı	48
4.1.3.3. Ev Çevresi İçinde Düzenleme Yapma Gereksinimi	49
4.1.3.4. Korku	51
4.1.3.5. Özbakım Eksikliği	52
4.1.3.6. Rol Performansında Değişme	53
4.1.3.7. Evin Bakımını Sağlamada Yetersizlik	53
4.1.3.8. Eve Bağımlı Olma	55
4.1.3.9. Yalnızlık	55
4.1.3.10. Ümit ve Ümitsizlik	56

4.1.3.11. Özlemler	58
4.1.3.12. Mutluluk	60
5. TARTIŞMA	62
5.1. Hastaların Deneyimlerine İlişkin Bulguların Tartışılması	62
5.1.1. Hastane Öncesi Deneyimler	62
5.1.2. Ameliyat ve Ameliyat Sonrası Hastane Deneyimleri	64
5.1.3. Taburculuk Sonrası Deneyimler	69
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	73
KAYNAKLAR	76
EK.1. Hasta tanıtım formu	81
EK.2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	82
EK.3. Hastane İzin Formu	83

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Kalça Eklemine Yapısı	5
Şekil 2. Total Kalça Protezinin Uygulama Aşamaları	7

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 3.2.1. Total Kalça Protezi Ameliyatı Geçiren Hastaların Tanıtıcı Özellikleri	27-28
Çizelge 4.1.1. Hastaların TKP Ameliyatı Deneyimlerine İlişkin Bulgular	32

1.GİRİŞ ve AMAÇ

1.1. GİRİŞ

Hareket, organizmada yer alan sistemlerin yeterli düzeyde işlev görebilmesi ve bireyin gereksinimlerini karşılayabilmesi için en temel unsurdur. İnsan sağlığı, hareket yeteneğinin uygun şekilde kullanılmasıyla yakından ilgilidir. Vücudumuzdaki organ ve sistemler, özel bir düzen ve denge içinde, hareket fonksiyonunu gerçekleştirecek şekilde organize olmuştur. Hareket yeteneğinin kullanılması ile gelişen vücudun, hareket yeteneğinin azaldığı durumlardan olumsuz etkilenmesi kaçınılmazdır (Eftekhar, 1993).

Kas - iskelet sisteminin yapı ve işlevlerini bozan her durum hareket fonksiyonunu olumsuz yönde etkilemektedir. Bireyin hareketini önemli ölçüde bozan durumlardan birisi, kalça eklemine meydana gelen yapısal ve işlevsel bozukluklardır. Sıklıkla osteoartrit, romatoid artrit, femur boynu ve asetebulum kırığı, doğuştan kalça çıkığı (DKÇ) gibi nedenler kalça eklemine yapısal ve işlevsel bozukluklara neden olmaktadır (Atabek, 1994). Kalça eklemine geri dönüşümsüz hasar görmesi sonucu uzun süreli tıbbi tedaviye yanıt vermeyen, ciddi kalça ağrısı ve hareket kısıtlılığının olduğu durumlarda Total Kalça Protezi (TKP) uygulanmaktadır (Eftekhar, 1993).

TKP ameliyatı, kalça eklemine oluşturan femur başının ve asetebulumun çıkartılarak, yapay eklemlerle değiştirilmesi işlemidir (McMurray et al. 2002). Genellikle yaşlı bireylerde ve sakin yaşam biçimi olanlarda total kalça protezi tercih edilirken; gençlerde, çok aktif olanlarda ve ağır işlerde çalışanlarda protezin yeniden onarımı-değiştirilmesi riski yüksek olduğundan çok fazla tercih edilmemektedir (Cameron et al. 1999).

TKP ameliyatı tüm dünyada özellikle 1960'lı yıllardan bu yana giderek artan bir şekilde uygulanmaktadır. ABD'de 1982 yılında 75.000 TKP ameliyatı gerçekleştirilirken 1994'te bu sayı 120.000'e ulaşmıştır. İsviçre'de de her yıl yaklaşık olarak 11.000 TKP ameliyatı gerçekleştirilmektedir (Knutsson, 1999). Dünyada ise 1.000.000'dan fazla kalça protezi uygulanan hasta olduğu tahmin edilmektedir (Gürsoy 2003).

Ülkemizde TKP'nin özellikle dejeneratif eklem hastalıklarının tedavisinde sıklıkla kullanılan bir tedavi yöntemi olmasına karşın uygulama sıklığı ile ilgili olarak Devlet İstatistik Enstitüsü'ne kayıtlı bilgi bulunmamaktadır. Bununla birlikte, büyük bir hastanenin ortopedi kliniğinde yılda yaklaşık 300 kadar TKP ameliyatı gerçekleştirildiği tahmin edilmektedir (Gürsoy, 2003).

Büyük bir cerrahi girişim olan TKP uygulaması, birçok cerrahi girişimde olduğu gibi bireyi bütünü ile etkilemektedir. Cerrahi girişim sonrası hastaların yeniden bağımsız olmaları belirli bir zaman almakta ve hastalar günlük yaşama uyum sağlamaları konusunda bilgi ve desteğe gereksinim duymaktadırlar. İyileşme sürecinin uzaması, ağrı ve hareket sınırlılığı, bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

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

Çalışmalar, TKP ameliyatı olan hastaların en fazla banyo, giyinme ve tuvalet gereksinimlerini gidermede zorlandıklarını ve başkalarına bağımlı olma duygusunu yaşadıklarını göstermektedir (Cree et al. 2001; Archibald 2003). Johansson'un kalça artroplastisi sonrası hastaların öğrenme gereksinimlerini araştırdığı çalışmasında; hastaların, evde kendi bakımlarını nasıl yönetebilecekleri, komplikasyonlar, ilaçlar, hangi egzersizleri yapmaları gerektiği, tedavi ve evde günlük yaşam aktivitelerini sürdürme ile ilgili konularda bilgiye gereksinim duydukları belirlenmiştir (Johansson et al. 2002).

TKP uygulamasının başarısı, cerrahın teknik bilgi ve becerisinin yanı sıra, anestezi uzmanı, fizyoterapist, diyetisyen ve hemşire tarafından sunulan ekip çalışmasının niteliğine bağlıdır (Branson and Goldstein, 2003). Hemşirenin temel görevi ise, hasta ya da sağlıklı bireyi gerekli güç, istek ve bilgiye sahip olana kadar desteklemek ve bu yolla bireylerin mümkün olan en kısa sürede bağımsızlıklarını kazanmalarına yardım etmektir (Biol, 2000a).

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

- insan deneyimlerini ve onların sağlık ve hastalığa verdikleri tepkileri anlamaya çalışmak,
- nesnel veriler ile hastaların deneyimlerini birleştirmek,
- hemşirelik tanısını ve girişimleri belirlemede bilimsel bilgiyi kullanmak,
- sağlığı ve iyileşmeyi arttıracak (kolaylaştıracak) bakım verici ilişkileri sağlamak (ANA 1995).

Yukarıda belirtilen özelliklerden anlaşıldığı gibi, hemşirenin nitelikli bakım verebilmesinde hasta deneyimlerinin belirlenmesi büyük önem taşımaktadır. Hemşireler ve hastalar bakım ile ilgili farklı önceliklere ve beklentilere sahip olabilmektedirler. Hemşirelerin hasta deneyimlerini incelemesi, elde ettiği bilgileri bakıma yansıtmasını sağlayacağı gibi çalıştıkları kurumlarda verilen hizmetlerde uygun değişikliklerin gerçekleştirilmesine de önemli katkılar sağlayacaktır. Ülkemizde TKP ameliyatı gerçekleştirilen hastaların deneyimlerine ilişkin bir çalışmaya rastlanmamıştır.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

TKP'ye ilişkin uygulamaların hastaneden hastaneye farklılık göstermesi, sağlık personelinin hastaya yaklaşımının farklılık göstermesi ve bireysel farklılıklar nedeni ile her hastanın iyileşme deneyimi farklı olacaktır. Deneyimler; psikolojik, fizyolojik, sosyal ve ruhsal anlamda hastanın ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında yaşadıkları duygular, sorunlar ve düşünceleri içermektedir. Hastaların, hastalık yada tedavileri süresince deneyimlerini açıklığı kavuşturan çalışmalar, hemşirelere bakımı yönlendirmede önemli veri oluşturacaktır.

Bu çalışma, Total Kalça Protezi ameliyatı olan bireylerin deneyimlerinin belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Total Kalça Protezi Uygulaması

2.1.1. Tanım: TKP ameliyatı, erişkin bireyde günlük yaşam aktivitelerinin bağımsız olarak sürdürülmesinde önemli role sahip olan hareket aktivitesinin doğrudan etkilenmesi durumunda gerçekleştirilen cerrahi bir girişimdir. Kalça eklemine geri dönüşümsüz hasar görmesi sonucu, uzun süreli koruyucu tedaviye yanıt vermeyen, ciddi kalça ağrısı ve hareket kısıtlamasına neden olan ve yaşam kalitesinin bozulduğu durumlarda gerçekleştirilen TKP ameliyatı, kalça eklemine oluşturan femur başının ve asetebulumun çıkarılarak, yapay eklemlerle değiştirilmesi işlemidir (Eftekhar, 1993; Aydın, 2000; McMurray et al. 2002).

2.1.2. TKP Uygulamasının Amacı: Bilim ve teknolojiye gelişmeler yaşamı kolaylaştıracak birçok yenilikler getirirken, insanların yaşamdan beklentilerini de etkilemektedir. İnsanlar, sakatlığı kabullenilmesi gereken bir durum olarak görmemekte; insanca bir yaşam arzusuyla sağlık kurumlarına başvurumaktadırlar. İnsanların bu arzusu tıp bilimini işlev göremeyen bir ekstremitenin yerini tutacak arayışlar içerisine sürüklenmiş ve protezler tedavide gittikçe artan sayıda ve önemli ölçüde yer almıştır. Günümüzde ilerleyen tıbbi teknikler sayesinde eklem kireçlenmesi ve sertliğinde artık ağrısız ve hareketli bir yaşam sürmek TKP ameliyatı ile mümkün olabilmektedir (Karadağ, 1997). Total kalça protezi uygulamasının iki temel amacı vardır. Bunlardan birincisi ağrının giderilmesi, ikincisi ise kalça eklemine normal fonksiyon görebilmesinin sağlanmasıdır. Bu sorunları yaşayan hastaların günlük yaşam aktivitelerini sağlıklı bir şekilde sürdürmelerini sağlamak amacıyla kalça eklemi total protezle değiştirilmektedir (Tucker, 2000; Etghen et al. 2004).

2.1.3. Kalça Eklemine Yapı ve Görevi

Kalça eklemi leğen kemiği (pelvis) ile uyluk kemiğinin (femur) birleşiminde yer alır. Femurun pelvise doğru uzanan bir boyun kısmı ve top şeklinde baş kısmı (femur başı) bulunur. Femur başı pelviste kase şeklinde bir yuvaya (asetebulum) yerleşerek kalça eklemine oluşturur. Eklem bu yapısı sayesinde kalçamız bütün yönlerde serbestçe hareket eder (Branson and Goldstein, 2003; Eftekhari, 1993; Temple, 2004).



Şekil.1. Kalça Eklemine Yapısı

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

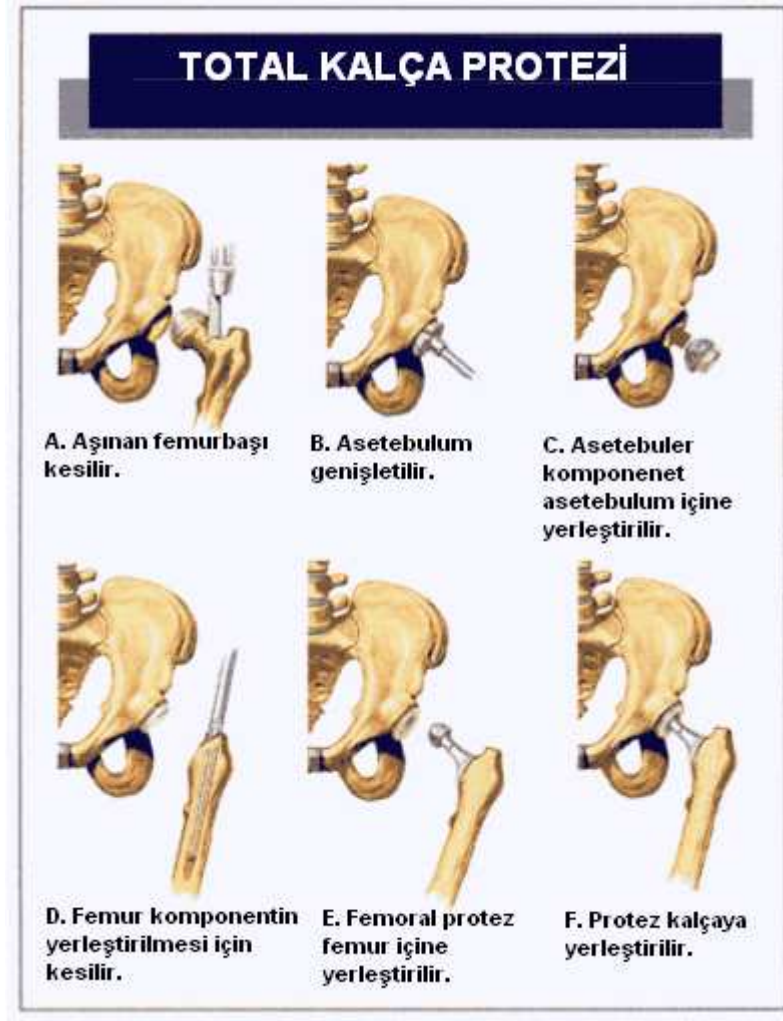
Eklem kıkırdağı adı verilen parlak, pürüzsüz, kaygan ve sert bir tabaka (2-3 mm. kalınlığında) hem femur başını hem de asetebulumu kaplar. Ayrıca eklemi çevreleyen ince bir zardan (sinovya) eklemi kayganlaştıran eklem sıvısı salgılanır. Kıkırdak ve eklem sıvısı eklem çevresindeki kas ve bağların da katkısıyla eklem ağrısız ve rahat hareket etmesini sağlar (Eftekhari, 1993; Temple, 2004). Kalça eklemine doğal yapısı romatizmal hastalıklar, eklem iltihabı, kırık, kıkırdak erimesi gibi durumlarda bozulabilir. Sonuçta eklem kıkırdağı aşınır, parlaklığını kaybeder ve pürüzlü, girintili - çıkıntılı bir hal alır. Eklem zarı zarar görür ve eklem sıvısı yeterli ve kaliteli salgılanamaz. Kalça eklemine kireçlenmesiyle ağrı ve

hareket kısıtlılığı gelişir. Eklemde gelişen bu bozukluklar, hastanın hareketlerini günlük işlerini yapamayacak derecede kısıtlarsa ya da ilaçlarla kontrol edilemeyecek derecede ağrılı olursa hastaya TKP uygulanması gerekir (Eftekhar, 1993; Knutsson, 1999).

2.1.4. Total Kalça Protezi Nedir ve Nasıl Uygulanır?

TKP uyluk kemiğine yerleştirilen bir alt (femoral komponent) ve pelvis kemiğine yerleştirilen bir üst (asetebuler komponent) parçadan oluşur. Bu parçalar kendi kalçamızı oluşturan kemiklerin bir benzeridirler. Alt parça metalden üretilmiştir ve femurun içine doğru uzanan bir saplaması, boyun kısmı ve top şeklinde bir baş kısmı bulunur. Top şeklindeki baş kısmı, metal veya seramikten üretilebilir. Üst parça ise kase benzeri bir yarımküre şeklindedir ve dış kabuğu metal, iç astarı sert plastik, metal veya seramiktir (Temple, 2004).

Sağlıklı bir kalça gibi protezin de dış yüzeyleri pürüzsüz ve kaygandır. Kalça protezi uygulaması ile, femur başı ve femur boynunun bir bölümü çıkarılır ve asetebulum genişletilir. Metalik femoral protez, femoral medullar kanala yerleştirilir ve polietilen yüzeyden oluşan asetebular komponent genişletilen asetebular boşluğa yerleştirilir. Protezin kemik içerisine yerleştirilmesinde, dolgu maddesi özelliğinde olan kemik çimentosundan yararlanır. Her iki parça da yerlerine kemik çimentosu ile (dış dolgusu benzeri bir tür dolgu maddesi) ya da kemiğe çakılıp vidalar ile sıkıştırılarak (çimentosuz) tutturulurlar. Kemik çimentosu kullanılmaksızın uygulanan protezler de vardır. Bu protezler gözenekli olup, kemik dokusu gözenekler içine doğru büyüyerek protezin yerinde kalması sağlanır (Branson and Goldstein, 2003).



Şekil 2. Total Kalça Protezinin Uygulama Aşamaları

([home.flash.net./ rustyj/ Reusable 45.htm](http://home.flash.net/~rustyj/Reusable45.htm))

Hastanın yaşı, kemik yapısı ve aktivite düzeyi gibi çeşitli nedenler düşünülerek hastaya en uygun protez seçilir. Çimentolu protez uygulamaları daha çok osteoporoz vb. gibi kemik sorunları olan hastalarda, yaşlılarda; çimentosuz protezler ise protezin gevşeme olasılığının daha fazla olduğu genç, aktif ve kilolu hastalarda tercih edilir. Böylelikle doğal kalça ekleminin metal, plastik veya seramikten oluşan yapay bir taklidi oluşturulur (Billings et al. 1987; Eftekhari, 1993; Branson and Goldstein, 2003).

2.1.5. Total Kalça Protezi Uygulanmasına Neden Olan Durumlar

Total kalça protezi uygulamasını gerektiren temel neden; ağırlık verme sırasında ve hareketle ortaya çıkan ve istirahatla dinmeyen, normal yaşamı kısıtlayan şiddetli ağrıdır. Diğer nedenler ise; hastalığa bağlı olarak kalça hareketlerinde kısıtlılık, daha önce geçirilmiş başarısız cerrahi operasyon ve eklem kaynamasına bağlı olarak kalçanın uygun olmayan bir pozisyonda durmasıdır. Genel olarak TKP; ileri derece romatoid artritli hastalarda, 50 yaşın üstünde primer veya sekonder kalça osteoartritinde, doğumsal kalça çıkığında, ileri derecedeki travmatik artritte, her iki kalçanın osteoartritinde ağrıyı dindirmek ve hareket yeteneğini artırmak için seçilmesi gereken tedavi yöntemidir. Özellikle, koksartrozda ekleme yapılabilecek bir başka tedavi yöntemi kalmadığı ve hastanın şikayetlerinin ileri derecede artması halinde TKP ameliyatı uygulanmaktadır. Hastanın günlük işlerini göremeyecek kadar ağrılı olması, bastonla yürüyecek hale gelmesi ve yaşının özellikle ellinin üstünde olması ameliyat kararı için yeterli nedenler arasında sayılabilir (Way, 1991; Atik, 1997; Cameron, 1999; Branson and Goldstein, 2003).

Tanı koymak için hekim, hastanın yürüyüşünü, genel kalça yapısını, eklemlerin ROM yeteneğini ve röntgenlerini değerlendirmektedir. Ancak hekim cerrahi girişime başvurmadan önce rahatlatıcı tedaviler önerebilmektedir. Bu tedaviler;

- dinlenme egzersizleri,
- sıcak ve soğuk uygulama,
- gerekliyse kilo verdirme,
- aktivitenin kısıtlanması,
- antienflamatuar tedavinin kullanımı,
- masaj terapisi kullanımı,
- yürüme yardımcılarının kullanımı'dır (Branson and Goldstein, 2003).

Ancak hastanın yaşam kalitesi olumsuz etkilendiğinde bu tedaviler uzun süre etkili olmamakta ve kişi ağrı olmaksızın günlük yaşam aktivitelerini daha fazla yerine getirememektedir. Bu tedavilere de yanıt vermeyen hasta son çare olarak TKP ameliyatına aday olmaktadır. Geçmişte TKP için en iyi adaylar 60-75 yaş arası

olarak düşünülürken 1984'ten beri daha yaşlı ve daha genç olanları içerecek şekilde yaş aralığı genişletilmiştir (Nişan, 1993; Aydın, 2000; Branson and Goldstein, 2003; Temple, 2004).

2.1.6. Total Kalça Protezi Uygulanmaması Gereken Durumlar

Protez ameliyatı daha az hareketli yaşam biçimleri nedeniyle genellikle yaşlı bireylerde tercih edilirken, gençlerde; daha aktif ve hareketli olmaları nedeniyle protez aşınması ve revizyon oranı yüksek olduğundan çok fazla tercih edilmemektedir (Branson and Goldstein, 2003).

TKP, komplikasyonlarının fazla olması ve % 1-2 oranında ölüme yol açması nedeni ile büyük bir cerrahi girişim olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle TKP uygulamasına karar vermeden önce hastalar dikkatle değerlendirilmelidir (Eftekhari, 1993).

Kalça eklemine kontrol eden kasların, ligamentlerin ve diğer yumuşak dokuların görevini ve eklem hareketini yeniden yapılandıran TKP ameliyatının aşağıda sıralanan durumlarda yapılması sakıncalıdır:

- Vücudun herhangi bir yerinde enfeksiyon
- İleri derecede osteoporoz
- Akut eklem enflamasyonu
- Rehabilitasyona olanak vermeyecek mental veya nörolojik bozukluk (kalça kaslarını kontrol etme yeteneğinin olmaması)
- Zayıf abdüktör kas gücü (Cameron et al.1999; Aydın, 2000; Gürsoy, 2003).

Eklem veya vücuttaki bir enfeksiyon kaynağı protezi enfekte ederek protezde işlev bozukluğuna neden olabilir. Eğer hastanın herhangi bir enfeksiyonu varsa ameliyattan önce tedavi edilmelidir.

2.1.7. Total Kalça Protezi Komplikeasyonları

Kalça protezi özellikle yaşlı popülasyonda fazla oranda görülen, maliyeti yüksek ve rehabilitasyon süreci uzun olan bir sağlık problemidir. Etkin bir tedavi ve bakım hizmeti sunulmadığı takdirde ise hastalar yatağa bağımlı hale gelebilmektedir. Kırk yılı aşkın süredir başarıyla uygulanmasına rağmen diğer cerrahi girişimlerde olduğu gibi TKP'nin de bazı komplikasyonları vardır. Her ne kadar bu komplikasyonların gelişmesi kullanılan protezin tipi ve ameliyat tekniği gibi faktörlerle ilişkili ise de, ameliyat sonrası uygun hemşirelik bakımı ile önemli ölçüde önlenmektedir (Nişan, 1993; Karadağ, 1997; Erden ve ark., 1998; Branson and Goldstein, 2003).

TKP ameliyatı olan hastalarda karşılaşılabilecek komplikasyonlar aşağıda kısaca özetlenmiştir:

- **Kanama:** Özellikle revizyonel kalça ameliyatı ve majör doku rezeksiyonu olan hastalarda siktir, insizyon bölgesine yerleştirilen drenajdan ilk 24 saat içinde 200-600 ml drenaj olabilir. Beklenenden fazla miktarda kanama varsa kan transfüzyonu yapılır. Hastalar ameliyattan en az 14 gün önce kanama zamanını etkileyeceğinden herhangi bir ilaç veya nutrisyonel destek almayı durdurmaları konusunda eğitilmelidirler (Mohler and Collis, 1998; Branson and Goldstein, 2003; Şendir, 2003).
- **Enfeksiyon:** Son yıllarda enfeksiyon insidansı, iyileştirilmiş klinik uygulamalar, ileri cerrahi teknikler ve profilaktik antibiyotik uygulamaları ile oldukça azalmıştır (% 8.9'dan % 1'e). Diyabetik, yaşlı, şişman-zayıf, romatoid artrit veya enfeksiyonlu (üriner, diş vb.) hastalarda enfeksiyon riski yüksektir. Enfeksiyon bulguları; yüksek vücut ısısı, insizyon bölgesinde kızarıklık, sertlik, akıntı, ağrı vb. olarak sıralanabilir. Kalça protezinden sonra gelişen enfeksiyon; hasta derisinden, hastanın vücudunun herhangi bir yerinden kaynaklanan sepsisten ve kalçanın daha önceden geçirdiği cerrahiden kalmış sessiz bir odakta kaynaklanabilir. Erken enfeksiyon % 0.1-0.3 oranında ameliyatı izleyen ilk 3 ayda, geç enfeksiyon ise 4-24 ay sonra ortaya çıkar. İntravenöz antibiyotikler genellikle ameliyattan 2-4 saat önce profilaktik olarak verilir ve ameliyat sonrası 2-3 gün devam edilir (Ege, 1994; Mohler and Collis, 1998; Aydın, 2000; Şendir, 2000; Dal, 2002; Gürsoy, 2003).

• **Protezin Dislokasyonu / Subluksasyonu**: Protezin dislokasyonu / subluksasyonu genellikle asetebular komponent malpozisyonuna ve abduktör kas kuvvetsizliğine bağlı olarak meydana gelir. Etkilenen ekstremitede kısalık, hareketlerde uyumsuzluk-yetersizlik, içe veya dışa rotasyon, ameliyatlı bacakta hareketle artan ağrı, ödem, nörovasküler değerlendirmede sinire bası ya da dolaşımın azalması dislokasyonla ilişkili olarak hastada görülebilecek belirtilerdir. Protezin yerinden oynaması (dislokasyon) riski, TKP ameliyatı olan hastaların yaklaşık % 2'sinde, sıklıkla ameliyat sonrası ilk 6-8 hafta içinde görülmektedir. TKP revizyonunun en sık nedenlerinden gevşeme olasılığı 8. yıldan itibaren artmakla birlikte; obez, aktif ve erkek hastalarda daha sık görülmektedir (Aydın, 2000; Dal, 2002; Şendir, 2003).

• **Derin Ven Trombozu / Pulmoner Embolizm**: TKP ameliyatı sonrası hareketsizlik, hastalarda birçok komplikasyonun gelişmesine neden olabilir. En sık komplikasyon derin ven trombozudur ve antikoagülan almayan hastaların yaklaşık % 48' inde oluşur. Derin ven trombozu alt ekstremitte ameliyatı geçiren hastalarda % 45-70 oranıyla diğer cerrahi girişimlere göre daha fazla görülmektedir. Derin ven trombozunun belirti ve bulguları; ekstremitelerde (genellikle baldırda) ağrı, hassasiyet, kızarıklık ve ödemdir. Hastaların % 20'sinde gelişen pulmoner emboli; % 1-3'ünde ölümlerle sonuçlanabilmektedir. Dispne, hemoptizi, göğüste ağrı ve yanma hissi ise pulmoner emboliye işaret edebilir. Profilaktik olarak antikoagülanların yanı sıra, fiziksel- mekanik önlemler (erken mobilizasyon, erken egzersiz, antiödem çorap ve bandaj uygulamaları) alınmalıdır (Mohler and Collis, 1998; Aydın, 2000; Cameron, 1999; Dal, 2002; Gürsoy, 2003; Temple, 2004).

• **Bası ülserleri**: Yatak istirahatinin diğer bir komplikasyonu bası ülserleridir. Basıyı azaltan yatakların kullanımı, sürtünme kuvvetinden kaçınmak için TKP ameliyatı olan hastaların dikkatli transferi, döndürülmesi ve erken dönemde ayağa kaldırılması ile bası ülserleri önlenir (Dal, 2002).

• **Ağrı**: TKP ameliyatı olan hastaların ameliyatlarından sonra altıncı haftaya kadar şiddetli ağrıları olabilmektedir (Knutson, 1999). Ameliyat sonrası ilk birkaç gün hasta insizyon yerinde kas spazmları gibi ağrı deneyimleyebilir. Narkotik analjezikler ve kas gevşeticiler ağrının azaltılması için düzenli olarak kullanılabilir. Pozisyon verme, relaksasyon teknikleri gibi diğer ağrıyı rahatlatıcı teknikler kullanılabilir. Hemşire sürekli olarak ağrıyı değerlendirmeli ve insizyon ağrısını

protezin dislokasyonundan ayırt etmelidir. Kalça ağrısının nedenleri; enfeksiyon, protezin yerinden çıkması, protez gevşemesi, asetebulum yırtılması veya bilinmeyen nedenler olarak sıralanmaktadır (Eftekhari, 1993; Branson and Goldstein, 2003).

2.2. Total Kalça Protezi Ameliyatı Olan Hastalarda Hemşirelik Bakımı

2.2.1. Total Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Hemşirelik Bakımı

Ameliyat öncesi dönem, ameliyat edilmek için hastaneye kabul edilen bireyler için en travmatik dönemlerden biridir. Çünkü, birey ameliyat gibi yaşamı tehdit edebilen bir olayı beklerken olabilecek pek çok şeyden korkmakta ve şiddetli anksiyeteden acı çekmektedir. Ameliyat öncesi dönemde pek çok hastanın korku ve endişe deneyimlemesi, ameliyat sırasında ne beklendiği, ne olabileceği ve ne zaman olacağı konusunda hastalara yeterli bilgi verilmemesinden kaynaklanmaktadır (Aksoy ve ark. 1992). TKP ameliyatı öncesinde korku, anksiyete ve bilgi eksikliğinin yanı sıra ağrıyı deneyimleyen hastaların psikolojik hazırlık ve ameliyat öncesi eğitimlerle ve alınacak tıbbi önlemlerle, ameliyatlarıyla çok daha kolay baş edebilmeleri sağlanabilmektedir (Temple, 2004). Yurtdışında ameliyat öncesi hazırlık ve eğitim sınıfları ile, hastaların ameliyat, anestezi, egzersizler, ev ortamının değerlendirilmesi, komplikasyonlar gibi konularda bilgi eksiklikleri giderilirken, diğer taraftan hastalar psikolojik olarak ameliyata hazırlanarak korku ve anksiyete ile daha kolay baş edebilmeleri amaçlanmaktadır. Ancak, ülkemizde şu an için bu tarz eğitim sınıflarının varlığından söz etmek mümkün değildir.

Ameliyat öncesi devrede hastalara uygulanan hemşirelik bakımının amacı, hastalarda herhangi bir komplikasyon oluşmasını önlemek ve en kısa sürede hastayı sağlıklı yaşamına döndürmek olduğuna göre hemşirelere, bu bakımın her safhasında önemli görevler düşmektedir (Bölükbaş, 1991). TKP ameliyatı öncesinde hastalar korku - anksiyete, bilgi eksikliği, ağrı, tıbbi önlemlerin alınması ve zorunlu yaşam biçimi değişiklikleri ile karşılaşabilirler. Bu sorunlara yönelik hemşirelik girişimlerini aşağıdaki gibi açıklamak mümkündür.

- **Bilgi eksikliği:** Ameliyat öncesi olası komplikasyonları deneyimlemelerini önlemek amacıyla hemşire tarafından hastalara eğitim yapılması ve onların bu süreçte katkılarının sağlanması gerekir. Bu amaçla ameliyat öncesi dönemde hastalara; derin solunum, öksürme, dönme ve ekstremitte egzersizleri uygun zamanlarda ve hastanın anlayacağı şekilde öğretilerek olası solunum ve dolaşım sistemi komplikasyonlarını deneyimlemelerinin önlenmesi sağlanmalıdır (Dewit, 1998). Hasta ve yakınlarının bilgi eksikliğini deneyimlememesi amacıyla ameliyat, ameliyatın hangi amaçla uygulanacağı, ameliyat öncesi ve sonrası yapılması gereken egzersizler, ortalama hastanede kalma süresi, ameliyat sonrası dönemde gerekli ilaçlar, önlemler ve olası komplikasyonlar konusunda bilgilendirilmeleri gereklidir (Erdil ve Elbaş, 2001; Branson and Goldstein, 2003; Altizer, 2004).

Ameliyat öncesi dönemde hastalara verilen bilgi anksiyete düzeyini, dolayısıyla ağrı ve komplikasyon riskini azaltarak, hastaların daha çabuk iyileşmeleri sağlanmaktadır. Gammon ve Mulholland'un çalışmasında, TKP'li hastalara verilen eğitimin anksiyeteyi azalttığına, hastanın uyumunu ve ameliyat sonrası iyileşmeyi olumlu yönde etkilediğine, ayrıca hastaların kendi bakımına katılmaları ile olumlu psikolojik yararlar sağladıklarına ve iyileşmelerini değerlendirdiklerine yönelik bulgulara yer verilmiştir (Gammon and Mulholland, 1996).

- **Korku ve Anksiyete:** Hastalar cerrahi girişimin kendileri açısından gerekli/zorunlu olduğunu kabul etseler bile bu durumda anksiyete kaçınılmaz bir yaşam deneyimi olabilmektedir. Bu dönemde yeterli psikolojik hazırlık yapılamaması / yapılmaması; hastanın cerrahi girişim stresine uyum gösterememesine, cerrahi girişime ilişkin sorularının yanıtız kalması; cerrahi girişimi erteleme kararını almasına, oluşan anksiyete ve korkular; cerrahi girişim sonrası dönemde iyileşmenin gecikmesi ve komplikasyonların oluşmasına neden olabilmektedir. Bu nedenlerden dolayı cerrahi girişim öncesi dönemde psikolojik hazırlıkta hastanın kendini ifade etmesine fırsat verilmeli cerrahi girişimle ilgili gerekli açıklamalar yapılarak hasta rahatlatılmalıdır. Hastanın bilgilendirilmesi, açıklamalarla güvenin kazanılması ve iletişim yolunun daima açık tutulması, endişe ve korkuların azaltılmasında yardımcı olmaktadır. Bireyler arasında farklılıklar olmasına rağmen, ameliyat öncesi hastaların tümü ameliyattan korktuklarını ifade etmektedirler (Buldukoğlu ve Atalay 1988; Aksoy ve

ark. 1992). Korku; ölüm korkusu, sakat kalma korkusu, ailesine eskisi gibi yetememe, iş yapma potansiyelini kaybetme, ameliyat sonrası ağrı, anesteziden uyanamama, anestezinin etkisi altında iken kontrolsüz olma gibi TKP ameliyatı olan her hastada farklı durumlar üzerine yoğunlaşmaktadır .

Preoperatif hasta eğitimi ve uygun hemşirelik bakımı ile hastaların endişe ve korkuları giderilerek gerilim ve anksiyeteleri azaltılıp, daha erken taburcu olmaları sağlanabilmektedir (Kanan, 1987a).

Hastaya, servisin tanıtılması, yapılacak ameliyat hakkında bilgi verilmesi, mümkünse bu ameliyatı geçirmiş ve iyileşmekte olan hastalarla tanıştırılması hasta için rahatlatıcı olabilir. Hastaya ameliyat ve anestezi endişesini giderecek, erken ve geç ameliyat sonrası dönemi içeren bilgi vermek bireyin rahatlamasını sağlayacaktır. Ameliyat öncesi dönemde hastanın psikolojik olarak hazırlanması, ameliyatta az anestetik, ameliyat sonrasında da az analjezik kullanılmasına, ameliyat sonrasında hızlı iyileşmeye ve erken taburcu olmaya yardımcı olur (Miller, 1998; Dadaş, 2003).

• **Ağrı:** Evrensel insan deneyimlerinden biri olan ağrı, özünde yaşamı tehdit etmemesine karşın, bireyin günlük yaşam aktivitelerini sürdürmesini engelleyerek yaşam kalitesini düşürebilir. Ağrı ve anksiyete arasında doğrudan bir ilişki olduğu ve ağrının anksiyete düzeyini, anksiyetenin ise ağrı şiddetini artırıcı bir etki gösterdiği bilinen bir gerçektir (Çimete, 1994). Bilgisizliğin neden olduğu korku ve anksiyete, ameliyat sonrası ağrıyı şiddetlendirerek ağrı kesicilere olan gereksinimleri de arttırmaktadır.

Ağrı hastayı TKP ameliyatına götüren nedenlerin başında gelmektedir. Hemşire ağrının yönetimi konusunda kapsamlı bir değerlendirme yapmalıdır. Günümüzde ağrı hayati bulgu olarak ele alındığından, hasta ağrısının olduğunu söylüyorsa ağrısının olduğu kabul edilmelidir. Çalışmalar kalça protezi öncesi ağrının hastanın uykusunu bozabildiğini göstermektedir. Fielden ve ark.'nın (2003b) yaptığı çalışma TKP ameliyatı sonrası hastaların eskisi kadar uykusuzluk yaşamadıklarını ve yaşam kalitelerinin geliştiğini göstermektedir (Fielden et al, 2003b).

• **Tıbbi Önlemlerin Alınması:** TKP pek çok komplikasyonun deneyimlenmesine neden olduğu için yüksek riskleri olan bir ameliyattır. Planlı bir ameliyat olan TKP’de hastanın iyileşme sürecinde daha fazla yarar görmesi ve olumsuz deneyimler yaşamamasını sağlamak amacıyla; kilolu ise zayıflatılması, sigara kullanıyorsa bırakması, kan transfüzyonu için gerekli kanın ameliyat öncesi ya kendisinden yada kan bankasından temini, kullandığı bazı ilaçların kesilmesi, hastanın vücudunda dış çürüğü, idrar yolu enfeksiyonu, ciltte enfekte yaralar veya başka herhangi bir enfeksiyon kaynağı varsa bunların tedavisinin yaptırılması gerekmektedir. Hastaya ameliyatın bir hafta öncesinde oral demir preparatları başlanması gerekebilir. Yaşam bulgularının alınması, gerekli biyokimyasal analizleri için örnek alınması, cilt temizliğinin yapılması ve açlık süresinin istenilen düzeyde olması sağlanmalıdır. Emboli riskini azaltmak amacıyla düşük moleküllü heparin uygulanması ve derin ven trombozunu (DVT) önlemek amacıyla antiembolik çorap giydirilmesinin sağlanması, endişe ve korkunun en yoğun yaşandığı ameliyat sabahı hastaya psikolojik destek sağlanması hemşirenin sorumlulukları arasındadır (Eftekhar,1993; Branson and Goldstein, 2003; Temple, 2004).

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

• **Yaşam Biçimi Değişiklikleri:** Bireyin hareket yeteneğini doğrudan etkileyen TKP ameliyatı ile hasta daha önce yapmadığı egzersizleri ve aktivitelerinde dikkat etmesi gereken farklı durumları deneyimleyecektir. Hastanın koltuk değnekleri ve yürüteç ile nasıl yürüyeceği, kalçasını 90°’den fazla fleksiyona getirmeksizin, yataktan tekerlekli sandalyeye nasıl geçeceği gibi bilgilerin ameliyat sonrası olumsuz deneyimler yaşamaması için, ameliyat öncesinde fizyoterapist, hekim ve hemşire tarafından hastaya öğretilmesi gerekmektedir. Eğer hastanın kol kasları zayıfsa, kas güçlendirme egzersizleri başlatılmalıdır. Hemşire, her cerrahi girişim öncesinde olduğu gibi TKP ameliyatı öncesinde de hastaya derin solunum ve öksürük egzersizlerini öğretmelidir (Stokes , 1987; Erdil ve Elbaş 2001).

TKP ameliyatı olacak bireylerin hareket kısıtlılığı nedeniyle evdeki yaşamlarını kolaylaştırmak için ameliyat öncesinde bazı önlemlerin alınması konusunda birey ve ailesinin bu konuda bilgilendirilmesi ve mümkün olduğunca bu önlemlerin alınması gerekmektedir. Fakat her hastanın durumu bu düzenlemeleri yapmak için yeterli olmayabilir. Bu durumda hemşire, hastanın bu olumsuz şartlardan en az zarar göreceği şekilde eğitimine ağırlık vermelidir. Hasta evde karşılaşılabileceği basamaklar, halı, eğim gibi engellerin üstesinden gelmeye hazırlanmalıdır. Kalça ameliyatı sonrası hastalar hareket kısıtlılığı yaşayacakları için evde kendilerine yardım edecek birisine ihtiyaç duyacaklardır. Ev içerisinde hastaların düşmesine neden olabilecek eşyalar kaldırılmalıdır. Evde protezlerine zarar vermeden oturabilmeleri için kalça yüksekte kalacak şekilde oturabilecekleri yatak, koltuk, sandalye, klozet ve araba koltuğu gibi koşulların sağlanmasının gerekliliği hemşire tarafından hastalara anlatılmalıdır (Cameron et al. 1999; Branson and Goldstein, 2003).

2.2.2. Cerrahi Girişim Sırasında Hemşirelik Bakımı:

Hastanın cerrahi kliniğinden ameliyathaneye alınmasıyla başlayıp, ameliyat tamamlandıktan sonra bakım verilecek bölüme nakil edilmesiyle sona eren ameliyat sırası (intraoperatif) bakımda; hastanın ameliyathaneye alınması, hastaya pozisyon ve anestezi verilmesi ve ameliyat sonrası nakil önemli yer tutmaktadır. Hastalar genellikle, anesteziye ilişkin endişeleri olmakla birlikte daha çok anestezinin ağrıyı yeterince gideremeyeceğinden, anestezi sırasında farkında olmadan konuşmaktan, ameliyatta bulantı ve kusma olmasından korkarlar (Erdil ve Elbaş, 2001).

Ülkemizde TKP ameliyatı sıklıkla genel anestezi altında uygulanmasına karşın son zamanlarda spinal anestezi de kullanılmaktadır. Hastalar ameliyat ve anesteziye ilişkin korkuları nedeniyle tamamen bilinç kaybının olmasını istediklerinden daha çok genel anesteziyi tercih etmektedirler. Yurtdışında ise epidural ve spinal anestezi daha sık kullanılmaktadır.

Total kalça protezi girişimi tamamlandıktan sonra hasta sedyeye alınır, röntgen çekilir ve gideceği birime nakil edilir. Ameliyat sonrası servise transferi öncesinde hastaya yatakta sırtüstü pozisyon verilerek bacakları düz bir şekilde uzatılır. Hastanın bacakları arasına özel aletler ya da yastık konarak bacaklarının birbirinden uzak pozisyonda tutulacağı, bu pozisyonun protezin yerinden çıkmasını engelleyeceğinin, derin ven trombozu gelişmesini önlemek için, hastaya varis çorabı giydirileceğinin, sıvı elektrolit dengesinin sağlanması için serumlarının olacağı, ameliyat yerinde biriken kanın dışarı atılmasını sağlamak için drenlerinin olacağı, üriner kateterinin olabileceği, kan kaybı fazla ise, kan transfüzyonunun yapılabileceği gibi konularda hastanın bilgilendirilmesi, ayılması sırasında olumsuz deneyimler yaşamasını önleyecektir (Eftekhar, 1993; Cameron et al. 1999; Şendir, 2000; Erdil ve Elbaş, 2001; Branson and Goldstein, 2003; Dadaş, 2003).

2.2.3. Total Kalça Protezi Ameliyatı Sonrası Hemşirelik Bakımı

Kalça protezi ameliyatı yapılan hastaya sunulan hemşirelik bakımında; hastanın günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede bağımsızlığını kazanabilmesi için gereksinimlerinin karşılanması, ameliyat sonrasında hareketsiz kalmasının sağlanması, komplikasyonları ve anksiyeteyi önlemeye yönelik hastayı rahatlatıcı tedbirlerin alınması, ağrının yönetimi, ağırlık vermeye hazırlama ve hastanın psikolojik ve sosyo-kültürel yaşamında kendi kendine yeterli duruma gelmesini sağlamaya dikkat edilmesi gerekir (Dadaş, 2003).

TKP ameliyatı sonrası erken dönemdeki hasta bakımı; ağrının yönetimini, sıvı elektrolit dengesi ve hayati belirtilerin izlenmesini, nörovasküler durumun değerlendirilmesini, pansuman yerinin ve drenajının gözlenmesini, hasta uyanırken iki saatte bir ayak-bacak egzersizlerini başlatmayı, derin solunum ve öksürmeye teşvik etmeyi, DVT profilaksisini, hidrasyonu, yatak istirahatı boyunca iki saatte bir pozisyon değişikliğini, yastık ile bacak abduksiyonunun sağlanmasını ve fizyoterapiye başlamayı kapsamalıdır (Cameron et al. 1999).

Ameliyat sonrası komplikasyonların önlenmesi, hızlı iyileşmenin yanı sıra, hastanın hastanede kalış süresini azaltarak; mali kaybının, üzüntü ve ağrısının minimum düzeyde tutulmasını ve en önemlisi de yaşamın korunmasını sağlayacaktır (Albulak, 1998).

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

- **Ağrının Yönetimi:** TKP uygulanan hastalar sıklıkla kronik ağrı öyküsüne sahip olsalar da ameliyat sonrası dönemde deneyimlenen akut ağrının etkili bir şekilde yönetilmesi önemlidir. Ağrı kontrol altına alındığında hastalar daha çabuk mobilize edilebilir ve böylelikle hospitalizasyonla ilgili komplikasyonların riski azaltılmış olur. Ameliyat sonrası şiddetli ağrı, hastada derin solunum, öksürük egzersizlerini uygulamada, yatakta dönme ve ayağa kalkmada isteksizlik oluşturabilmektedir. Hemşire ameliyattan sonra gelişen ağrıyı gidererek hastayı rahatlatmak amacıyla 24 saat boyunca hekim istemine göre 4-6 saatte bir ağrı kesici yapmalıdır. Ağrının değerlendirilmesi, etkin bir iletişim ve oral analjeziklerle birlikte hasta kontrollü analjezinin kullanımı ağrının yönetimi için en etkili yöntemdir (Branson and Goldstein, 2003; Temple, 2004).

Kanan'ın ameliyat öncesi eğitimin ağrıyla olan ilişkisini incelediği araştırmasında da; hastanın ameliyat öncesi dönemde mental yönden hazırlanması ve kapsamlı bir hemşirelik bakımı verilmesinin, kontrol edilmemiş ameliyat sonrası ağrı korkularını gidermesine yardım ettiği açıklanmıştır (Kanan, 1987a).

- **Hayati belirtiler ve nörovasküler durumu değerlendirme:** Ameliyattan sonra hastanın hayati belirtileri ilk 3 saatte her 15 dakikada bir, daha sonraki 2 saatte; 30 dakikada bir, düzenli hale geldikten sonra ameliyat öncesi bulgularla uyumlu oluncaya kadar takip edilir. Ameliyattan sonra ilk 2 gün içinde en azından 1-2 saatte bir periferik emboli ve alt ekstremitelerde sinirsel işlevleri değerlendirmeye yönelik takip yapılmalıdır (alt ekstremitelerde nabız, renk değişikliği, ağrı, duyu ve motor refleks kontrolü gibi). Protez uygulanan ekstemitenin nörovasküler durumu, doktor istemi doğrultusunda saatte bir ya da iki saatte bir değerlendirilir. Genellikle

ameliyatın beşinci ya da altıncı günü fizik tedaviye başlanır. Hastanın ambulasyonu giderek arttırılır. Hasta, önce koltuk değneği yada yürütüçle daha sonra ise bastonla yürütülür (Aufranc et al.1982; Stokes, 1987; Eftekhari, 1993; Erdil ve Elbaş, 2001; Jennings, 2001; Şendir, 2003).

• **Yara bakımı ve pansumanı:** Akut enfeksiyonu saptamak için insizyon bölgesi lokal enfeksiyon belirtileri açısından gözlenmelidir. İnsizyon bölgesindeki sıvıyı dışarı almak amacıyla yerleştirilen vakum drenlerinden gelen sıvı, renk, miktar, yoğunluk açısından kontrol edilmeli ve önemli değişiklikler kaydedilmelidir (Şendir, 2000).

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

• **Ayağa kaldırma:** Erken ayağa kalkmada cesaretlendirme, komplikasyon oluşumunu engellemesinin yanı sıra hastanın bağımsızlığını erken dönemde elde etmesinde de en etkili yöntemdir. Hasta dayanabildiği ölçüde hareket ettirilir ve hareketlerinde cesaretlendirilir. Hastanın günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığını kazanması, taburculuk süresini kısaltan en önemli nedenlerden biridir (Aydın, 2000).

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

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

- Hasta yatak içerisinde etkilenmemiş tarafa doğru 45° döndürülebilir fakat etkilenmemiş kasın addüksiyon ve fleksiyonundan kaçınılmalıdır.
 - Yatağın başı kalça fleksiyonunu önlemek için sadece 45° kaldırılmalıdır (Cameron, 1999).
- **Egzersiz:** Hastada, pnömoni ve atelektazi gibi akciğer enfeksiyonlarının gelişmesinin önlenmesi için ameliyat öncesinde öğretilen derin solunum ve öksürük egzersizlerini ameliyat sonrası hastanın uygulaması sağlanır. Hastanın yardımsız yürümesinde kas gücünün yeniden kazanılmasında yardımcı olacak egzersizlere ameliyattan sonraki gün yatak içinde başlanabilir. Egzersizlerin uygulanması için hasta desteklenmeli, ayağa kalktığı anda kendisine kazandıracığı yararlar konusunda eğitilmelidir. Kasların güçlendirilmesi amacıyla quadriseps egzersizleri yaptırılmalıdır. Bu egzersizler bacak kaslarının uzatılmasını ve dizi yatağın içine doğru itirmeyi gerektirir. Ayak bileği rotasyonu ve fleksiyonu baldır venlerinde DVT oluşmasına neden olan kanın birikmesini önlemeye yardımcı olacağından bir an önce bu egzersizlere başlanmalıdır (Branson and Goldstein, 2003; Temple, 2004).

TKP ameliyatından sonra günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede güvenli hareket etme ve egzersiz uygulamalarının bilinmesi ve uygulanması erken hareketliliği sağlar ve fiziksel uyumu artırır. TKP sonrası gelişen herhangi bir komplikasyon, hastanede kalış süresini uzatacağından hastanın erken dönemde hareket ettirilmesi ile bu komplikasyonların çoğundan kaçınılabılır. Hareketler pasiften yarı aktif, aktif ve dirençli egzersizlere doğru ilerlemelidir. Kalça eklemine aşırı yüklenme yapan egzersizlerden kaçınılmalıdır (Dal, 2002). Egzersiz uygulamaları kurumdan kuruma farklılık gösterse de ;

1. gün hasta, bir hemşire gözetiminde yatak dışına çıkartılır, yatağın kenarındaki sandalyeye oturtulur ve yürüteç ile beş adım yürüyebilir,
2. ve 3. günlerde bir hemşire denetiminde yürüteç ile on adım, ertesi gün yirmi adım yürüyebilir,
4. gün yüksek bir sandalyeye yardımsız oturup kalkabilir,
5. gün yatağa yardımsız çıkıp inebilir,

9. gün koltuk değnekleriyle bağımsız olarak yürüyebilir ve birkaç basamak inip çıkabilir (Karadağ, 1997).

- Akut enfeksiyonu saptamak için insizyon bölgesi lokal enfeksiyon belirtileri açısından gözlenmelidir. İnsizyon bölgesindeki sıvıyı dışarı almak amacıyla yerleştirilen vakum drenlerinden gelen sıvı; renk,miktar, yoğunluk açısından kontrol edilmeli ve önemli değişiklikler kaydedilmelidir. Hastanın boşaltım ihtiyacının karşılanması esnasında ortaya çıkabilecek önemli bir problem protezin dislokasyonudur. Bu nedenle hastaya yatak içinde sürgü verirken hemşirenin çok dikkatli olması gerekir. Sürgü vermek için hasta önce sağlam tarafına yan çevrilir, sürgü hastanın kalçalarının altına yerleştirildikten sonra hasta sürgü üzerine yuvarlanarak sırt üstü pozisyona getirilir. Protezin dislokasyonunu önlemek için abduksiyon yastığı hastanın bacaklarının arasına konur ve hekim kaldırılmasını söyleyene kadar kalır.
- Üriner retansiyon yönünden hasta izlenmelidir. Üriner kataterizasyon sıklıkla ameliyat sonrası ilk 24 saat için yapılır. Üriner sistem enfeksiyonu gibi ilişkili problemlerden kaçınmak için hasta tuvaleti kullanmaya başlar başlamaz katater çıkartılmalıdır.
- Ameliyattan sonra ilk 2 gün içinde en azından 1-2 saatte bir periferik emboli ve alt ekstremitelerde sinirsel fonksiyonları değerlendirmeye yönelik takip yapılmalıdır.(alt ekstremitede nabız,renk değişikliği, ağrı, duyu ve motor refleks kontrolü gibi)
- Pulmoner komplikasyonları, yatak yaralarını, emboliyi önlemek ve kas tonüsünü korumak için sık sık pozisyon değiştirilmelidir. Hastanın pozisyonu 2 saatte bir değiştirilerek, basınç altında kalan bölgeler yatak yarası açısından gözlenmeli ve masaj yapılmalıdır. Hastanın pozisyonu değiştirilirken, protez takılan eklem üzerine yük verilmemeli, hasta sırasıyla sırt üstü ve protez yapılmayan sağlam taraf üzerine yan çevrilmelidir.
- Konstipasyon gelişmesini önlemek için hastaya bol sıvı ve lifli gıdalardan oluşan diyet düzenlenmelidir.
- Ameliyattan sonra gelişen ağrı ve bulantıyı gidererek hastayı rahatlatmak amacıyla 24 saat boyunca 4-6 saatte bir analjezik yapılmalıdır.

- Hasta yatak içerisinde etkilenmemiş tarafa doğru 45° döndürülebilir fakat etkilenmemiş kasın addüksiyon ve fleksiyonundan kaçınılmalıdır.
- Yatağın başı kalça fleksiyonunu önlemek için sadece 45° kaldırılmalıdır.
- Femur başının onarımından sonra, protezin yerinden oynama riski meydana gelebilir. Dislokasyon riskini azaltmak için 90 dereceden fazla fleksiyon, orta hattın gerisine addüksiyon (kol ve bacağın vücut eksenine yaklaşma hareketi) ve internal rotasyon gibi kalça hareketlerinden kaçınılır. Etkilenen ekstremitede kısalık, hareketlerde uyumsuzluk-yetersizlik, anormal olarak % 2'sinde sıklıkla ameliyattan sonra ilk 6-8 hafta içinde ortaya çıkar. Ameliyattan sonraki birinci ya da ikinci gün hastanın, dikkatli bir şekilde yataktan kaldırılmasına ve çok kısa bir süre yatağın yanında durmasına izin verilir. TKP revizyonunun en sık nedeni olan gevşeme, obes, aktif ve erkek hastalarda daha sık görülmektedir (Mohler and Collis, 1998; Aydın, 2000; Gürsoy, 2003).
- Hemşire; bacağın kısalması, hareketin azalması, dışa ve içe rotasyon, şişme ve yara bölgesinde ağrı gibi protezin dislokasyonu belirtilerini gözlemlemelidir.
- Hasta sırt üstü yatarken, iki saatte bir sırt bakımı yapılmalıdır. Protez uygulanan ekstemitenin nörovasküler durumu, doktor istemi doğrultusunda saatte bir ya da iki saatte bir değerlendirilir. Genellikle ameliyatın 5 ya da 6. günü fizik tedaviye başlanır. Hastanın ambulasyonu giderek arttırılır. Hasta, önce koltuk değneği yada yürütüçle daha sonra ise bastonla yürütülür (Aufranc et al.1982; Stokes, 1987; Eftekhari, 1993; Erdil ve Elbaş, 2001; Jennings, 2001; Şendir, 2003).

2.3. TKP Ameliyatı Olan Hastada Taburculuk Planlaması

Hastaların sağlık durumları ile taburcu olduktan sonra evde günlük yaşam aktivitelerini düzenleme konusunda bilgi almalarının, ameliyat sonrası iyileşmeye ilişkin olumlu sonuçlar elde edilmesinde önemli rol oynadığı bilinmektedir. Ameliyat olacak hastaların taburculuk eğitiminde amaç, hastanın kendi sağlık bakım sorumluluğunu üstlenmelerinin en üst düzeyde sağlanmasıdır. Yapılan çalışmalar hastaların taburcu olduklarında karşılaşılabilecekleri sorunları bilmeden ya da çözümleyemedikleri çeşitli sorunlar ve endişelerle ev ortamlarına geri döndüklerini göstermektedir. Ayrıca bakımın evde devamı için gerekli bilgi ve beceriden yoksun

olarak eve dönen hastanın, sağlığını yeniden kazanmada başarısız olduğu vurgulanmaktadır (Karadağ, 1998) .

Her ne kadar eve dönüş pozitif bir gelişme olarak görülüyorsa da fiziksel bakımın sürekliliğiyle ilgili güçlükler ile görünüm, rol, işlev ve yaşam biçimindeki değişikliklerle ilgili çeşitli psikolojik sorunlarla baş etme çabası içinde olan birey ve aile oldukça zor bir dönem yaşayabilir (Kanan, 1998b) .

Hastanede kaldıkları süre içerisinde sağlık ekibi üyelerinin gözetiminde ve rehberliğinde olan hastalar, taburcu olduktan sonra günlük yaşam aktivitelerini nasıl sürdüreceklarını ve günlük yaşama nasıl uyum sağlayacaklarını bilmek isteyeceklerinden hastaneden taburcu olmadan önce hastaya ve evdeki bakımında yardımcı olacak kişiye; evdeki yaşamın bağımsız ve güvenli bir biçimde sürdürülmesine, yani kalça eklemine koruyarak günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmelerine yönelik taburculuk öncesi evde bakım eğitimi verilmelidir (Gammon and Mulholland, 1996).

Literatürde taburculuk eğitiminin hastanın servise kabulünden başlayarak taburcu oluncaya kadar sık ve kısa sürelerle verilmesi gerekliliği belirtilmektedir. Hastaların bireysel özellikleri ve eğitim gereksinimleri birbirinden farklı olabileceğinden standart eğitim planı hastaların gereksinimlerine yanıt vermeyebilir. Hemşire hastanın bilgi ve gereksinimlerini değerlendirdikten sonra, taburculuk eğitim planı hazırlamalıdır. Ayrıca, taburculuk eğitiminin hastanın bireysel gereksinimlerine yanıt verdiği daha etkin olduğu önemle vurgulanmaktadır (Karadağ, 1997).

Yapılan çalışmalarda taburculuk eğitimi verilen hastaların iyileşme süreçlerinin hızlandığı, öz bakım yeteneklerine paralel olarak kendilerine güvenlerinin arttığı, hastaneye veya polikliniğe tekrarlı başvuruların azaldığı, buna bağlı olarak da hasta bakım maliyetinin azaldığı, bakım kalitesinin yükseldiği belirtilmektedir. Taburculuk eğitiminde temel amaç; hastanın evde bakımını bağımsız olarak sürdürebilmesi için gerekli bilgi ve beceriyi kazandırarak kendi kendilerine bakım yeteneklerini arttırmaktır. (Karadağ, 1998) .

TKP'den sonra herhangi bir komplikasyon gelişmemişse hastalar 1-2 hafta içinde taburcu edilirler. Taburculuklarının öncesinde hastalara verilecek eğitim şu önerileri kapsamalıdır:

- Bacak bacak üstüne atmayın, otururken dizlerinizi birbirinden ayrı tutun.
 - Ayakkabı ve çorap giyerken kalçayı fleksiyon pozisyonuna getirmeyin. Bu ihtiyacınızı gidermek için en az ameliyattan sonra 6 hafta birsinden yardım alınız.
 - Kalça fleksiyon kontraktürünü önlemek için, bir saatten uzun süre oturmayın, otururken ara ara kalkıp birkaç adım dolaşın.
 - Alçak sandalyelere oturmayın. Alçak sandalyeden ayağa kalkarken, kalçada 90 derece üzerinde fleksiyon olur. Sert , yüksek ve kollukları olan sandalyeye oturunuz. Tuvalet alçaksa tuvaleti yükseltirin. Tuvaletten kalkarken tutunabileceğiniz bir kenarlık koydurun.
 - Günde iki kez, 30 dakika yüzü koyun yatın.
 - Bir şeyleri yerden eğilerek almaktan kaçının.
 - Varis çorabınızı, ayak ve bacağınızdaki şişlik tamamen geçinceye ve eski aktivitelerinizi tam olarak yapmaya başlayıncaya kadar giyin.
 - Ameliyattan sonra altı hafta seksüel aktivitede bulunmayın ve araba kullanmayın.
 - Diş çekimi gibi enfeksiyona yol açabilecek işlemler uygulanacaksa koruyucu olarak doktor istemiyle antibiyotik kullanın.
 - Parmaklar içe doğru dönük bir şekilde oturmaktan kaçının.
 - Sandalyede otururken dizlerinizi kalçadan yukarı kaldırmaktan kaçının.
 - Eğer evde yok ise klozet tarzında yüksek tuvalet ve yardımcı araç (yürüteç) temin edin.
 - Merdivenleri dikkatli bir şekilde inip-çıkın.
- * Merdiven çıkarken; koltuk değnekleri aşağı basamakta kalacak şekilde etkilenmemiş bacağınız ile üst basamağa adım atın, daha sonra ameliyatlı bacağınızı üst basamağa atın, ardından her iki koltuk değneğini üst basamağa çıkartın.

* Merdiven inerken; koltuk değneklerini aşağıdaki basamağa koy, etkilenmiş bacağınla aşağı basamağa adım at, daha sonra etkilenmemiş bacağını aşağıdaki basamağa at.

- Egzersizleri öğretildiği şekilde düzenli olarak yapın.
- Aşırı eğilme, ağır kaldırma, atlama gibi kalça eklemi zorlayıcı hareketleri yapmayın.
- Koltuk değnekleri ya da yürütecisi doktorun belirlediği süre kullanın. Ameliyattan 4-5 hafta ya da daha sonra doktor izin verirse, koltuk değnekleri olmadan kalçaya ağırlık verebilirsiniz.
- Addüksiyonu önlemek için, sırt üstü yatarken iki dizinizin arasına küçük bir yastık koyun (Aufranc et al., 1982; Eftekhari, 1993; Cameron et al. 1999; Tucker, 2000; Jennings, 2001; Branson and Goldstein, 2003; şendir, 2003).

Hastanın günlük yaşam aktivitelerinde zorlanma yaşamadan proteziyle uyumlu bir şekilde yaşamını devam ettirebilmesi için bireysel özellikler dikkate alınarak hasta bakım planı uygulanmalıdır.

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

Hemşirenin eğitici ve danışmanlık rollerini etkin kullanarak taburculuk eğitimi vermesi, TKP ameliyatı olan bireyin varolan durumunu geliştirmeyi ve en üst düzeyde sürdürmeyi öğrenmesine yardımcı olarak üretken yaşamına geri dönüşe olanak sağlayacaktır (Karadağ, 1998) .

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma niteliksel yöntemlerin kullanıldığı tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmış ve yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Örnekleme

Araştırmanın örneklemini 15 Haziran 2005-15 Kasım 2005 tarihleri arasında Kocaeli Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji servisinde TKP ameliyatı olan bireyler oluşturmuştur. Örneklem grubunun seçiminde; katılımcıların iletişime ve işbirliğine açık olmaları, daha önce kalça ameliyatı geçirmemiş olmaları, görme, işitme, konuşma gibi duyuşsal kayıplarının olmaması ve çalışmaya kendi istekleriyle katılma ilkeleri göz önünde bulundurulmuştur. Araştırmaya katılacak kişilere; çalışmanın amacı, yürütölüş şekli ve yararları açıklanarak istekli olanlar araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmanın yürütölüleceği Kocaeli Devlet Hastanesi Başşhekimliği'nden ve Ortopedi ve Travmatoloji Klinik Şefliği'nden yazılı izin alınmıştır. Araştırma sürecinde Kocaeli Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji servisinde toplam 32 hasta TKP ameliyatı geçirmiştir. Ancak hastalardan 2'si taburculukları sonrası memleketlerine döneceklerinden, 3'ü görüşmeyi reddettiğinden ve 7 hasta ile işitme kaybı gibi nedenlerle iletişim kurmada güçlük çekildiğinden ya da konfüzyon gözlendiğinden; araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 20 hasta araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmanın yapıldığı Kocaeli Devlet Hastanesinde yılda ortalama 120 TKP ameliyatı gerçekleştirilmektedir. Ancak bu hastaların ortalama olarak 80'i ilk kez TKP ameliyatı olurken; yaklaşık olarak 40'ı revizyon nedeniyle TKP ameliyatı olmaktadır.

Çizelge 3.2.1. Total Kalça Protezi Ameliyatı Geçiren Hastaların Tanıtıcı Özellikleri (n=20)

Hasta Özellikleri	n	%
TANI		
DKÇ	6	30
Kırık	9	45
Koksartroz	5	25
Yaş Ortalamaları	56,35	
Yaş Aralığı	33 -75	
CİNSİYET		
Kadın	15	75
Erkek	5	25
MEDENİ DURUM		
Evli	13	65
Bekar	7	35
EĞİTİM DURUMU		
Okur-yazar değil	3	15
Okur-yazar	5	25
İlköğretim	9	45
Lise ve üstü	3	15
MESLEK		
Çalışıyor	2	10
Çalışmıyor	18	90
SOSYAL GÜVENCE		
Emekli sandığı	6	30
Bağ-Kur	4	20
SSK	7	35
Yeşil kart	3	15
YAŞADIĞI YER		
Apartman	14	70
Müstakil	6	30
KİMLERLE YAŞIYOR		
Yalnız	2	10
Eşiyle	4	20
Çocuklarıyla	6	30
Eşi ve çocuklarıyla	7	35
Anne, baba ve çocuklarıyla	1	5
KRONİK HASTALIK VARLIĞI		
Hipertansiyon	4	20
Mide ülseri	1	5
Yok	15	75
TOPLAM	20	100

Çizelge 3.2.1. Total Kalça Protezi Ameliyatı Geçiren Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Devamı (n=20)

AMELİYATINA İLİŞKİN BİLGİ ALMA DURUMU		
Evet	5	25
Hayır	15	75
FİZİK TEDAVİ ALMA DURUMU		
Evet	3	15
Hayır	17	85
AMELİYAT ŞEKLİ		
Planlı Ameliyatlar	12	60
Acil Ameliyatlar	8	40
TOPLAM	20	100

Çizelge 3.2.1’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan hastaların TKP ameliyatı olma nedenleri sorgulandığında 9’unun düşme sonucu kırık, 6’sının DKÇ, 5’inin koksartroz nedeniyle ameliyat oldukları belirlenmiştir. Hastaların yaş ortalaması 56,35 olup, yaş aralığı 33-75’tir. Hastaların 15’ i kadın, 13’ü evli, 9’u ilkokul mezunu ve 14’ü ev hanımıdır. Araştırmaya katılan 20 hastanın 7’sinin sosyal güvencesinin SSK olduğu, 14’ünün apartmanda yaşadığı, 7’sinin eşi ve çocuklarıyla yaşadıkları, 15’inin kronik hastalığının olmadığı, yine 15’inin eğitim veya rehberlik almadıkları, 17’sinin fizik tedavi almadığı ve 12’sinin planlı ameliyat oldukları belirlenmiştir.

3.3. Verilerin Toplanması

Veriler; yarı yapılandırılmış görüşme yöntemi ile elde edilmiştir. Araştırmacı katılımcılarla ortalama 30 dakika süresince görüşmüş ve ameliyat öncesi, sırası ve sonrası deneyimleri ses cihazına kaydedilmiştir. Hastaların duygularını, düşüncelerini ve yaşam deneyimlerini ifade etmelerine imkan verdiği için bu yöntem uygun görülmüştür (Speziale and Streubert, 2003; Yıldırım ve Şimşek, 1999).

Araştırmacı niteliksel çalışmaların planlanması ve yürütülmesi ile ilgili literatür incelemesi yaparak, niteliksel yöntemlerle yapılan çalışmaları inceleyerek ve

danışmanın yönlendirmesiyle görüşmenin yürütülmesi konusunda kendisini geliştirmiştir. Görüşme formunun işlerliğini test etmek ve görüşme için deneyim kazanmak amacıyla Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Mayıs ayı içerisinde beş hasta ile pilot uygulama gerçekleştirilmiş ve gerekli düzenlemeler yapılarak ileriki görüşmeler şekillendirilmiştir. Ön uygulama yapılan hastalar örneklem kapsamına alınmamıştır. Araştırmanın uygulamasına 15 Haziran 2005 tarihinde başlanmıştır. Ancak verilerin yinleme göstermesi, ek bir verinin elde edilememesi nedeniyle 15 Kasım 2005 tarihinde uygulama sonlandırılmıştır.

Verilerin toplanması iki aşamada gerçekleştirilmiştir. İlk aşamada hastalar ile hastanede görüşülerek, bireyi aydınlatmak amacıyla araştırmacı kendisini tanıtmış, araştırmanın ve görüşmenin amacını belirtmiştir. İlk görüşme hastanın sosyo-demografik özelliklerinin sorgulandığı görüşme olup, hastanın hastanede olduğu herhangi bir gün içerisinde yapılmıştır. Yapılan ilk görüşmede hasta tanıtım formu araştırmacının kendisi tarafından doldurulmuş ve adı, soyadı, ameliyat tarihi, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, sosyal güvencesi, yaşadığı yer, kiminle yaşadığı, herhangi bir hastalığının olup olmadığı, ilaç kullanıp kullanmadığı, TKP ameliyatına ilişkin eğitim veya rehberlik, fizik tedavi alıp almadıkları ve TKP ameliyatı olma nedenleri sorgulanmıştır. İkinci görüşmenin ev ortamında gerçekleştirilebilmesi için hastanın telefon numarası ve ayrıntılı adresi alınmıştır. İlk görüşmenin sonunda ikinci görüşme için 5-6 hafta sonrasına kendi evlerinde tekrar görüşme yapmak üzere hastalardan randevu alınmıştır. Literatür taramasından yola çıkarak, hatırlamanın daha kolay olduğu ve iyileşmenin tam anlamıyla gerçekleşmediği 5-6 hafta sonraki erken iyileşme döneminin görüşme için uygun olacağı düşünülmüştür.

Evde yapılan ikinci görüşme ile bireyin deneyimlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Hasta ile daha önce hastanede yapılan görüşme doğrultusunda belirlenen tarihten bir gün önce hasta telefonla aranmış ve evlerinde görüşme yapma talebinde bulunulmuştur. İlk görüşmede hastadan alınan adres doğrultusunda görüşmecinin evine gidilmiştir. Görüşmeler hastanın kendisini daha rahat hissedebileceği ve düşüncelerini rahatlıkla açıklayabileceği sessiz bir odada yalnız gerçekleştirilmiştir. Görüşme başlamadan önce katılımcılara; görüşmenin amacı, görüşme sonuçlarının gizli kalacağı, görüşme kayıtlarının yok edileceği, araştırma sonuçları yazılırken isimlerinin saklı tutulacağı, not alma işlemi zaman kaybına

neden olacağı ve araştırmacının dinleme ve soru sorma işlevlerini daha etkili bir biçimde yerine getirebilmesi için izin verirse görüşmenin kayıt edilmek istendiği, görüşmenin yaklaşık olarak 30 dakika süreceği önceden belirtilmiştir. Yüz yüze görüşmeler yoluyla ayrıntılı ve derinlemesine bilgi toplama amaçlanmıştır. Hastalara ameliyat öncesinde, hastanede kaldıkları süre içerisinde ve taburcu olduktan sonra evde neler yaşadıkları sorularak deneyimlerini paylaşmaları istenmiştir. Görüşme; “rahatsızlığınızın en başından şu ana kadar yaşadıklarınızı benimle paylaşır mısınız?” sorusuyla başlatılmış ve görüşmenin akışına göre katılımcılara, “düşüğünüz anda neler hissettiğinizi bana anlatabilir misiniz, hastanede kaldığınız süre içerisinde neler yaşadınız, taburcu olduktan sonra evdeki yaşamınızla ilgili değişiklikleri benimle paylaşabilir misiniz?” gibi açık uçlu sorular yönlendirilmiştir. Etkili ve verimli bir görüşmenin gerçekleştirilebilmesi için; karmaşık, anlaşılması güç sorulardan kaçınılmıştır.

3.4. Verilerin Analizi

Kayıt edilen görüşmeler; görüşme sonrasında dinlenip kelimesi kelimesine yazıya dökülmüştür. Hastaların teyp görüşmeleri yazıya döküldükten sonra her bir görüşme, görüşmenin bütün olarak ne anlam ifade ettiğini belirlemek için araştırmacı ve danışmanı tarafından tekrar tekrar okunmuştur. Veriler satır satır okunduktan sonra anlamlı cümle ya da ifadelerin altları çizilerek kavramsal olarak ne anlam ifade ettiği bulunmaya çalışılmıştır. Anlamlı ifade ve cümleler hangi katılımcıya ait olduklarını belirtmek amacıyla numaralandırılmıştır. Kendi içinde anlamlı bir bütün oluşturan bu bölümler, araştırmacı ve danışmanı tarafından ayrı ayrı belirlenip bir kod listesi oluşturulduktan sonra, araştırmacıların aynı noktalarda birleşmelerini sağlayan kodlar (formüle edilen anlamlar) bir araya getirilerek araştırmanın temaları oluşturulmuştur. Önemli ifadeler ve onların formüle edilmiş anlamları uygun temalar içerisine yerleştirilmiştir. Temalar sayesinde olguların daha iyi organize edilmesi ve daha anlaşılır hale getirilmesi sağlanmıştır. Oluşturulan temalardan birbiri ile yakın ilişkisi olduğu düşünülen temalar bir araya getirilerek gruplandırılmıştır.

Bu doğrultuda TKP ameliyatı olan hastaların deneyimleri üç grup altında toplanmıştır.

1. Ameliyat Öncesi Deneyimler
2. Ameliyat ve Ameliyat Sonrası Hastane Deneyimleri
3. Ameliyat Sonrası Ev Deneyimleri (Çizelge 4.1.1).

3.5. Araştırma Takvimi

YIL	2004			2005						2006											
AYLAR	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6
-Literatürün taranması																				
-Araştırma önerisinin hazırlanması																				
-Hasta tanıtım formu ve görüşme formunun hazırlanması																				
-Pilot çalışma																				
-Veri toplama																				
-Verilerin analizi ve yorumu																				
-Raporun yazılması ve basılması																				

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada hastalarla ikinci görüşmenin evde yapılması, hastaların araştırmaya katılımlarını sınırlandırmıştır. İkinci görüşmenin evde yapılacağı belirtilmesi üzerine katılımcılar bu duruma çok sıcak bakmayıp, örneklem grubuna dahil olmak istememişlerdir. Ayrıca ilk görüşme ile ikinci görüşme arasında yaklaşık 45 gün bulunması nedeniyle bazı hastalar araştırmaya dahil olduklarını unutmuş ve randevu talebini geri çevirmek istemişlerdir.

Görüşmelerin ses cihazına kaydedilmesi nedeniyle katılımcılar heyecan yaşamış, konuşmak istememiş ve kısa cevaplarla soruları geçiştirmişlerdir.

4. BULGULAR

4.1. Hastaların TKP Ameliyatı Deneyimlerine İlişkin Bulgular

Araştırmada görüşmelerin analizi sonunda elde edilen temalar; hastane öncesi deneyimler, ameliyat ve ameliyat sonrası hastane deneyimleri ve taburculuk sonrası deneyimler olarak 3 grupta ele alınmıştır.

Çizelge 4.1.1. Hastaların TKP Ameliyatı Deneyimlerine İlişkin Bulgular

HASTANE ÖNCESİ DENEYİMLER	AMELİYAT VE AMELİYAT SONRASI HASTANE DENEYİMLERİ	TABURCULUK SONRASI DENEYİMLER
1. Ağrı (8) 2. Yaralanma Deneyimi (9) 3. Karar Vermede Zorlanma (3) 4. Korku ve Anksiyete (7) 5. Günlük Yaşam Aktivitelerinde Güçlük (5)	1. Anestezi (2) ve Ayılma Deneyimi (7) 2. Ağrı (3) 3. Öz Bakım Eksikliği (3) 4. Kabızlık (4) 5. Bağımlılık (3) 6.Hastane Ortamından Memnuniyetsizlik (5) 7.Sağlık Personelinden Memnuniyet (5) 8. Bilgi eksikliği (2) 9. Cerrahi iyileşmede gecikme (3) 10. Taburculuk ve Hastaneden Eve Nakil (6)	1. Eve Dönme Deneyimi (4) 2. Ağrı (7) 3.Ev Çevresi İçinde Düzenleme Yapma Gereksinimi (4) 4. Korku (İyileşememe, Ağrı, Yeniden Ameliyat Olma) (10) 5. Öz Bakım Eksikliği (9) 6. Rol Performansında Değişme (5) 7. Evin Bakımını Sağlamada Yetersizlik (11) 8. Eve bağımlı olma (5) 9. Yalnızlık (2) 7. Ümit ve Ümitsizlik (7) 11. Özlemler (7) 12. Mutluluk (6)

* Tabloda parantez içerisinde verilen rakamlar o deneyimi ifade eden hasta sayısını belirtmektedir.

4.1.1. Hastane Öncesi Deneyimler

4.1.1.1. Ağrı

Ağrı, TKP ameliyatı geçiren hastaların ameliyat öncesi dönemde, hastanede ve evde yaşamış oldukları ortak bir deneyimdir. Katılımcılar arasından koksartroz ve DKÇ nedeniyle TKP ameliyatı geçirenlerin hemen hepsi ameliyat öncesi ağrı deneyimlediklerini ifade etmişlerdir. Hastaların ameliyat olmaya karar vermelerindeki en önemli nedenlerden biri de uzun süredir yaşadıkları ağrıdır. Kalça kırığı nedeniyle ameliyat olan hastalar ameliyatları kısa süre içerisinde gerçekleştirildiği için ağrıyı diğer hastaların aksine, daha kısa süre yaşamışlardır.

Aşağıdaki örnekler ağrılarının artması üzerine ameliyat olmaya karar veren hastaların ifadeleridir:

“...Kırk altı yaşıma kadar gayet iyiydim ve çok hareketli bir insandım. Kırk altı yaşımdan sonra hafif hafif ağrılar başladı. Daha önce sürekli arkadaşlarım “hani göz güzelliği olsun diye düzelt şu ayağımı, yani teknoloji çok ilerledi ya biz yaptıralım ameliyatını, ya da sen yaptır” dediler. Çok söylendi, fakat ben hiç ağrım sızım olmadığı, kalçamın çıkıklığını hiç problem haline getirmediğim için ameliyat olmayı düşünmedim. Kendimle çok barışık bir insan olduğum için topallayarak yürüyor olmamı hiç problem etmedim. Daha sonra ağrılar başlayınca çok rahatsızlıklar verdi ve kuzu kuzu doktoruma teslim oldum” (8. görüşmeci).

“...Bundan altı yıl önce ayağım kırılmıştı. Düşüp kalçam kırıldıktan sonra orda Erzurum Devlet Hastanesi'ne gittim. Ameliyat oldum ve platin takıldı. İki yıl platinim kaldıktan sonra ağrı vermeye başladı. Dört yıl sonra doktorum ayağımda zorlama nedeniyle yıpranma olduğunu söyledi. Ayağımın ağrısının artması üzerine başka bir doktora gittim. Doktor, bana ameliyat olacaksın, protez takılacak, ayak kemiğin çok yıpranmış, ameliyat olmazsan ağrılar artarak devam eder, dedi. Ağrılarımdan kurtulmak için mecburen ameliyata karar verdim” (6. görüşmeci).

İki hasta, kendilerini uykudan uyandıracak şekilde ağrı deneyimlediklerini aşağıdaki cümlelerle ifade etmişlerdir.

“...Ağrıdan uyuyamazdım. Ağrıdan hiç uyuyamazdım. Yirmi bir yıldan beri ben uyuyamıyorum. Uykum olurdu fakat ben ağrıdan dolayı uyuyamazdım” (14. görüşmeci).

“...Acıyı ben çektim. Geceleri 2 sefer, 3 sefer kalkıp acıdan ağlayan bendim. Çektiğim acıyı bir ben bilirim. Ağrıdan gece kalkıp camın önünde sigara içiyordum. Bir o cama gidiyordum, bir bu cama. Kıvranıp duruyordum. Acıdan ağlıyordum ya, duramıyordum. Kemik eriyor, dayanamıyorsun ki...” (1. görüşmeci).

4.1.1.2. Yaralanma Deneyimi

Yapılan görüşmelerde koksartroz ve DKÇ dışında gerçekleşen TKP ameliyatlarının düşme nedeniyle gelişen kırık sonucunda gerçekleştirildiği belirlenmiştir. Özellikle düşme sonucu kırık oluşması nedeniyle acilen TKP ameliyatı olan hastaların evden hastaneye transferlerinde yaşamış oldukları deneyimler daha çok yanlış pozisyonda transfer edilmelerine bağlı olarak gelişmiştir. Aşağıdaki örnekler hastaların yaralanmayı nasıl deneyimlediklerini ve bu deneyimleri sırasında neler hissettiklerini bize açıklamaktadır:

“...Merdivenlerden bulaşık suyu döküyordum. Hani terlikler olur ya hemşirelerin giydiği; ayağımda onlardan vardı. Yerler buzluymuş. Onlara bastığım gibi kaydım, yuvarlandım. Sağ tarafımın üzerine düştüm. Düşünce bir şey hissetmedim, ama sonrasında ağrım vardı” (6. görüşmeci).

“...Düştüğümde kalkamadım zaten. Komşunun evine gitmiştim. Üçüncü merdivenin son basamağıydı. Bu kadar bir yer, şu kadar bir yerden düştüm, kalkamadım. Çıglık attım orda işte. Bütün komşular oraya dolmuş düştüğümü duyunca. Çok şaşırılmışlar. Kimi kucağına almak istiyor. Kimi sırtına almak istiyor. Ben sırtta kalkamam bacağım kırıldı herhalde çocuğum dedim. Sonra Allah'ıma şükür kiracı battaniye getirdi, battaniyeye sardılar. Ambulansa haber verdiler, ambulansla beni hastaneye götürdüler” (16. görüşmeci).

“...Banyoda düştüm. İlk zamanlar ağrım çok yoktu. Günden güne geçer diye bekledim. Ne zaman ki ayağımın üzerine basamaz oldum o zaman doktora başvurduğum ” (2. görüşmeci).

“...Benim bacağım kırılınca çocuklar hemen araba buldular, arabayla hastaneye getirdiler beni. Hastanede arabadan indirecekleri zaman çok bağırdım. Kemiklerin birbirine değdiğini hissediyordum ve çok ağrıyordu. Ondan sonra içeriye, acile aldılar beni. Bir Şeyler yaptılar, sardılar” (5. görüşmeci).

4.1.1.3. Karar Vermede Zorlanma

Araştırmaya katılan hastalardan 3’ü, ağrı ve yürüyememe Şikayetleri olmakla birlikte kendilerine önerilen TKP ameliyatı kararını vermekte zorlandıklarını dile getirmişlerdir. Hastaların karar vermekte zorlanmalarına, ameliyat sonrası yatağa bağımlı kalmaktan korkma, ev düzeninin bozulacağını düşünme ve kendisi ile aynı ameliyatı geçirmiş bireylerden elde ettikleri çelişkili bilgiler neden olmuştur.

Aşağıdaki örnekte bir hasta aynı ameliyatı olmuş kişilerden elde ettiği çelişkili bilgiler nedeni ile karar vermede güçlük çektiğini yansıtmaktadır:

“...Ameliyattan korkuyordum. Olmak istemiyordum. Şimdi senin gibi ben de ameliyat olanları, protez takılanları soruşturuyordum. Kalça ameliyatı olanlara soruyordum. Ameliyatınız nasıl geçti, Şimdi nasılsınız? diye. Kimi diyordu ki; “ Çok memnunum, iyiyim. Ol, bir an önce sen de kurtul rahatla”. Bazıları diyordu ki; “Aman sakın olma, gidebildiğin yere kadar git böyle. Yürüyemez hale gelinceye kadar olma”. Kararsız kaldım tabi, olsam mı olmasam mı?” (12. görüşmeci).

Aşağıdaki örnekte ise; bir hasta yatağa bağımlı kalmaktan korkması nedeniyle ameliyat olmaya karar veremediğini anlatırken duyduğu endişeyi kullanmış olduğu Şu cümlelerle ifade etti:

“...Ameliyat öncesi bir yatak korkusu vardı. Ben doktorumla da bunu konuştum. Hocam dedim eğer beni yatağa düşürmeyecek, yatağa bağımlı olarak yaşamayacağım bir durumda olacaksam bu tedaviyi kabul ederim dedim. Sağ olsun o da yatağa bağımlı kalmayacaksın dedi. Ama bir endişe, sıkıntı vardı bende. Yani olur mu, olmaz mı diye. Hele son beş altı gün çok düşündüm. Geceli gündüzlü uyku uyumadığım zamanlar oldu. Çok takıldı kafama. Ya işte acaba yapsam nasıl olur, yapmasam nasıl olur, diye hep düşündüm” (10. görüşmeci).

Aşağıdaki örnek ise; bir hastanın ameliyat nedeniyle bakıma ihtiyacı olacağını düşünmesi, ev düzeninin bozulacağı ve ailesini zor durumda bırakacağı düşüncesi ile kararsızlık yaşadığını ancak ailesinin desteği ile karar verdiğini açıklamaktadır:

“...Tabi tekrar tekrar düşündükten sonra karar verdim. O zaman artık ne olursa olsun olayım dedim. Beyim de; bu böyle nereye kadar gidecek, biran evvel ol, kurtul dedi. Oğlum illa anne ol biz idare ederiz, kendimize de bakarız, sana da bakarız. Biz artık çocuk muyuz? Bir şekilde biran önce ameliyatını ol kurtul dedi. İşte onların da cesaretiyle ameliyat olmaya karar verdim” (12. görüşmeci).

4.1.1.4. Korku / Anksiyete

Ameliyat öncesi dönem, ameliyat edilmek üzere hastaneye kabul edilen bireyler için en sıkıntılı dönemlerden birisidir. Çünkü, birey ameliyat gibi yaşamı tehdit edebilen bir olayı beklerken gelişebilecek pek çok şeyden korkmakta ve şiddetli anksiyeteden acı çekmektedir. Çalışmamızda da katılımcıların ameliyat ve anestezi konusunda ve ameliyat sonrası kendilerini bekleyen durumlar konusunda anksiyete yaşadıkları belirlenmiştir. Genellikle hastalar ameliyattan, ameliyat sonrası iyileşememekten başkalarına bağımlı olmaktan, ameliyata bağlı arzu edilmeyen durumların gelişmesinden korktuklarını dile getirmişlerdir.

Aşağıdaki örnek bir hastanın iyileşememe, yürüyememe korkusu ve taburculuk sonrası evde nasıl bakılacağına dair endişelerini açıklamaktadır:

“...Ameliyat olmadan önce çok üzüntü çektim yavrum. Ne olacak, nasıl yapacağım, ayağım sağlamlaşacak mı, yürüyebilecek miyim? diye çok üzüldüm. Oturdum ve ben ne yaparım şimdi diye hep ağladım. Evde bana bakacak kimse yok. Mecbur kendi başıma kalacağım. Bu düşünceler beni çok rahatsız etti. Ameliyat olursam nasıl bakılacağımı düşünerek üzüldüm” (20. görüşmeci).

Aşağıdaki örnek bir hastanın yatağa bağımlı kalma korkusunu, enfeksiyon ve amputasyon gibi komplikasyonların gelişmesine ilişkin korkusunu yansıtmaktadır:

“...Ameliyat olmadan önce yatalak kalır mıyım, acaba bu mikrop büyür ve ayağımı keserler mi? diye bunları düşündüm. Açık ve net bunları düşündüm” (1.görüşmeci).

Aşağıdaki örnek ise; bir hastanın protez ile ilgili endişelerini yansıtmaktadır:

“...Ameliyatımdan önce çok korktum. Çok korktum iyi olamayacağım, protez bana uymayacak diye. Annem protezliydi, ama ona uymamıştı, bana da uymaz diye çok korktum. O yüzden ameliyat olmayı istemedim. Sonrasında mecburen ameliyat olduk” (14. görüşmeci).

Bir hasta ameliyat olmaktan korktuğu için değil de hastanede bir başkasına bağımlı olmaktan çekindiği için hastaneye yatmak istemediğini şu şekilde açıklamıştır:

“...Ne var ki ameliyattan korktuğum için değil de bir başkasına bağımlı olmak beni en fazla hastaneden uzaklaştıran nedendi. Bu yüzden hastaneye gitmek istemedim” (3. görüşmeci).

4.1.1.5. Günlük Yaşam Aktivitelerinde Güçlük

Hastalar hareket yeteneklerindeki sınırlılık nedeni ile günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte zorlandıklarını ve desteğe gereksinim duyduklarını ifade etmişlerdir. Aşağıdaki örnek bir başkasının yardımı olmaksızın yürüyemediğini söyleyen bir hasta ameliyat öncesinde günlük yaşam aktivitelerinde güçlük yaşadığını göstermektedir:

“...İhtiyaçlarımı da göremiyordum kendim. Mesela kızım olmayınca bir komşuya bile gidemiyordum, onun koluna girip de gidebiliyordum. Pazara ineceğim diyelim, aşağıya kadar yalnız inemiyordum. Yürüyerek çıkamıyordum o bayırı. Arabamız var arabayla pazara iniyorduk. Pazarı kızın koluna girip öyle görüyordum. Kızımın koluna girip de öyle pazar yapabiliyordum. Kendi kendime evin içinde bile zor geziyordum. Ama sokakta biraz daha çekiniyorsun. Ne de olsa düzgün yürüyebilmek için ya kızımın ya da beyimin koluna girerek dışarıda düzgün yürümeye çalışıyordum” (12. görüşmeci).

Ameliyat öncesi dönemde fiziksel mobilitede bozulma nedeniyle alışveriş, hareket ve ev işleri gibi günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte zorlanan iki hasta kendilerini yetersiz hissettiklerine dair duygularını aşağıda şu şekilde açıklamıştır:

“...Eskiden yürüyemezdim, merdiven çıkamazdım, kendi işimi yapamazdım doğru dürüst. Kapılardan, duvarlardan tutunup ta mutfığa bulaşık yıkamaya giderdim. Ayakta dururken normal eğilip bir iş yapamazdım” (3. görüşmeci).

“...Ooo kaç senedir alışveriş yapamıyorum. Kaç senedir, iki senedir kızım alış-verişe gidiyor. Ne gerekiyorsa eve o alıp geliyor. Çocuklarını uyutup ondan sonra pazara gidiyordu. Elektrik, su, telefon faturasını hep büyük kızım yatırıyordu. Bu tip işleri hep o yapıyordu. Ben hiçbir iş yapamıyorum, hep oturuyordum” (4. görüşmeci).

4.1.2. Ameliyat ve Ameliyat Sonrası Hastane Deneyimleri

4.1.2.1. Anestezi ve Ayılma Deneyimi

Araştırmaya katılan hastalardan 2’si anestezi ve 7’si ayılma deneyimlerini dile getirmişlerdir. Anestezi deneyimini ifade eden hastalar genellikle korku hissettiklerini ve sağlık personelinin kendilerini konuşturarak cesaret verdiklerini hatırladıklarını belirtmişlerdir. Ayılma deneyimini ifade eden hastalar ise, sevinç, şaşkınlık, ağrı gibi duygular yaşadıklarını dile getirmişlerdir.

Aşağıdaki örnekler hastaların anestezi deneyimleri ile ilgili olarak verilmiştir:

“...Doktorum ameliyathanede bile bana moral veriyordu, cesaret veriyordu. Öbürleri beni konuşturuyordu. Ama o kadarını hatırlıyorum. Sonrasıyla ilgili hiç bir şey hatırlamıyorum. Belden bana iğne yaptılar ya, o iğnelerden sonra ben bayılmışım demek ki. Aynalara bakarken gitmişim tabi. Ama acı çekeceğim diye çok korkuyordum” (14. görüşmeci).

“...Ameliyata girmeden çok korktum. Bana içerde ameliyat olanlar dediler ki, vuruyorlar sesler duyuyorsun. Ayağında şöyle oluyor, böyle oluyor. Ben dedim ki, ölümden korkarım. O zaman doktor bey beni komple bayıltın dedim. Hiç bir şey duymayayım, görmeyeyim. Ameliyata girdim masaya yatırdılar beni. İki tane iğne vurdular bana. Ufak bir şey oldu.

Biraz etkilendim. Sonra beni lafa tutarlarken uyukum var yatacağım, dedim. Başka bir şey hatırlamıyorum” (15. görüşmeci).

Aşağıdaki ifade; bir hastanın ayılma anında hekimle aralarında geçen şakalaşmaya örnek olarak verilmiştir:

“...Ameliyattan çıktıktan sonra baygınlık durumu oldu bende. Gözümü açtığımda doktorumun bana vurup ta “Güzelim hadi be uyan.”; uyandığım zaman “ne oldu sana?” demesi... O an doktoruma dönüp “ya hocam öbür tarafa gittim. Kabul etmediler, yamuksun düzel de gel dediler.” diyebilmem benim açımdan olsun, bana bakan insanlar açısından olsun çok güzel bir duyguydu. Yani gözünüzü açıp ta, size o anda müdahale eden insanlarla gülererek konuşmanız, onları güldürmeniz çok hoş bir şey” (10. görüşmeci).

Bir hasta ise ameliyat korkusu yüzünden ameliyatını geciktirmiş olmasından dolayı yaşadığı pişmanlığı belirtirken, ayılırken yaşadığı sevincini şu cümlelerle aktarmıştır:

“...Gözümü açtığımda çok sevindim. Ay Yarabbi çok şükür dedim. Girdim çıktım. Bir şey yok dedim. Çok memnun kaldım o anda. O kadar huzurluydum, böyle o kadar mutluydum ki; Allah’ım dedim, yarabbim yıllardır niye bu kadar büyüttüm bu ameliyatı ben diyerek kendime kızdım” (17. görüşmeci).

Yine bir başka hasta ayıldığı anda doktoru ile yaşamış olduğu diyalogu aşağıdaki gibi ifade etmiştir:

“...Ameliyattan çıktıktan sonraki duygularıma döndüğümde; bir ara doktorumu gördüğümü söylemişim ama farkında değilim. Doktorumun bacağımı salladığını ve bağırdığımı hatırlıyorum. “Yapmak zorundayım kusura bakma ” dedi, gitti. Sadece onu hatırlıyorum. Sonrası ile ilgili hiçbir şey hatırlamıyorum. Ayıldığımda herkes baş ucumdaydı” (8. görüşmeci).

Ameliyatının bitip, servisteki yatağına alındığının farkına varmayan bir başka hasta, yaşamış olduğu şaşkınlığı aşağıdaki gibi ifade etmiştir:

“...Beni bayıltmadılar, arkamdan iğneler vurdular, ayağımı uyuşturdular. Demişim ki; ameliyattan çıkmışım, buraya yatağa gelmişim. Ben ameliyat oldum mu, daha çok mu? Orda zannedyormuşum kendimi. Bir de diyormuşum ki; sağ ayağımdan sol bacağımda dört parmak kısa oldu diyormuşum. Hani onları sayıklıyormuşum. Ameliyattan çıktım mı, geldim mi, ameliyat var mı? Diye soruyormuşum. Kafam bende yok, savsaklamışım. Yatağıma yatırmışlar, ben daha orda sanıyormuşum kendimi” (19. görüşmeci).

Ayılma sırasında bacağımda ciddi ağrı hissettiğini belirten bir hasta, bu anı aşağıdaki şekilde ifade etmiştir;

“...İlk uyandığında ben, onu zaten hep soruyorlar. Ben de çocuklarıma soruyorum neler söyledim diye. Hani hiçbir şey bilmiyorsun ya. O acıyla kendime geldiğimde sanki o bacağımda kopmuştu. Bende değildi bacağımda. Öyle acı bir ağrı. Öyle acı bir ağrı ki ; yani anlatılır gibi değil. Çok çok kötü oldum yani o anda. Bacağımda ağrısından, bacağımda diye bağırmışım yani. Ufalayın diye söylemişim. Ufalatırdım ben daha önceden çok ağrıdığı zaman. Ufalayın, ufalayın diyormuşum. İşte masaj yapılınsın istiyormuşum bacağıma. Masaj yaptırırdım önceden de. O şekilde ayılmışım işte” (12. görüşmeci).

4.1.2.2. Ağrı

Araştırmaya katılan hastalar ameliyat sonrası dönemde, ayılma ile başlayan, hareket ile artan ve ağrı kesicilere gereksinimi arttıran ağrı deneyimlemişlerdir.

Aşağıdaki örnek bir hastanın ameliyat sonrası ilk ayağa kalkma deneyiminde yaşamış olduğu ağrıyı açıklamaktadır:

“...Yürürken tam bacağıma uzatınca ağrı girdi. O gece hep ağladım, hep ağladım. Doktor da geldi, ağrı kesici yapılmasını söyledi. Daha sonra hemşire geldi, ağrı kesici iğne yaptı. Ondan sonra rahatlayıp biraz uyudum işte” (4. görüşmeci).

İlk defa hastaneye yatan ve ameliyat olan bir başka hasta ise ayıldıktan sonra ağrılarının şiddetlendiğini, canının çok yandığını ifade ederken çevresine vermiş olduğu rahatsızlığı şu şekilde açıklamıştır:

“...Ayıldıktan sonra bacağımda sancılarım başladı. Ağlayacak şekilde ellerimi duvara vuruyordum. Benim yanımdaki hastalar bana; bu küfür kullanıyor, biz buradan kalkalım

dediler. Kalkarsanız kalkın dedim. Benim canım yanıyor. Sen on beş kere ameliyat olmuşsun, ben ilk defa ameliyat oluyorum. Bıçağın altına ilk defa yatıyorum, dedim. Öyle böyle derken bana bir tane iğne vurdular. Morfin yapmışlar. Ondan sonra o geceyi uyuyarak rahat geçirdim” (15. görüşmeci).

Aşağıdaki örnek bir hastanın ameliyatı sonrası ağrılarının şiddetli bir şekilde devam ettiğini, ağrının giderilmesinde ağrı kesicilere duyulan ihtiyacın o dönemde çok fazla arttığını göstermektedir:

“...Yirmi dört saat sonra yine başladı ağrılarım, çok sancılarım oldu. Günde iki-üç sefer iğne yaptılar bana. Poşet doluları iğne. Kolumdan serumla ayrı, bacağımdan ayrı yaptılar” (12. görüşmeci).

4.1.2.3. Özbakım Eksikliği

Araştırmaya katılan hastalar hastanede kaldıkları süre içinde özellikle tuvalet ve banyo gibi öz bakım aktivitelerinin giderilmesinde başkalarına bağımlı olmaktan sıkıntı duyduklarını belirtmişlerdir. Bir hasta tuvalet gereksinimini eşinin desteği ile giderirken duyduğu rahatsızlığı şu şekilde belirtmiştir:

“... En büyük çekincem; hastanede başka birisinin yardımına muhtaç olmaktı. Sağ olsun hanımım çok büyük hizmetler etti. Başımдан ayrılmadı. Ama bir başkasının yardım etmesi zoruma gidiyordu. Özellikle tuvalet ihtiyacım olduğu zaman birinin yardımıyla gitmek benim için üzüntü kaynağıydı. Niye kendi başıma gidemeyeyim, niye kendi işimi görmeyeyim diye çok üzüldüm. Yani yardım edecek olan kendi eşim de olsa çok üzüldüm. Affedersin bir tuvalet ihtiyacımı yaparken bir başkasının yardım etmesi eşim de olsa zoruma gidiyordu. Başkasına bağımlı olmamak için hastaneden kaçıyordum, yatmaktan kaçıyordum, istemiyordum” (18. görüşmeci).

4.1.2.4. Kabızlık

Hastane odalarının kalabalık olması ve hastaların odada tuvalet gereksinimlerini gidermek durumunda kalmaları onların beslenme biçimlerini değiştirmelerine ve kabızlık problemini yaşamalarına neden olmuştur. Bir hasta,

hareketsiz kalmak zorunda olduğundan, tuvalet gereksinimini yatakta gidermemek için beslenme biçimini değiştirdiğini aşağıdaki şekilde ifade etmiştir:

“...Bacağıma bağladılar kum torbasını. Tabi düzgün dursun, hareket etmesin diye bağladılar. O yüzden ben sağa sola dönemedim. Yemek yemedim tuvalete kalkmayayım diye. Altı gün yemedim yalan yok. Yemem için sulu bir şey verdiler bana o kadar. Zaten ayağa kalkmak yasak. Şimdi ben diğerleri gibi löpür löpür yemek yeseydim tuvalete gitmek için ayağa kalkacaktım. Ama doktor da ayağa kalkmamı yasaklamıştı. Ben de mecburen onun dediklerine uymak için hareket etmedim. Az yemek yiyince de kabız oldum tabi” (16. görüşmeci).

Yatak içinde boşaltım gereksinimini gidermek istemeyen bir hasta, yemek yemediğini, bir hafta boyunca bisküvi yiyerek besin ihtiyacını karşıladığını aşağıdaki gibi ifade etmiştir:

“...Şimdi altıma sürgü veriyorlar. Ben bu işlere hiç alışkın değilim, yapamadım. Yemek yemedim ben bir hafta. Böyle bisküviyle falan geçiştirdim, büyük tuvaletime çıkmamak için” (5. görüşmeci).

Bir başka hasta ise bulunduğu odanın kalabalık olması nedeni ile tuvalet gereksinimini gidermekten çekindiğini aşağıdaki şekilde dile getirmiştir:

“...Tuvaletimi yapamamak bana üç-dört gün çok sıkıntı verdi. Çok üzüldüm, çok ağladım. Yani hem rahatsızlık verdi, hem moral bozukluğu verdi. İnsanların içinde ihtiyacınızı görmek çok üzücü” (12. görüşmeci).

4.1.2.5. Bağımlılık

Hastalar öz bakım aktivitelerinde başkalarına bağımlı olmalarının yanı sıra hareket ederken de başkasının yardımına ihtiyaç duymuşlardır. Aşağıdaki örnek bir hastanın hastanede kaldığı süre içinde havalı yatak kullanılması nedeniyle yatağa uzanabilmek için bile bir başkasının yardımına ihtiyacı olduğunu şu cümlelerle ortaya koymaktadır;

“...Yatağa çıkamıyorsun. Yatağa çıkartacak insan lazım. Bir insan tutacak başından koyacak. Belden, ayaklardan tutup yatağa koyacak. Hani dediğim gibi o yatak bizimkine benzemiyordu. Havalı ya. İnmesi de zor, çıkması da zor. Batıyor şey gibi, çamur gibi batıyor. İşin içerisinden çıkabilirsen çık. Oturabilirsen otur yani. Zor oluyor. İnsan kolundan destek istiyor. İki tane destek olacak ki; buramdan destek, buramdan destek olacak öyle çıkacağım” (19. görüşmeci).

4.1.2.6. Hastane Ortamından Memnuniyetsizlik

Araştırmaya katılan hastaların tamamı hastane personelinden memnuniyetlerini dile getirirken bazıları hastane ortamına ilişkin olumsuz deneyimlere sahip olduklarını belirtmişlerdir. Hastane ortamından memnuniyetsizliklerini dile getiren hastalar başta hastane yemekleri olmak üzere kaldıkları odaların kalabalığından, ve gürültüden rahatsızlık duyduklarını dile getirmişlerdir. TKP ameliyatı geçiren hastalar ortalama 15 gün hastanede yatmışlardır. Bu kadar uzun süre ev ortamından farklı ve kalabalık bir ortamda bulunmak hastalar için rahatsızlık verici olmuştur.

Aşağıdaki örnekler hastaların, hastane ortamına ilişkin düşüncelerini yansıtmaktadır:

“...Ben hastane yemeklerini sevmedim. Hastanede anket yaptılar, bu şikayetimi de yazdım. Yemek, koku ve gürültüyü özellikle yazdım. Hastanenin özellikle yemekleri çok berbat. Sadece kahvaltılarını yedim. Diğer öğünler bana dışardan geldi. O şekilde yemek yedim. Yemekhanenin motorlarının gürültüsü ve kokusu beni çok rahatsız etti. Hastanenin bakımından memnundum ama hastanenin bu yemek kokusu hastaneden çıktıktan sonra bana evimde on gün yemek yedirtmedi” (1. görüşmeci).

“...Servisler dört-beş kişilikti. Bu kadar kalabalık bir ortamda kalmak rahatsız ediciydi tabi. Yaşamınıza ve ortamınıza uygun bir yer olmadığı için ister istemez rahatsızlık duyuyorsunuz. Özel odada kalmayı çok istedim fakat boş oda yoktu. Nihayetinde özel oda boşaldı ve huzura kavuştuk. Özel oda olmasaydı birazcık daha zor günler geçirirdim gibi geliyor bana. Kalabalık odalarda hakikaten bu tip ameliyatlar geçirmek çok zor” (7. görüşmeci).

“...Evin başka çocuğum. Hastaneye benzer mi? Orada dört kişi yatıyordu. Bir hasta orda hırıldar ya da sen orda affedersin istifra edersin. Herkesin farklı farklı sıkıntısı var. Zor oluyor tabii” (19. görüşmeci).

“... İşte hastane ortamı daha bir değişti. Hastaların konuşmaları, gürültüsü. Ama ev ortamı öyle değil. İsteddiğiniz insanı susturabiliyorsunuz veya istediğiniz insanı uyarabiliyorsunuz. İşte ben şuyum buyum diyebiliyorsunuz veya kahkaha atabiliyorsunuz, istediğiniz gibi dinlenebiliyorsunuz, istediğiniz gibi... Hastanede böyle bir imkanınız yok. Herkes birbirine katlanmak zorunda” (10. görüşmeci).

4.1.2.7. Sağlık Personelinden Memnuniyet

Araştırmaya katılan hastaların tamamı sağlık personelinin kendileri ile yakından ilgilendiklerini, sorularına yanıt verdiklerini belirterek, sağlık personelinden memnuniyetlerini dile getirmişlerdir.

Aşağıdaki ifadeler sağlık personelinden memnuniyete ilişkin olarak verilmiştir:

“...Hemşireler olsun, diğer personel olsun bir ihtiyacımız olduğu zaman çağırdık, sağ olsun hepsi geldi, ilgilendiler. Ufak tefek şikayetlerimiz olduysa da bunlar giderildi. Bunun dışında personelden, doktorumdan çok memnun kaldım” (1. görüşmeci).

“...Daha fazla da yatmam gerekiyormuş ama on birinci günde sıhhatime kavuşarak taburcu oldum. Şimdi çok memnunum. Oradaki hemşirelerin hakikaten yakın hizmetlerinden ve diğer personelin hepsinden memnunum. Çok iyi hizmet ettiler. Şu ana kadar daha erken ameliyat olmadığıma pişmanım. Korktuğum gibi değilmiş” (18. görüşmeci).

“...Serum takıyorlardı, hap veriyorlardı işte. Allah’a şükür hani çok pervane oluyorlardı. Üstümüze düşüyorlardı. Hemşireler olsun, doktorlar olsun. Yani tansiyon ölçüyorlar, kan alıyorlar iki günde bir. Artık ne hastalık buluyorlardı bilmem” (19. görüşmeci).

4.1.2.8. Bilgi Eksikliği

Yapılan görüşmelerde hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrasında bilgi eksikliği yaşadığı, ameliyatlarına dair açıklama yapılmadığı, özellikle ameliyat sonrası rehabilitasyon süreci için bilgiye gereksinim duydukları gözlenmiştir. Hastanedeyken daha çok ameliyat ve ameliyatın sonuçlarına dair bilgi eksikliği yaşayan hastaların taburculuk sonrası evde ise kendileri için sakıncalı durumlara dair bilgiye gereksinim duydukları gözlenmiştir. Aşağıdaki örnek bir hastanın ameliyatına ilişkin hastanedeyken deneyimlemiş olduğu bilgi eksikliğini şu şekilde açıklamaktadır:

“...Ya aslında ben gözlerinin içine bakıyorum bir açıklama yapılınsın diye ama bizde yok bu açıklamalar. Ne olacak, nasıl olacak, ne zaman yürüyebileceğim, düzeleceğim diye birisine soruyorum, o doktorunuz cevap verecek; Başkasına soruyorum doktorunuz karar verir, diyor. Yani bir açıklama tam olmuyor. Kızım, ne dedi anne doktor ? diyor. Bir şey demediler, aralarında konuşup gidiyorlar. Sordum, bir şey söylemedi diyorum. Ee sorsana anne diyor. Sordum, ama cevap veren yok ki” (9. görüşmeci).

4.1.2.9. Cerrahi İyileşmede Gecikme

Ameliyat sonrası komplikasyonların önlenmesi, hastanın iyileşme sürecini hızlandıran, hastanede kalış süresini kısaltan ve bu nedenle bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik halini arttıran nedenlerden biridir. Bu çalışmada hastaların 3’ünde ameliyat sonrası dönemde, enfeksiyon ve deri bütünlüğünde bozulmaya bağlı olarak cerrahi iyileşmede gecikme deneyimlenmiştir.

Aşağıdaki örnek ameliyatı sonrası enfeksiyon gelişmesi nedeniyle evine geç taburcu olan bir hastanın yaşamış olduğu sıkıntıları açıklamaktadır:

“...Altı gün o yatak hayvan kesilmiş gibi kan gölüne döndü. Abse yaptı ya. Faşır, faşır kanadı. Doktor günde iki kez gelip pansuman yapıyordu. Yaranın üstüne bastırıp iltihabı çıkarıyordu. Doktor çarşafı kan içinde görünce, “seni ameliyathaneye götüreceğiz, ameliyat etmeyeceğiz, burada aletler yok. Sadece yaranı temizleyeceğiz” dedi. Ameliyathaneye gidince altı tane doktor geldi. Birbirlerine danışıyorlar, o ona danışıyor, o

ona danışıyor. Yıkama, yağlama yaptılar. Koca kovayı doldurdular. Çürüklerimi kestiler, temizlediler yani” (19. görüşmeci).

Aşağıdaki örnek bacağına zarar verebilir korkusuyla yatak içersinde dönmeye bile korkan bir hastada sürekli sırt üstü yatması ve hareketsiz kalması nedeniyle yatak yarasının geliştiğini açıklamaktadır:

“...Dönemedim sağa sola. Sürekli sırt üstü yattım. Her yerim, sırtlarım yara oldu. Abla döndürelim dediklerinde, yok yok diyordum. Bir şey olacak diye korkuyordum. Sırtımdan nasıl yaralar soyuluyor biliyor musun, kıpırdayamıyordum. Ben öylece yatayım istiyordum. Bacağıma zarar veririm diye kalkmaya korkuyordum ” (17. görüşmeci).

4.1.2.10. Taburculuk ve Hastaneden Eve Nakil

Bu çalışmada taburculuğun hastalara karmaşık duygular yaşatan farklı bir deneyim olduğu görülmüştür. Bir çok hasta için taburculuk kararı özlenen-beklenen bir durum olmasına karşın bazı hastalar için endişe yaratan bir durum olmuştur.

Aşağıdaki örnek, taburculuk kararı ile sevinç ve üzüntünün aynı anda yaşanmasına ilişkindir:

“...En sonunda artık ameliyattan dokuz gün sonra doktor; “ seni taburcu ediyorum”, dedi. O an çok sevinmiştim. Ama bir de üzüldüm. Dedim evde bakılmak çok zor, hastanede kolaydı. İlgileniyorlardı, bir şey olduğu zaman . Evde çok zor diye üzülmüştüm. Biranda çok sevinmiştim ama diğer taraftan da üzüldüm. Doktorum gidebilirsin taburcu ediyorum dediği zaman iyileştiğimi anlamıştım. Çok sevinmiştim. Çok mutlu olmuştum. Eve geldim tabi zorluklar başladı” (13. görüşmeci).

Araştırmaya katılan hastalar için hastaneden eve nakil olumsuz bir deneyim olarak hatırlanmaktadır. Hastaların ifadeleri kendilerinin eve uygun olmayan koşullarda taşındıklarını göstermektedir. Hastalar genellikle düşebilecekleri, protezlerinin kayabileceği ya da ağrı duyacakları endişesini yaşamışlardır.

Aşağıdaki örnek, yakınlarının kendisini eve taşıırken, kilosunu nedeni ile endişe yaşayan bir hastaya aittir:

“...Yakınlarım beni arabadan eve taşıyınca kadar çok zorlandık. O kadar ağır ki ayağım sanki on kişiyle kaldırılacak gibi değil” (11. görüşmeci).

Bir başka hasta, taburcu olacağını duyduğu an bu habere sevinememesinin nedenini taşınmasının nasıl gerçekleştirileceği konusundaki belirsizliğe bağlamış ve battaniye ile eve taşınırken yaşamış olduğu korkuyu aşağıdaki gibi ifade etmiştir:

“...Doktorum Pazar günü taburcusun deyince çok heyecanlandım. Bu sefer de beyimle eve nasıl gideceğiz diye düşündük. Nasıl gideriz nasıl yaparız diye düşünürken, bir arkadaş beyime; “Kocaeli belediyesi ambulans veriyor onla götürürsünüz”, demiş. Ambulans çağırdık. Çamaşırlarımızı, eşyalarımızı topladık, çantamızı hazırladık. Bekliyoruz yatağın üstünde. Ambulansın şoförü tangır tungur sedyeye geldi. O anda ben tabi heyecan yaptım. Ay ben bununla mı gideceğim. Tekerlekli sandalyeye koyacaklar, ambulansa öyle gideceğim zannediyordum. “Hayır öyle gidemezsin sedyeye yatacaksın”, dediler. O an yatak arkadaşlarımla bile vedalaşmadan apar topar beni hemen sedyeye koydular ambulansa getirdiler. Tangır tungur ambulans beni daha da çok sarstı. Dış kapıya kadar geldik, “eve nasıl çıkarırız?”, diyorlar şimdi. Tekerleksiz elde taşınan sedyeler de yokmuş. Ambulansta battaniyeye koydular beni. Ama ben bas bas bağıryorum düşüreceksiniz beni diye. Ondan sonra ne kadar da olsa battaniyede her yeriniz sarkıyor. Kalçam orda, kafam burada, bacaklarım orda. Ağırlık aşağıya çekiyor. Kalçam çarpacak bir yere, merdivenlere; gene bir şey olacak diye çok korktum ” (12. görüşmeci).

Aşağıdaki örnekte ise bir hasta, hastaneden eve taşınması sırasında protez takılı olan bacağının yerinden kayabileceği düşüncesiyle aynı acıları yaşamaktan korktuğunu şu şekilde açıklamaktadır:

“...Evin önünde indirdiler beni. Kucakta gelemiyorum. Korkuyorum, bacağım çıkacak ya da acıyacak. Tekrar aynı acıları yaşayacağım diye. Zarar verirler diye korkuyorum. Komşular sandalyeyi getirelim, onu getirelim, bunu getirelim diyorlar, yok korkuyorum diyorum. Bir de çocuk kucağıma alıyım diyor. Kucağına alırsa bacağım tekrar kayacak diye, ondan da korkuyorum. Eve girmem çok zor oldu. Korktum yani, daha da çok kayacak, bir şey olacak diye. Yani arabaya bindik bu sefer de inmesi sorun oldu. Çok acılar yaşadım. Çok sıkıntılar yaşadım. O günleri asla unutmayacağım. Çok zor oldu” (13. görüşmeci)

4.1.3. Taburculuk Sonrası Deneyimler

4.1.3.1. Eve Geri Dönme Deneyimi

Hastalar, taburcu olup evlerine döndükleri anın kendileri için unutulmaz olduğunu ve farklı duygular yaşadıklarını dile getirmişlerdir. Aşağıdaki örnek evine döneceğine dair ümidi olmayan bir hastanın evine girdiği an yaşadığı şaşkınlık ve sevinci gözler önüne sermektedir:

“...Benim evime döneceğime dair hiç ümidim yoktu. Eve gelince o anda yarabbim, çok şükür evime geldim, dedim. Şaşkındım. Ameliyat mı oldum yarabbi, çok şükür, dedim. Ben ameliyat oldum demek ki; şu an evimdeyim diye düşündüm. Sanki hiç ameliyat olmamış gibi hissettim kendimi” (17. görüşmeci).

Bir başka hasta evine duyduğu özlemi aşağıdaki şekilde ifade etmiştir:

“...İlk evin içine adım attığım zaman çok hoş bir şey hissettim. Yani o kadar güzel bir duyguydu ki anlatılır gibi değil. Ben gittiğimden beri kilitli kalan, havasız, derme –çatma gecekondum bana köşk gibi, altından bir sarnıç gibi göründü. Boğuk bir koku vardı içerde ama inanın sanki böyle gül gibi koktu bana. İnsan alışık olduğu ortama, yaşadığı yere geldiğinde çok farklı duygulara kapılıyor” (10. görüşmeci).

4.1.3.2. Ağrı

Hastalarla yapılan görüşmelerin analizi sonucunda hastaların evlerine döndükten sonra genellikle hareket etmekle başlayan ağrı deneyimledikleri belirlenmiştir. Hastaların bir kısmı ise hareketsizlik nedeni ile tüm vücutlarının ağrmasından rahatsızlık duyduklarını dile getirmişlerdir.

Bir hasta, ağrısı nedeni ile hareket etmekte zorlandığını aşağıdaki şekilde ifade etmiştir:

“...Hastaneden eve geldikten sonra bir buçuk ay süresince ayağımın ağrısından oturup kalkmakta zorlandım, hareket etmeye çalışınca bayılacak gibi oluyordum” (9. görüşmeci).

Bir hasta ise; aşırı kilolu olmasından dolayı hareket etmekte zorlandığını ve ağrı hissettiğini aşağıdaki şekilde açıklamıştır:

“...Belim çok ağrıyor, çok. Hep yatıyorum ya sırt üstü. Kilolu olduğum için de, sağa sola dönerken her yerim ağrıyor. Özellikle belim çok ağrıyor. Hep kalkmak istiyorum, dinleneyim istiyorum. Sıkıntım çok yavrurum” (2.görüşmeci).

Bir başka hasta, ağrı ve hareketsizlik nedeni ile yaşadıklarını aşağıdaki şekilde ifade etmiştir:

“...Bazen tabi bacağım rahatsız oluyor. Böyle sinirler mi atıyor bilmiyorum, kasılıyorum. İşte ondan sonra uyuyamıyorum. Sıkıntı veriyor, ağrı yapıyor. Yatak içinde dönemiyorum.” Yat, yat, yat oda bana stres, sinir yapıyor. Devamlı sırt üstü yatmak, istediğin zaman kalkmamak sağına soluna dönememek çok zor. Sırtım, boynum ağrıyor haliyle, yata yata” (12. görüşmeci).

Yapılan görüşmelerde hastaların büyük çoğunluğunun ağrı deneyimlemelerinin onları hareketsizliğe ittiği görülürken, bir hasta ağrılara karşın hareketsiz kalmadığını, doktorun önerdiği egzersizleri yaptığını aşağıdaki gibi açıklamıştır:

“...Bir buçuk aydan sonra hareket etmeye başladım. Doktorun dediklerini yaptım. O ağrıyla her gün evin içinde salonu günde en az yirmi kere bağıra bağıra döndüm. Herhangi bir kireçleme yapmasın, herhangi bir şey olmasın, sakat kalmayayım diye yatağın içinde bile jimnastiklerimi yaptım” (9. görüşmeci).

4.1.3.3. Ev Çevresi İçinde Düzenleme Yapma Gereksinimi

Hastaneden evlerine dönen hastalar için ev ortamının güvenli olmaması bazı değişikliklerin yapılmasını gerektirmiştir. Hastaların çoğunun evinde alafranga tuvaletin olmaması ve banyolarının ayakta düş almalarına olanak sağlamaması bazı sıkıntılar yaşamalarına ve bazen uygun olmayan çözümler üretmelerine neden olmuştur.

Aşağıda, evinde alafranga tuvalet olmaması nedeni ile klozet yaptıracaya kadar sıkıntı yaşayan ve kendi çözümünü üreten bir hastanın ifadesine yer verilmiştir:

“...Ameliyattan çıkınca eve klozet yaptırdık. Eve gidince kendim yaptırdım. Daha önce klozet yoktu evimizde. Klozet yapılmadan önce de plastik sandalyeler var ya onlara oturarak ihtiyacımı giderdim. Plastik sandalyelerin altını deldik, klozet gibi ona oturuyordum. Ondan sonra onu kaldırdık, yapılıncaya alafrangaya oturduk” (4. görüşmeci).

Bir hasta ise; banyosunda duşunu alabilme olanağının olmaması ve gerekli düzenlemenin yapılamamasından dolayı banyo gereksinimini karşılamak için bir otelin banyosundan yararlandıklarını şu şekilde ifade etmiştir:

“...Ayy, küvet yüksekteydi. Basamak var ama mümkün değil. Ağrıdan bacağımı küvete atamadım, eğilemedim. Evde duşumu alamayınca hamama götürdüler beni. Hamam da merdivenliydi. Orası olmayınca X otelinin spor salonunun hamam bölümüne götürdüler çocuklarım. Orda yıkadılar beni. Tekrar eve getirdiler. On beş gün sonra bir daha oraya götürdüler. Tekrar orada duşumu aldım” (9. görüşmeci).

Bir başka hasta evinde alafranga tuvalet olmadığı için, tuvalet gereksinimini ayakta giderdiğini aşağıdaki şekilde açıklamıştır:

“...Ayıptır söylemesi bizim tuvalet öyle yüksek tuvaletlerden değil. Biraz zorlanıyorum. Düzenli oturamıyorum. Soyunamıyorum. Üzerime değmesin diye çekiyorum yukarı öyle. Şimdi eskiye göre biraz daha iyi oturuyorum. O zaman ayakta dikilip te tuvaletimi yapıyordum. Abdestimi alırken de zorlanıyordum ilk zamanlar. Şimdi tuvalete oturuyorum ama zor” (16. görüşmeci).

Maddi durumunun alafranga tuvalet yaptırmaya yetmemesinden dolayı bir hasta üretmiş olduğu çözüm yolunu aşağıdaki gibi ifade etmiştir:

“...Tuvalette zorluk çekiyorum tabi. Alafranga değil bizimkisi normal alaturka tuvalet. Maddi durumum olsa geldiğim gün yaptıracaktım. Bez koyuyorum tuvalete. Dizlerimi namaz

kılar gibi yaslıyorum. O şekilde ihtiyacımı görüyorum. Başka türlü oturamam. Çünkü bacağıma zarar veririm diye korkuyorum” (15. görüşmeci).

4.1.3.4. Korku

Ameliyat olmadan önce ameliyat ve anestezi nedeni ile korku yaşayan hastalar, taburcu olup eve döndükten sonra tekrar ameliyat olmaktan, yatağına bağımlı kalmaktan, protezin yer değiştireceğinden, protezin kırılıp kendilerine zarar vereceğinden, düşmekten, yürürken ağrı hissedeceklerinden korktuklarını ifade etmişlerdir. Hastaların temel endişeleri, düşüp yeniden ameliyat olmak zorunda kalabilecekleri düşüncesi olmuştur.

Bir hasta düşme ve yeniden ameliyat olma ile ilgili korkularını aşağıdaki şekilde ifade etmiştir:

“...İlerisi için bir daha ameliyat olur muyum, ya düşersen, ya yıpratırsam, ya protez yerinden oynarsa gibi korkularım var. Tekrar bu acıları çekme düşüncesi beni korkutuyor” (6. görüşmeci).

Aşağıdaki ifade bir hastanın protez ile ilgili korkularını yansıtmaktadır:

“...Gelecekle ilgili korkularım, acaba bu alet bir şey yaparım da kırılır, mırılır mı? Bana zarar verir mi? Her işimi yapabilecek miyim? diye bunları düşünüyorum. Ya tekrar ameliyat olmam gerekirse diye ondan korkuyorum ” (3. görüşmeci).

Çalışmaya katılan hastalardan 10'unun ameliyat sonrası dönemde ciddi hareket güçlüğü yaşadığı gözlenmiştir. Uzun süreli hareket güçlüğüne yaşanması hastaların felç olma, başkalarına bağımlı olma gibi nedenlerle kendilerine bakılmayacağından endişe duymalarına neden olmuştur.

Bir hasta ameliyat öncesinde ve sonrasında ciddi hareket güçlüğü yaşamaması nedeni ile yatağına bağımlı kalmakla ilgili korkusunu aşağıdaki şekilde ifade etmiştir:

“...Tabi yatağa bağımlı olmak çok büyük sıkıntı veriyor. En iyi zenginlik yürümekmiş. Daha kötürüm kalırım, felç kalırım diye korkuyorum” (2. görüşmeci).

Bir başka hasta ise, yatağa bağımlı kalma ve kendisine kimsenin bakmayacağı korkusunu aşağıdaki şekilde ifade etmiştir:

“...Gelecekle ilgili yatalak hasta olursam diye korkuyorum tabi. Bana bakmazlar diye korkuyorum” (5. görüşmeci).

Ameliyat öncesinde yürürken ağrı deneyimleyen hastalardan birisi ameliyat sonrası doktor yürümesine izin verince ağrı yaşacağına dair korkusunu şu şekilde dile getirmiştir:

“...Tek korkum ikinci kontrole gidince, doktor üstüne basabilirsin deyince yine ağrım olacak mı, yani rahat olacak mıyım, yoksa ağrılarım şimdiki gibi devam edecek mi? Tek düşüncem o. Sağına soluna dönebilirsin diyecek mi?. Bütün bunları merak ediyorum” (12. görüşmeci).

4.1.3.5. Özbakım Eksikliği

Hastalar ile yapılan görüşmelerin analiz edilmesi sonunda hastaların 9’unda taburcu olduktan sonra evdeki yaşamlarında da hareket kısıtlılığı nedeni ile kendilerine bakımda yetersizlik ve başkalarına bağımlı olma nedeni ile çaresizlik yaşadıkları belirlenmişlerdir. Hastalar genellikle beslenme, banyo, giyinme ve tuvalet gereksinimlerini karşılamada yetersiz olduklarını ve başkalarının desteğine gereksinim duyduklarını ifade etmişlerdir.

Aşağıdaki örnekler hastaların öz bakım aktivitelerini yerine getirmede başkalarına bağımlı olmaktan duydukları çaresizliği yansıtmaktadır:

“...Kendi kendime her işimi yapmayı özledim. Kimseye muhtaç olmamayı, kendi ihtiyaçlarını kendin görmeyi özliyorsun. Birine bağımlı olmak çok zor kızım. Şuradan bir bardak suyu bile alamamak. Bir bardak su içeceğim, kalkın bana su verin, acıkınca yemeğinin önüne gelmesini beklemek beni kaldırın, yatırın demek. Bunlar beni çok etkiledi. Birine bağımlı

kalacağımı hiç düşünmemiştim. Benimle ilgilenin, beni indirin, kaldırın demek çok zoruma gitti” (12. görüşmeci).

“...İlk başlarda sürgü kullandım. Annem veriyordu sürgüyü altına. İnsan annesi de olsa üzülüyor, çekiniyor. Yani bir başkasına muhtaçsın. Tabi ki çok zor. Ama çaresizsin” (13. görüşmeci).

4.1.3.6. Rol Performansında Değişme

Araştırmaya katılan hastaların 7’sinin ameliyat öncesinde var olan ve ameliyattan sonra altıncı haftaya kadar devam eden hareket sınırlılığı ve başkalarına bağımlı olmaya bağlı olarak rol performansında değişim yaşadıkları belirlenmiştir. Kadın hastalar, ev ile ilgili işlerini yerine getirememe ve çocukları ile yeterince ilgilenememeye bağlı kendilerine yönelik olumsuz duygular ifade ederken erkek hastalar çalışamama ve baba rolünü etkili yerine getireme nedeniyle olumsuz duygular ifade etmişlerdir.

Aşağıdaki örnekler hastaların ebeveyn rolünü yerine getiremediğini düşünerek yaşadığı sıkıntıyı yansıtmaktadır:

“...Çocuğun hasta olur, doktora götüremezsin. Yatağa bağımlısın . Dışarı çıkamıyorsun ki. Hadi götür bakıyım çocuğu doktora, üç gündür öksürüyor. Bugün bir muayene kaç para, doktora gitsen yazacağı ilaçlar kaç para, sorarım sana? Dün midem ağrıyordu ama doktora gitmedim. Niye gitmedim? Ha yeşil kartım var. Muayene de ücretsiz. Giderdim, ama ben çocuğumu götüremediğim için gitmedim. Çocuğu götüremediğim için ben kendim doktora gitmedim. Bunlar çok büyük acılar. Allah kimseye yaşatmasın” (1. görüşmeci).

“...Oturduğum süre içerisinde çocuklarımla ilgilenemedim. Ama teyzesi, ananesi onların banyolarını yaptırdılar, yemeklerini hazırladılar. Her ihtiyaçlarını, teyzesiyle anneanneleri karşıladı. Elimden gelse kimseye yük olmalarını istemezdim” (6. görüşmeci).

4.1.3.7. Evin Bakımını Sağlamada Yetersizlik

Araştırmaya katılan 5 erkek hastanın 3’ü, çalışma yaşamlarının kesintiye uğraması ve evin gereksinimlerinin kendileri tarafından karşılanamamasına bağlı

olarak olumsuz duygular yaşamışlardır. Aşağıdaki örnekler hareket kısıtlılığı nedeni ile çalışamayan ve evin gereksinimlerini gideremeyen erkek hastaların kendilerine ilişkin algılamalarını yansıtmaktadır:

“...Ben bir aile reisiyim. Yirmi yedi aydır benim evime beş kuruş para gelmiyor. Borç alıyorsun, borç yiyorsun. Borç alıyorsun, borç yiyorsun. Hanımın babası emekli maaşını alır, öylece bize gelir. İyi kötü bize katkıda bulunur. Ama ben kendim hala evime alın terimle evime bir ekmek parası kazanamadığım için şu an büyük eziklik duyuyorum. O ekmeği getirememek var ya, senin getirdiğin o ekmeği eşine, çocuğuna yedirememek var ya... Komşu sana altın tepside kızarmış piliç sunsa bile, senin getirdiğin kuru bir ekmek o evde daha tatlıdır. Çünkü onu sen getirmiştir, evin reisi getirmiştir. O gurur var ya... Ama ben onu getiremiyorum şu an. İçime böyle bir yumruk gibi oturur. Bir ateş topu gibi oturur. Yutamazsın, yutamazsın ya; boğazın düğümlenir kalır. Benim kazandığım bir dilim kuru ekmek, karım ve çocuğum için başkalarının getirdiği kadayıftan daha tatlıdır, anlatabildim mi? Kuru da olsa kendi kazandığın ekmek kadar başkalarınınki tatlı olmaz” (1.görüşmeci).

Bir hasta; mesleği gereği yürümesinin şart olduğunu, rahatsızlığının bacağından kaynaklanması nedeniyle çalışmasına engel olduğunu ve bir başka organın sakatlanmasını tercih ettiğini aşağıdaki şekilde ifade etmiştir:

“...Mesleğim gereği çorap satarak, kalem satarak geçimimi sağlıyorum. Benim çok kazancım olmaz. Otuz tane kalem sattım diyelim, otuz tanenin geliriyle evime dönüyordum. Şimdi ne oldu? ben çalışamayınca eşim çalışıyor. Maddi durumumuz kötü. Hiçbir yerden para gelmiyor. Keşke ayağım kırılacağına kolum kırılıydı. En azından sağlam bacakla işime gidebilirdim. Ayak yürüyebildikten sonra, sağlam olan bir kolla da kendimi hareket ettirebilirdim” (15. görüşmeci).

Yine aynı hasta, kendisinin çalışmadığı bu dönemde eşinin çalışmasından, bir erkek olarak eşinin eline bakmaktan dolayı yaşadığı üzüntüyü şu cümlelerle ifade etmiştir:

“... Eşim çalışıyor ben onun eline mahkumum. Onun eline bakıyorum. Ben onun parasını istemiyorum. O çalışıp ta ben evde yatınca olmuyor yani. Şimdi yalnız o çalışınca kendimi kötü hissediyorum doğal olarak” (15. görüşmeci).

Aşağıdaki örnekte bir bayan hasta temel sorumluluğu olarak gördüğü ev işlerini yerine getirmede yetersizliğe bağlı yaşadığı üzüntüyü dile getirmiştir:

“...Eskisi gibi evimde işlerimi yapmak istiyorum. Evde iş yapmayı özledim. Eksiklikleri, bir yerlerin kirlendiğini görüyorum. Moralim bozuluyor. Evimin işini bile yapamıyorum şimdi. Keşke kalkabilsem de eskisi gibi her işimi kendim yapabilsem” (13. görüşmeci).

4.1.3.8. Eve Bağımlı Olma

Hareket etme bireyin fiziksel ruhsal ve sosyal sağlığı açısından vazgeçilmez bir gereksinimdir. Bu çalışmada hastaların ameliyat sonrası uzun bir dönem yürüyememeleri onları eve bağımlı hale getirmiştir. Hastaların uzun süre eve bağımlı kalmaları kendilerini özgür hissetmemesine ve sosyal ilişkilerinin bozulmasına neden olmuştur. Aşağıdaki örnekler bu durumu açıklamaktadır:

“...Tabi ne demek insan göremiyorsun. Bir şey göremiyorsun devamlı böyle yatakta kötü oluyor, nasıl kötü olmam. En iyi zenginlik yürümek” (2. görüşmeci).

“...Kendini açık cezaevinde hissediyorsun. İyi bir yanı var ki; açık ceza evinde de olsan eşin ve çocuğun yanında. O bir nebze olsun insanı rahatlatıyor. Ama evde bağlı kalmak, o ayrı bir karamsarlık veriyor insana. Bir o camdan bakıyorsun on dakika, bir öbür camdan. Bir saat, yarım saat oturuyorsun. Sıkılıyorsun. Evde esirsin. Açık cezaevi dedim ya ” (1. görüşmeci).

“...En yakınında bir cemiyet oluyor veyahut ta bir komşun ölüyor. Hiçbir cemiyete gidemiyorsun. Niye, evine bağımlısın. Şurada iki cemiyete de camdan baktım. İkisine de katılamadım. Ölüm de, düğün de insanla olur. Gitmek gerekir ama ne yapalım?” (1. görüşmeci).

4.1.3.9. Yalnızlık

Yalnızlık hastaların daha çok yürüyemediği, yatağa bağımlı oldukları dönemde deneyimledikleri bir durum olarak saptanmıştır. Hastaların büyük çoğunluğu rahatsızlıkları süresince aileleri ile beraber oldukları, ihtiyaçları yakınları

tarafından karşılandığı için yalnızlık deneyimlememişlerdir. Yaşlı olan hastaların çocuklar ve eşleri ile, ebeveyn olan hastaların ise; anne, eş ve çocukların desteği ile rahatsızlıklarının üstesinden geldikleri belirlenmiştir. Yalnızlığı deneyimleyen hastalardan birisi eve döndüğünde ona yardımcı olacak bir yakının bulunmadığından ve yalnızlığından dolayı üzüntü duyduğunu:

“...Kimse yok arkamdan koşacak, benimle ilgilenecek. Oğlum var ama herkesin bir evi ailesi var. Benle uğraşacak vakti zaten yok. Bütün gün işe gidiyor. Bir tane de torunum var ama o da çalışıyor. Onun da evi barkı var. O nasıl bakacak? Yalnız kaldım. Yalnızlığıma üzüldüyorum. Başka sorunlarımı düşünmüyorum bile. Onları hiç düşünmüyorum. Yalnızlık biraz zor geliyor” (20. görüşmeci).

şeklinde belirtirken, bir diğer hasta evde yalnız kalmaktan dolayı canının sıkıldığını, yalnız kalınca da devamlı kendisine sorular yönelttiğini, eskisi gibi rahatlıkla dışarı çıkmayı özlediğini, yalnızlığın kendisini olumsuz etkilediğini şöyle ifade etmiştir:

“...Geldikten bir iki gün sonra boynumu büktüm yine evde. Yalnız kaldım, diye üzüldüm. Ne bileyim ben. Yalnız kalınca da bocaladım böyle, acaba kalkabilecek miyim, yapabilecek miyim? Diye hep içim içimi yedi. Kendimi sorguladım devamlı. Bu beni zamanla daha da kötü etkiledi. Hiç bir şey yapmak içimden gelmiyordu. Yalnız kaldığım zaman çok sıkılıyorum, aşırı derecede bunalıyorum. Çünkü yalnızlığı pek seven insan değildim. Yalnız kaldığım zaman bile oraya buraya atardım kendimi. Bu durumum beni çok etkiliyor, çok etkilendim. Daha doğrusu ben kendi hastalığımı o şekilde kapatmaya çalışıyordum. Canım sıkıldı, bir şeye çok üzüldüm, hüzünlendim, hemen kapıyı kapatır, dışarı çıkar giderdim. O şekil kendimi rahatlatıyordum. Eve döndükten sonra tekrar o yarım kalan işimden devam ediyordum, çok rahatlıkla. Şimdi çok içime kapandım. Moralim çok bozuluyor. Hiçbir şeyde hevesim kalmadı. Çok özledim eski günlerimi ” (17. görüşmeci).

4.1.3.10. Ümit ve Ümitsizlik

Ameliyat olan her hasta gibi TKP ameliyatı geçiren hastalar da ameliyatları sonrası iyileşip iyileşmeyeceklerine dair endişe duymaktadırlar. En önemli korkuları iyileşememek, tekrar ameliyat olmak zorunda olmak, ağrı ve protezin yerinden kayması olan hastaların tüm bu olumsuzluklara karşın umutlarını kaybetmedikleri

gözlenmiştir. En kötü durumdan bile güzel bir şeyler çıkarabilmeyi başarabilen hastaların büyük çoğunluğu görüşmeleri esnasında geleceğe dair ümit deneyimlerini ifade ederken; iki hasta bu deneyimlerine ilişkin düşüncelerini aşağıdaki gibi belirtmişlerdir:

“...Ameliyatı olduktan sonra, eksik de olsa sağlığıma kavuşacağıma inandım. Çünkü doktorumun yaklaşımı çok iyiydi. Gerçekten bana umut ve ümit verdi. Şu an da iyileşeceğime inanıyorum. Belki yüzde yüz eski sağlığıma kavuşamayacağım ama iyi olacağıma inanıyorum. Her şeye rağmen yaşamak çok güzel. Sakat da kalsam, bağımlı da kalsam Allah’a çok şükür yatalak değilim. Kalkabiliyorum. İnşallah daha da iyi yürüyebileceğim. Hayat güzel, yaşamak güzel” (1. görüşmeci).

“...Kendimi umutsuz hiç hissetmedim. Yani hep iyileşeceğime inanıyordum. Bir gün düzeleceğime inanıyordum. O yüzden hiç moralimi bozmadım. Kendi kendime teselli verdim, umudumu hiçbir zaman yitirmedim” (13. görüşmeci).

Yukarıdaki iki hastanın aksine aşağıdaki örnekteki iki hasta ise; ameliyat sonrası dönemi daha zor geçirmiş ve umutsuzluğa kapılmışlardır. Hastalardan birisi ameliyat olmasından dolayı pişmanlık duygusunu yaşarken hiç bir şeyin eskisi gibi olamayacağını düşünüp kendisini üzmekteyken diğer hasta kendisine yardımcı olacak kimsesinin olmamasından dolayı iyileşmesine dair deneyimlemiş olduğu ümitsizliğini aşağıdaki gibi açıklamıştır:

“...Bir an böyle derin derin düşünüyorum. Mümkün değil bana öyle diyorlar ama diyorum ben kalkamayacağım. Eskisi gibi yürüyemeyeceğim. Pişmanlık duyuyorum ameliyat oldum diye. En azından diyorum, her işimi yapabiliyordum. Bahçe işimi yapabiliyordum. Keşke olmasaydım diyorum işte. Söyleniyorum keşke olmasaydım diye. Şimdi her zaman diyeceğim ki, bunu yapamayacağım, şunu yapamayacağım. O şekilde, ona çok üzülüyorum. Ben niye oldum. Ne güzel geziyordum. Ne güzel yürüyordum. Niye oldum ameliyat. Yani diyemiyorum ki, benim zamanım gelmiş, ameliyat olmam gerekiyormuş. Onu uygun görmüşler. Ameliyat olmamı da, ameliyat yapmışlar diyemiyorum. Keşke olmasaydım, niye oldum ki. Yani keşke, keşke, keşke... sürekli beynimde keşke. Buda insanı rahatsız ediyor tabii. Keşke olmasaydım, keşke olmasaydım” (17. görüşmeci).

“...Biraz eski hayatımı arıyorum. Kendi başıma bağımsızdım. Her işimi yapıyordum, geziyordum, tozuyordum. Evimi çekip çeviriyordum. Şimdi tek başıma birşey yapamayacağım ki. Tuvaletimi yapamayacağım. Onları düşünüyorum. Eski günlerim aklıma geliyor. Acaba düzelebilecek miyim. İmkansız düzelemem. Başka ne düşünebilirim ki. Hastalığımı düşünüyorum, yürüyebilecek miyim?. Şu asalaklıktan bir kurtulsam diyorum. Ama o imkansız bu defa. Ayak tutmadıktan sonra” (20. görüşmeci).

4.1.3.11. Özlemler

Ameliyatları sonrasında yatağa bağımlı kalan ve hareket etmekte zorlanan hastalar ev işi, yürüyüş ve alış - veriş gibi aktivitelerinde eskisi gibi yeterli olamamaları nedeniyle özlemlerini sık sık dile getirmişlerdir. Özellikle ev işlerinin yapılmasından kendilerini sorumlu tutan bayan hastalar çoğu zaman yaparken şikayetçi oldukları bulaşık yıkama, temizlik yapma, toz alma, yemek yapma gibi günlük ev işlerini yapmayı bile özlediklerini aşağıdaki gibi ifade etmişlerdir:

“...Ev içinde şöyle kıpırdana, kıpırdana geziyim, kendi yemeğimi kendim yapıyım, kendim yıkıyorum. Eskiden akşam çabuk oluyordu, şimdi olmuyor. Geceyi nasıl geçireceğim diye düşünüyorum. Gece hiç uykum yok. Akşama kadar ne kadar da yatmasam da gece uyuyamıyorum. Özlüyorum eski günlerimi. O zaman bunalım geliyor. Kalkayım yürüyeyim istiyorum, sıkıntı geliyor içime” (2. görüşmeci).

“...Her şeyi özledim ben. Bir dışarı çıkabilsem, bir hava alsam, gezsem. Özledim, kendi evimin işini görmeyi özledim. Düşün yani bir bulaşık yıkamayı, bir evi düzeltmeyi, bir toz almayı özlüyorsun, kendi evinin işini görmeyi özlüyorsun. Bir işini yapamıyorsun yani” (12. görüşmeci).

“...Gezip tozمامı, kendi elimle kendi işimi yapmamı, bahçeye gidip bahçede ekmeyi, biçmeyi özledim. İnsan hevesleniyor tabi, toprak kokusunu özlüyorsun. Hepsinden mahrumum şimdi. İnşallah köye gidebilirim diyorum. Memleketimi geziyim, tozuyum istiyorum” (3. görüşmeci).

Ev hanımlarının büyük bir çoğunluğu ev işlerini yapmayı özlediklerini dile getirirken; bir hasta en çok günlük yaşam aktivitelerinden birisi olan alış-veriş yapmayı özlediğini aşağıdaki gibi açıklamıştır:

“...Çocuklarıma diyorum ki; en çok neyi özledim biliyor musunuz? Migros’a gidip de alışveriş yapmayı. Tam yedi aydır alışveriş yapamıyorum. Anne biz seni götürürüz istediğini al diyorlar. Kendi evimde olsam Migros yakın sıkıldıkça gidiyordum. Burada hem uzak, hem de kimseyi zor durumda bırakmak istemiyorum” (9. görüşmeci).

Sağlıklı olan pek çok insan yürümenin hayatımızı devam ettirmekte ne kadar önemli bir aktivite olduğunun farkına varmazken TKP ameliyatı olan hastalar için yürüyebilmek en önemli aktivitedir. Yürüyemedikleri için kendilerini bir çok alanda yetersiz hisseden hastalar bunun normal bir süreç olduğunun farkında olmalarına karşın ilerisi için yürüyememe korkusu deneyimlemişlerdir. Gezmeyi çok seven bir hastanın yürümeye dair deneyimlemiş olduğu özlemini aşağıdaki örnek şu şekilde açıklamaktadır:

“...En çok yürümeyi özledim. Bir ayağa kalkayım iki gün yürüyeceğim herhalde. Çok özledim yürümeyi. Yani çok üzülüyorum. Çok zor yürüyememek” (13. görüşmeci).

Pek çok ev hanımı gibi bulaşık, yemek, alış- veriş gibi ev işlerinden yakınan bir hasta eskisinin aksine şimdi bu işleri yapmayı, bir taraftan bankaya yetişmesi gerekirken, diğer taraftan çocuğunun okuluna gidip onun durumunu sormayı özlediğini aşağıdaki cümleleriyle açıklamıştır:

“...Önceden yakındığım şeyler vardı mesela bulaşık yıkamak gibi, yemek yapmak gibi, pazara gitmek gibi. Hele bir arabaya binip de bir yere gitmek gibi yakıncalarım vardı. Şu kadınlar ne kadar rahat derdim eşim gündüz çalıştığı için her şeye ben koşturuyordum. Neden böyle Allah’ım derdim şu kadınlar gibi olsam, bunlar gibi davransam, bunlar gibi rahat olsam diye düşünüyordum. Ama inanır mısınız alıştığınız bir yaşayış şekliniz olduğunuz zaman özliyorsunuz. Yemek yapmayı özliyorsunuz, bir arabaya binip de bir yere gitmeyi özliyorsunuz. Gezmek, hava almak, değişik bir yer görmek, belki de insan görmeyi özliyorsunuz. Çok şey özledim mesela. Alışık olduğum bir koşuşturma vardı benim. Yani her şeyde ben olayım onu özledim. O koşuşturmayı, hızlı hızlı bir bankaya yetişmeyi, çocuğun

okuluna gidip te durumunu sormayı özledim. Çocuğum okula başladığı günden bu yana ben öğretmeniyile telefonda görüşüyorum. Ama öyle bir anneydim ki; öyle bir zamanım vardı ki... Haftada bir gün gider baştan ayağa her şekliyle, davranışıyla, her şeyiyle soruşturuyordum. Onu özledim. Onunla ilgilenmeyi özledim. Onunla birlikte onu kucaklayıp bir yerlere gitmeyi özledim” (10. görüşmeci).

4.1.3.12. Mutluluk

Ağrı ve yürüyememe gibi şikayetleri neticesinde ameliyat olan hastaların ağrıların azalması ve eskisinden daha iyi yürüyebilmeleri nedeniyle kabul ettikleri ameliyatlarının sonuçlarından memnun oldukları belirlenmiştir. Son yıllarda ağrı şikayetinin artması üzerine TKP ameliyatı olan bir hasta ameliyatı sonrası deneyimlemiş olduğu mutluluğu anlatırken; kendisi ile aynı rahatsızlığı paylaşan insanların da ameliyat olup kendisi gibi mutlu olabilmeleri için elinden geleni yapacağını aşağıdaki gibi açıklarken şu cümleleri kullanmıştır:

“...Her şey gayet iyi gidiyor. Kendimi çok huzurlu, mutlu hissediyorum. Yani yeniden dünyaya gelmiş gibiyim. Hakikaten yani bunu doğru, samimi söylüyorum. Mübalağa olsun diye söylemiyorum. Yeniden dünyaya gelmiş gibiyim. Huzurum yerinde, mutluym. Her şey dört dörtlük, yani gayet iyi gidiyor. Ameliyat olduktan sonra kendi kendime bir karar aldım. Ayağında problem olan birisini sokakta görürsem tutup kolundan doktora kendim ameliyat ettireceğim. Eğer kendi durumu müsait değilse ilk muayene parasını, film parasını ben vereceğim ve ameliyat olmasına vesile olacağım. Muayene ettirip hastaneye yatıracağım. Sonra da; sağlık karnesi yoksa bir şekilde yeşil kart çıkartılır ya da sağlık karnesi varsa ne yapılması gerekiyorsa ben kendim yaptırıp o ameliyatı yaptıracam. Ameliyata ihtiyacı olduğunu bildiğim kimi yakalarsam elimden gelen yardımı yapacağım. Ben çok mutluym, onlar da bu mutluluğu yaşasınlar” (8. görüşmeci).

Aşağıdaki örnek ise, yürümeyi yeni öğrenen bir çocuk gibi kendilerinin de yürümeyi yeniden öğrendiklerini, her adım attıklarında mutlu olduklarını, eskiden adım atmayı bile önemsemezken şimdi adım atmak, yürümek kadar güzel bir şeyin olmadığını anlayan bir hastanın ameliyatı sonrası deneyimlemiş olduğu mutluluğu açıkça ortaya koymaktadır

“...Yeniden dünyaya bağlanmak çok güzel. Yeniden hayata bağlanmak çok güzel. Yeniden yürümeyi öğrenmek, yeniden emeklemeyi, emeklemeden adım atmayı. Önceden ben adım atmayı şey yapmazdım, önemsemezdim. Ama inanır mısınız bu ameliyattan sonra adım atmak benim için her adımda bir sevinç, bir güç, bir mutluluk, yeni bir hareket yapmış gibi. Nasıl ki yeni doğmuş bir çocuk kalkar, kalkmaya çalışır, güler oturur ya da düşer, güler, konuşmaya başlar. Yani küçük bir çocuğun yaşadıklarını otuz altı yıldan sonra yaşamak çok güzel, çok güzel. Adım atmak kadar güzel, yürümek kadar güzel bir şey yokmuş diye düşünüyorum” (10. görüşmeci)

5. TARTIŞMA

Literatürde TKP ameliyatının sıklıkla 60 yaş ve üzerindeki hastalarda çoğunlukla osteoartrit ve romatoid artrit nedeni ile, 30 yaş üzerindeki hastalarda ise DKÇ nedeni ile yapıldığı bildirilmektedir (Ethgen et al. 2004). Bu çalışmada düşmeye bağlı kırık nedeniyle 9 hastada, DKÇ nedeniyle 6 hastada, koksartroz nedeniyle 5 hastada TKP ameliyatı gerçekleştirilmiştir.

Düşme sonucu kırık gelişen hastaların yaş ortalamasının 56, 35 olduğu ve 15'inin kadın olduğu görülmüştür. Kadınlarda menopoz sonrası dönemde östrojen hormonunun azalması, kemik yıkımını arttırarak osteoporoz gelişmesine ve kemiklerin daha kolay kırılır hale gelmesine neden olmaktadır.

Katılımcıların çoğunlukla evli olduğu (13 kişi), aileleri ile birlikte apartman dairesinde yaşadıkları (14), ilkokul mezunu oldukları (9) ve sosyal güvencelerinin olduğu (20) belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun başka bir sağlık probleminin olmadığı (15 kişi) belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun ameliyatlarına ilişkin bilgi almadıkları (15) ve ameliyat öncesi dönemde sağlık problemleri ile ilgili olarak her hangi bir tedavinin uygulanmadığı belirlenmiştir.

5.1. Hastaların Deneyimlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışma TKP ameliyatı uygulanan hastaların ameliyat öncesi dönemde, hastanedeyken ve taburculuk sonrası genellikle olumsuz yaşam deneyimlerine sahip olduğunu göstermiştir. Her bir döneme ilişkin deneyimler aşağıda ayrı ayrı tartışılmıştır.

5.1.1. Hastane Öncesi Deneyimler

Araştırmada elde edilen verilerin analiz edilmesi sonucunda hastaların, hastane öncesi deneyimlerinin; ağrı, korku-anksiyete, karar vermede zorlanma,

yaralanma deneyimi ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlük olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan toplam 20 hastanın 9'unda düşmeye bağlı gelişen kırık nedeni ile TKP ameliyatı uygulanmıştır. Bu hastaların tamamı *yaralanma deneyimini* hatırlamışlardır. Hastalar düşme sırasında yalnız olduklarını, düşme sonrasında ağrı hissettiklerini ve hastaneye nakillerinin uygunsuz pozisyonlarda gerçekleştirildiğini dile getirmişlerdir. Santy ve Mackintosh'un çalışmasında da hastaların yaralanma anını, hastaneye nakilleri sırasında yaşadıklarını çok iyi hatırladıkları ve yaralanma anını korkunç bir deneyim olarak tanımladıkları belirlenmiştir (Santy and Mackintosh, 2001).

Düşme sonucu kırık gelişen hastaların yaş ortalamasının 59,3 olduğu ve 4'ünün kadın olduğu görülmüştür. Kadınlarda menapoz sonrasında kırıklar yaygın olarak görülmektedir. Menapoz ile birlikte östrojen hormonunun azalması kemik yıkımını artırarak osteoporoz gelişmesine neden olmaktadır.

Araştırmaya katılan tüm hastaların, hastaneye yatmadan önce, *ağrı* deneyimledikleri belirlenmiştir. Ameliyat öncesi dönemde hastalarda ağrıya ve bir anlamda TKP ameliyatına yol açan temel problemler, kırık, koksartroz ve DKÇ'dir. Akut bir durum olan kırık nedeni ile TKP uygulanan bireyler ameliyat öncesi dönemde ağrıyı daha kısa süre deneyimlerken, koksartroz ve DKÇ nedeni ile TKP uygulanan bireyler oldukça uzun süre ağrı deneyimlemişlerdir. Uzun süreden beri ağrı deneyimleyen bazı hastalar kendilerini gece uykudan uyandıracak şekilde ağrı deneyimlediklerini ifade etmişlerdir. Stomberg ve Oman, hastaların sıklıkla ameliyat olmadan önce uzun bir süre beklediklerini ve bu dönemde ağrının şiddetinin uyku bozukluklarına yol açabilecek kadar artabileceğini belirtmektedir (Stomberg and Oman, 2006b).

Hastane öncesi dönemde hastaların çoğunluğu, *anksiyete ve korku* deneyimlemişlerdir. Hastalar genellikle, ameliyattan, ameliyat sonrası iyileşmemekten, başkalarına bağımlı olmaktan, ameliyata bağlı istenmeyen durumların (enfeksiyon, amputasyon, protez ile ilgili endişeler vb) gelişmesinden

korktuklarını dile getirmişlerdir. Tüm bu durumlar hastalara ameliyat öncesi dönemde yeterli bilgi verilmediğini ortaya koymaktadır. Araştırmaya katılan 20 hastadan 15'i ameliyatı ile ilgili bilgi almadığını belirtmiştir. Genellikle hastaların aynı ameliyatı olmuş kişilerin deneyimlerinden bilgi elde etmeye çalıştıkları görülmüştür. Ancak aldıkları bilgilerin çelişkili olması, mevcut sorularına aydınlatıcı yanıt alamamaları, hastaların aynı zamanda ameliyat **kararı vermekte zorlanmalarına** neden olmuştur. Fielden ve ark. TKP ameliyatı olan bireyler üzerinde yaptığı çalışmada, hastaların daha önce aynı ameliyatı olmuş kişilerin iyileşme süreçlerinde yaşamış oldukları olumlu deneyimlerin, hastaların karar vermesinde etkili olduğunu belirlemiştir (Fielden et al. 2003a).

Giraudet-le ve arkadaşları, TKP ameliyatı öncesi sözel eğitim alan hastaların, ameliyat öncesi dönemde önemli derecede daha az anksiyete deneyimlediklerini ve daha kısa sürede ayağa kalkabildiklerini belirlemiştir. Ancak, ameliyat sonrası, daha düşük anksiyete puanlarına eğilim istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Giraudet-le et al. 2003).

Araştırmaya katılan hastaların ameliyat öncesi deneyimlerinden biri de hareket kısıtlılığına bağlı olarak **günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlük** tür. Hastalar hareket fonksiyonundaki sınırlılık nedeni ile günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte zorlandıklarını ve desteğe gereksinim duyduklarını ifade etmişlerdir. Hastaların kalça eklemi ile ilgili mevcut sağlık sorunlarının ağrı ve hareket kısıtlılığına neden olması kaçınılmazdır.

5.1.2. Ameliyat ve Ameliyat Sonrası Hastane Deneyimleri

Hastaların ameliyat ve ameliyat sonrası hastane deneyimleri ile ilgili temalar; anestezi ve ayılma, ağrı, hastane ortamından memnuniyetsizlik, sağlık personelinin memnuniyet, özbakım eksikliği, kabızlık, bağımlılık, bilgi eksikliği, cerrahi iyileşmede gecikme, taburculuk ve hastaneden eve nakil olarak belirlenmiştir.

Ameliyat ve anestezi insan yaşamında yer alan önemli deneyimlerdir. Araştırmaya katılan hastalardan 2'si *anestezi* ve 7'si *ayılma* deneyimlerini dile getirmişlerdir. *Anestezi* deneyimini ifade eden hastalar genellikle korktuklarını ve sağlık personelinin kendilerine cesaret vermeye çalıştıklarını hatırlamışlardır. *Ayılma* deneyimini ifade eden hastalar; ayılma anında sevinç, şaşkınlık ve ağrı yaşadıklarını dile getirmişlerdir. Ayılma anında ağrısı olmayan hastalar ise ameliyatlarının bitmiş olmasından dolayı mutlu olduklarını belirtmişlerdir. Mahomed ve arkadaşlarının TKP ameliyatı sonrasında hastaların bilgi gereksinimlerini belirlemek için yaptıkları çalışmada, hastalar, anestezinin yaşamlarında çok önemli bir deneyim olduğunu vurgulamışlardır (Mahomed et al., 2005).

Her ameliyat sonrasında olduğu gibi TKP ameliyatından sonra da hastaların ağrı deneyimlemeleri beklenen bir durumdur. Son on yılda ağrı yönetimine ilişkin gelişmelere rağmen ameliyat sonrası orta dereceden ciddi dereceye varan ağrı yaşanmaktadır (Dolin et al. 2002, Mitchell 2004). Cerrahi servislerde yetersiz ağrı kontrolünün, yaygın bir problem olarak görüldüğü belirtilmektedir (Stomberg et al 2003a). Araştırmaya katılan hastaların ameliyat sonrası dönemde, ayılma ile başlayan, hareket ile artan ve ağrı kesici kullanma gereksinimi arttıran *ağrı* deneyimledikleri belirlenmiştir. Stomberg ve Oman, TKP ameliyatı olan hastaların en şiddetli ağrıyı ameliyat sonrası birinci günde yaşadıklarını üçüncü günde azaldığını belirlemiştir (Stomberg and Oman 2006b). Aynı çalışmada, hastalar, kendilerine bakım verilirken hareket nedeni ile ağrıların arttığını ifade etmişlerdir.

Ameliyat öncesi eğitimin ameliyat sonrası ağrı, anksiyete, iyileşme gibi hasta sonuçları üzerindeki etkisi ile ilgili olarak uzun süreden beri çeşitli çalışmalar yapılmaktadır. Bu çalışmaların meta analizi ile bilgi bazı oluşturmak için yapılan çalışmalar içinde McDonald ve ark. tarafından yapılan gözden geçirme çalışması özellikle kalça ve diz protezi uygulanacak bireylerin, ameliyat öncesi eğitimine odaklanmıştır. Bu çalışma, ameliyat öncesi eğitimin, ameliyat sonrası anksiyeteyi azaltma üzerinde orta derecede etkili olduğuna ilişkin kanıtların olduğunu; ancak, ameliyat sonrası ağrı düzeyleri, fonksiyon görme ve hastanede kalış süresi üzerindeki etkisine ilişkin yeterli kanıt olmadığını göstermiştir (McDonald et al.

2004). Bir başka çalışma ameliyat öncesi verilen spesifik bilginin total diz replasmanı sonrasında daha iyi ağrı kontrolü sağladığını göstermiştir (Sjoling et al. 2003).

Hastalar, hareket fonksiyonun kaybına bağlı olarak ameliyat öncesi dönemde olduğu gibi ameliyat sonrası dönemde hastanede kaldıkları süre içinde de sıkıntılar yaşamışlardır. Hastalar hareket kısıtlılığı nedeni ile **öz bakım eksikliği, başkalarına bağımlı olma ve kabızlık** deneyimlediklerini dile getirmişlerdir.

Araştırmaya katılan hastalar hastanede kaldıkları süre içinde özellikle tuvalet ve banyo gibi öz bakım aktivitelerinin giderilmesinde güçlük yaşadıklarını ve başkalarına bağımlı olmaktan rahatsızlık duyduklarını belirtmişlerdir. Çalışmalar, hastaların en fazla banyo, giyinme ve tuvalet gereksinimlerini gidermede zorlandıklarını ve başkalarına bağımlı olma duygusunu yaşadıklarını göstermektedir (Cree et al. 2001, Archibald 2003). Araştırmaya katılan hastalar hareket kısıtlılığına bağlı olarak tuvalet gereksinimini yatakta gidermek durumunda kalmışlardır. Hastalar, aynı odada kalan hasta sayısının fazla olması nedeni ile yatakta bu gereksinimlerini gidermek istememiş ve bu durum onların beslenme biçimlerini değiştirmelerine ve **kabızlık** problemini yaşamalarına neden olmuştur.

Hastaların günlük yaşam aktivitelerini kendi başlarına sürdürememeleri, onlarda yetersizlik ve başkalarına **bağımlı olma** duygusunun yaşanmasına neden olmuştur. Bu nedenle hastalara günlük yaşam aktivitelerini gidermede gerekli desteğin sağlanması önem kazanmaktadır. Ancak Ülkemizde özellikle devlet hastanelerinde hemşirelerin yoğun olması bu desteğin hastaların yakınları tarafından karşılanması sonucunu doğurmakta ve bu durum hasta sağlığı açısından risk oluşturmaktadır.

Hasta memnuniyeti, hastaya sunulan tedavi ve bakım hizmetlerinin değerlendirilmesinde, önemli bir unsurdur. Araştırmaya katılan hastaların tamamı hastane personelinden memnuniyetlerini dile getirirken, bazıları hastane ortamına ilişkin olumsuz deneyimlere sahip olduklarını belirtmişlerdir. **Hastane ortamından**

memnuniyetsizliklerini dile getiren hastalar, başta hastane yemekleri olmak üzere kaldıkları odaların kalabalığından ve gürültüden rahatsızlık duyduklarını ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan hastaların tamamı sağlık personelinin kendileri ile yakından ilgilendiklerini, sorularına yanıt verdiklerini belirterek, *sağlık personelinin memnuniyetlerini* dile getirmişlerdir. Ancak ameliyat sonrası komplikasyon gelişen 3 hastanın sağlık personelinin herhangi bir memnuniyetsizlik dile getirmemeleri bize hastaların hastaneden aldıkları bakıma ilişkin beklentilerinin düşük olduğunu göstermektedir. Kralik ve arkadaşlarının hastaların kendilerine sunulan hemşirelik bakımını nasıl algıladıklarının belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmada, hastalar; neşeli, hastaların ne istediğini bilen, her zaman ulaşılabilir, samimi, sıcak, soru soran ve yönlendiren hemşirelerden memnuniyetlerini dile getirmişlerdir (Kralik et al., 1996).

Ameliyat olacak hastalar, cerrahi sürecin her aşamasında bilgiye gereksinim duyarlar. Yapılan görüşmelerde hastalar doğrudan bilgiye gereksinim duyduklarını ifade etmeseler de hastaların cerrahi sürecin her aşamasında bilgiye gereksinim duydukları gözlenmiştir. Hastalar hastanede kaldıkları süre içinde, daha çok ameliyat ve ameliyatın sonuçlarına dair *bilgi eksikliği* yaşamışlardır. Hastaların taburculuk sonrası evde ise kendileri için sakıncalı durumlara dair bilgiye gereksinim duydukları gözlenmiştir. Bu durum hastaların hastaneye kabulüyle taburculuğun planlanmasını ve sonrasında eve yönelik olarak devamlılığının gerekliliğini ortaya koymaktadır. Kendileri için sakıncalı durumların neler olduğunu bilmeyen ve uyması gereken kurallara dikkat etmeyen hastalar daha sonra protezin yerinden oynaması ve enfeksiyon gibi nedenlerle ikinci bir ameliyat olmak zorunda kalmaktadırlar. Johansson'un kalça artroplastisi sonrası hastaların öğrenme gereksinimlerini araştırdığı çalışmasında ise; hastaların, evde kendi bakımlarını nasıl yönetebilecekleri, komplikasyonlar, ilaçlar, hangi egzersizleri yapmaları gerektiği, tedavi ve evde günlük yaşam aktivitelerini sürdürme ile ilgili konularda bilgiye gereksinim duydukları belirlenmiştir (Johansson et al., 2001).

Ameliyat sonrası komplikasyonların önlenmesi, hastanın iyileşme sürecini hızlandıran, hastanede kalış süresini kısaltan ve bu nedenle bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik halini arttıran nedenlerden birisidir. Bu çalışmada 3 hasta ameliyat sonrası dönemde, enfeksiyon ve deri bütünlüğünde bozulmaya bağlı olarak **cerrahi iyileşmede gecikme** deneyimlemişlerdir. Hastalardan birisi hareketsiz kalması gerektiğini düşünmesi nedeniyle yatak içersinde yeterince hareket etmemiştir. Bu durum hastaların ameliyatları ve ameliyat sonrası bakıma ilişkin bilgiye gereksinim duydukları bulgusunu desteklemektedir. Fielden ve ark.'nın TKP'yi takiben hasta memnuniyetini araştırdığı çalışmasında, 33 hastadan 2'si pulmoner emboli ve DVT gibi komplikasyonlar deneyimlemişlerdir. Fielden ve ark.'nın çalışmasındaki bulgular bizim çalışmamızla farklılık göstermektedir (Fielden et al. 2003a). Knutsson'un çalışmasında ise, 47 hastanın 26'sında ameliyat sonrası ödem ve tromboz gibi komplikasyonlar deneyimlenmiştir. Bir hastada pulmoner emboli gelişirken, bir hastanın kalçasında bizim çalışmamızla benzer olarak enfeksiyon gelişmiştir (Knutsson, 1999).

Hastanede yatan bireyler için **taburculuk** önemli bir deneyimdir. Bu çalışmada taburculuğun hastalara karmaşık duygular yaşatan farklı bir deneyim olduğu görülmüştür. Bir çok hasta için taburculuk kararı özlenen-beklenen bir durum olmasına karşın bazı hastalar için endişe yaratan bir durum olmuştur. Hastanede sağlık personelinin gözetiminde olan hastalar taburculuk kararı ile evde nasıl bakılacaklarını düşünerek anksiyete yaşamışlardır. Hastalar, bir yandan taburcu olup evlerine dönecekleri için sevinirken, diğer yandan evde zorluklar yaşayacaklarını düşünerek üzüntü yaşamışlardır. Bu durum yeterli hazırlık yapılmadan hastaların taburcu olduğunu ve taburculuk eğitiminin yetersizliğini yansıtmaktadır.

Araştırmaya katılan hastalar için **hastaneden eve nakil** olumsuz bir deneyim olarak hatırlanmaktadır. Hastaların ifadeleri kendilerinin eve uygun olmayan koşullarda taşındıklarını göstermektedir. Hastalar, hastaneden eve nakilleri sırasında genellikle düşebilecekleri, protezlerinin kayabileceği ya da ağrı duyacakları endişesini yaşamışlardır.

5.1.3. Taburculuk Sonrası Deneyimler

Taburculuk sonrası deneyimlere bakıldığında, hastaların daha çok evlerine geri dönme, ağrı, ev içerisinde bazı düzenlemeler yapma gereksinimi, korku, rol performansında değişim, evin bakımını sağlamada yetersizlik, özbakım eksikliği, eve bağımlı olma ve eğlence aktivitesinde yetersizlik, yalnızlık, özlemler, mutluluk, ümit ve ümitsizlik gibi duyguları deneyimledikleri belirlenmiştir.

Hastalar, hastane ortamının kalabalık ve rahatsız olması nedeniyle evlerine döndükleri an yaşamış oldukları sevinci ve evlerine duydukları özlemi ifade ederken *evlerine dönme deneyiminin* onlar için unutulmaz bir an olduğunu belirtmişlerdir.

Hastalarla yapılan görüşmelerin analizi sonucunda hastaların evlerine döndükten sonra genellikle hareket etmekle başlayan *ağrı* deneyimledikleri belirlenmiştir. Hastaların bir kısmı ise hareketsizlik nedeni ile tüm vücutlarının ağrısından rahatsızlık duyduklarını dile getirmişlerdir. Knutson ve Archibald'in çalışmalarında da ameliyat sonrasında pek çok hasta ağrı deneyimlemediklerini ifade etmiştir (Knutson, 1999).

Hastaneden evlerine dönen hastalar için ev ortamının güvenli olmaması bazı değişikliklerin yapılmasını gerektirmiştir. Hastaların çoğunun evinde alafranga tuvaletin olmaması ve banyolarının ayakta düş almalarına olanak sağlamaması bazı sıkıntılar yaşamalarına ve bazen uygun olmayan çözümler üretmelerine neden olmuştur. Maddi durumu ev ortamında değişiklik yapmaya elverişli olan hastalar gerekli düzenlemeleri yaptırırken, maddi durumu kötü olan hastalar gerekli düzenlemeleri yapamamış ve kendilerince uygun çözüm yolları geliştirmiştir. Bu durum bize *evlerinde gerekli düzenlemeleri* yapamayan hastaların TKP revizyonu riskinin diğerlerine göre daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Ameliyat olmadan önce ameliyat ve anestezi nedeni ile korku yaşayan hastalar, taburcu olup eve döndükten sonra tekrar ameliyat olmaktan, yatağa bağımlı kalmaktan, protezin yer değiştireceğinden, protezin kırılıp kendilerine zarar

vereceğinden, düşmekten, yürürken ağrı hissedeceklerinden **korktuklarını** ifade etmişlerdir. Hastaların temel endişeleri, düşüp yeniden ameliyat olmak zorunda kalabilecekleri düşüncesi olmuştur.

Çalışmaya katılan hastalardan 10'unun ameliyat sonrası dönemde ciddi hareket güçlüğü yaşadığı gözlenmiştir. Uzun süreli hareket güçlüğüne yaşanması hastalarda felç olmaktan, başkalarına bağımlı olmaktan, kendilerine bakılmayacağından korkmaları nedeniyle endişe yaratmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların 7'sinin; ameliyat öncesinde var olan ve ameliyattan sonra altıncı haftaya kadar devam eden hareket sınırlılığı ve başkalarına bağımlı olmaya bağlı olarak ebeveyn ve kadın-erkek rollerini yeterince yerine getirememesi nedeniyle **rol performansında değişim** yaşadıkları belirlenmiştir. Kadın hastalar, ev ile ilgili işlerini yerine getirememesi ve çocukları ile yeterince ilgilenememesine bağlı kendilerine yönelik olumsuz duygular ifade ederken erkek hastalar çalışmama ve baba rolünü etkili yerine getirememesi nedeniyle olumsuz duygular deneyimlemişlerdir.

Hastalar ile yapılan görüşmelerin analiz edilmesi sonunda hastaların 4'ünde taburcu olduktan sonra evdeki yaşamlarında da hareket kısıtlılığı nedeni ile **kendilerine bakımda yetersizlik** ve **başkalarına bağımlı olma** nedeni ile çaresizlik yaşadıkları belirlenmişlerdir. Hastalar genellikle beslenme, banyo, giyinme ve tuvalet gereksinimlerini karşılamada yetersiz olduklarını ve başkalarının desteğine gereksinim duyduklarını ifade etmişlerdir. Curry ve arkadaşlarının çalışmasında en çok yardım gerektiren özbakım aktivitelerinin başında banyo yapmanın geldiği saptanmıştır. Alışveriş–ev işleri gibi hareket gerektiren aktiviteler en zahmetli işler olarak görülmekteyken, hastaların en fazla giyinme ve banyoda, Archibald'in çalışmasında ise daha çok alış-verişte yardıma gereksinim duydukları belirlenmiştir. Cree ve ark'nın çalışmasında da kalça kırığı öncesi günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yapabilen 164 hastanın 92'sinde banyo yapma veya giyinmede bazı işlevsel bağımlılıklar geliştiği bizim bulgularımızı desteklemektedir (Cree et al, 2001; Archibald, 2003; Curry et al, 2003).

Hareket etme bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığı açısından vazgeçilmez bir gereksinimdir. Bu çalışmada hastaların ameliyat sonrası uzun bir dönem yryememeleri onları *eve bağımlı* hale getirmiştir. Hastaların uzun süre eve bağımlı kalmaları kendilerini zgr hissetmemesine ve sosyal ilişkilerinin bozulmasına neden olmuştur.

Yalnızlık hastaların daha çok yürüyemediği, yatağa bağımlı oldukları dönemde deneyimledikleri bir durum olarak saptanmıştır. Hastaların büyük çoğunluğu rahatsızlıkları süresince aileleri ile beraber oldukları ve ihtiyaçları yakınları tarafından karşılandığı için *yalnızlık* deneyimlememişlerdir. Yaşlı olan hastalar çocuklar ve eşleri ile, ebeveyn olan hastaların ise; anne, eş ve çocukların desteği ile rahatsızlıklarının üstesinden geldikleri belirlenmiştir.

Ameliyat olan her hasta gibi TKP ameliyatı geçiren hastalar da ameliyatları sonrası iyileşip iyileşmeyeceklerine dair endişe duymaktadırlar. En önemli korkuları iyileşememek, tekrar ameliyat olmak zorunda olmak, ağrı ve protezin yerinden kayması olan hastaların tüm bu olumsuzluklara karşın umutlarını kaybetmedikleri gözlenmiştir. En kötü durumdan bile güzel bir şeyler çıkarabilmeyi başarabilen hastaların büyük çoğunluğu görüşmeleri esnasında geleceğe dair *mit* deneyimlerini ifade derken; iki hasta ameliyat sonrası dönemi daha zor geçirmiş ve umutsuzluğa kapılmışlardır. Hastalar hiçbir şeyin eskisi gibi olmayacağını düşünerek ve kendilerine yardımcı olacak kimselerinin olmamasından dolayı *mitsizlik* deneyimlemişlerdir.

Ameliyatları sonrasında yatağa bağımlı kalan ve hareket etmekte zorlanan hastalar ev işi, yürüyüş ve alış - veriş gibi aktivitelerinde eskisi gibi yeterli olamamaları nedeniyle *zlemlerini* sık sık dile getirdiler. Ev işlerinin yapılmasında kendilerini sorumlu tutan bayan hastalar çoğu zaman yaparken şikayetçi oldukları bulaşık yıkama, temizlik yapma, toz alma, yemek yapma gibi günlük ev işlerini yapmayı bile özlediklerini dile getirmişlerdir.

Sağlıklı olan pek çok insan yürümenin hayatımızı devam ettirmekte ne kadar önemli bir aktivite olduğunun farkına varmazken TKP ameliyatı olan hastalar için yürüyebilmek en önemli aktivitedir. Yürüyemedikleri için kendilerini bir çok alanda yetersiz hisseden hastalar bunun normal bir süreç olduğunun farkında olmalarına karşın ilerisi için yürüyememe korkusu deneyimlemişlerdir. Görüşme sonuçlarından hastaların yoğun bir şekilde yürümeye özlem duydukları bulgusu elde edilmiştir.

TKP ameliyatlarında diğer sağlık ekibi üyeleriyle işbirliği içinde sunulan hemşirelik bakımının temel amacı; hastanın alışageldiği yaşam biçimine en yakın koşullarda yaşamını sürdürmesi ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede bağımsızlığını kazanabilmesi, gereksinimlerini en üst düzeyde karşılaması, oluşabilecek komplikasyonları önlemeye yönelik hastayı rahatlatıcı önlemlerin alınması ve mümkün olan en kısa zamanda fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşamında kendi kendine yeterli duruma gelmesine yardımcı olmaktır (Şendir, 2000).

TKP ameliyatından sonra hastaların, günlük yaşama nasıl uyum sağlayacaklarını, protez çıkmadan nasıl yürüyeceklerini, hareket ve pozisyonlarının nasıl olacağını öğrenmeleri gerekmektedir. Hasta eğitimi ve bu konuda yardım, bireyin anksiyetesini azaltıp durumuna uyum sağlamayı ve iyileşme sürecine bireysel katılımı amaçladığından hem hastanede kalış süresini kısaltıp birey ve kuruma ekonomik kazanımlar sağlar, hem de verilen bakımın gerçek anlamda bireysel olmasında önemli rol oynar.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

TKP ameliyatı olan hastaların deneyimlerinin belirlenmesi amacı ile planlanan çalışma, Kocaeli Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji servisinde toplam 20 hasta ile niteliksel yöntemler kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Hastalarla yapılan görüşmeler sonucunda ortaya çıkan temalar, 3 grup altında toplanmıştır. Bu gruplar; hastane öncesi deneyimler, ameliyat ve ameliyat sonrası hastane deneyimleri ve taburculuk sonrası deneyimlerdir.

Hastaların hastane öncesi deneyimleri incelendiğinde; düşme sonrası kırık gelişmesi ya da kalça kireçlenmesi gibi nedenlerle ağrı, düşme anında neler hissettiklerini hatırlamalarına yönelik yaralanma deneyimlerini dile getirmişlerdir. Planlı ameliyatlarda (koksartroz ve DKÇ vs.) bilgi eksikliği nedeniyle hastaların daha önce aynı ameliyatı olmuş kişilerle yaptıkları görüşmeler sonucunda çelişkili bilgiler almaları ve sorularına aydınlatıcı yanıtlar alamamaları hastaların ameliyat olma kararını vermede zorlanmalarına neden olmuştur. Yatağa bağımlı kalma, ameliyat olma, anestezi, daha önce hastaneye hiç yatmamış olma, yatağa bağımlı kalma, protezin kendilerine uymaması gibi nedenlerle korku ve anksiyete; fiziksel mobilitede bozulmaya bağlı kendi ihtiyaçlarını görememe gibi nedenlerle günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlük deneyimledikleri belirlenmiştir.

Hastaların ameliyat ve ameliyat sonrası hastane deneyimleri incelendiğinde; ameliyattan önce hastaların çoğu anestezi ve ameliyat nedeniyle bilinmeyene karşı korku yaşamışlardır. Sağlık personelinin kendilerini konuşturarak cesaret verdiklerini hatırlayarak anesteziyi, ameliyat sonrası ayıldıklarında sevinçten ya da ağrıdan dolayı ağladıklarını ve bacaklarının olmadığını hissettiklerini hatırlayarak ayılma anını yaşadıkları belirlenmiştir. Ayılma esnasında başlayan ve sonrasında yürümeye başladıklarında devam eden ağrı ve fiziksel mobilitelerinin bozulması nedeniyle tuvalet, beslenme ve giyinme gibi aktivitelerinde öz bakım eksikliği ve bağımlılık deneyimlemişlerdir. Hastalar hastanede mahremiyetin yetersizliği, hareketsizlik ve sürgü kullanımına alışık olmama nedeniyle kabız olmuşlardır. Hekim, hemşire ve temizlik personelinin yakın ilgi ve alakasından dolayı sağlık personelinin

memnuniyet; yemek, koku, gürültü, hasta odalarının kalabalık olması gibi olumsuz şartlarından dolayı hastane ortamından memnuniyetsizlik dile getirmişlerdir. Ameliyatlarına ve sonrası için dikkat etmeleri gereken durumlara ilişkin bilgiye gereksinim duydukları gözlenmiştir. 3 hasta enfeksiyon ve uzun süreli yatak istirahatına bağlı deri bütünlüğünde bozulma gibi nedenlerle cerrahi iyileşmede gecikme deneyimlemişlerdir. İyileştiğini anlayıp sevinirken diğer taraftan evde nasıl bakılacaklarını düşünerek üzölmeleri ve evlerine nasıl döneceklerini düşünerek taburculuğa hazırlanmayı, uygunsuz koşullarda taşınma esnasında yaşamış oldukları düşme korkusu nedeniyle hastaneden eve nakile ilişkin olumsuz deneyimlerinin olduğu belirlenmiştir.

Hastaların taburculuk sonrası ev deneyimleri incelendiğinde ise; uzun bir süre hastanede kaldıktan sonra alışık oldukları ortama dönmenin sevinci ile eve döndüklerinde tarif edilemez bir duygu yaşadıkları belirlenmiştir. Uzun süreli yatak istirahatından dolayı hastalar ameliyat sonrasında evde de ağrıyı deneyimlemişlerdir. Ev ortamının TKP ameliyatı olan bir hastaya uygun olmaması nedeniyle ev çevresi içinde düzenleme yapma gereksinimi gerekmiştir. Maddi durumu bu değışikliğı yapmaya elverişli olan hastalar evlerinde gerekli düzenlemeleri yapmışlardır. Ancak maddi durumu yeterli olmayan hastalar kendilerince çözüm yolları üretmişlerdir. Hastalar fiziksel mobilitede bozulma nedeniyle rol performansında değışim, evin bakımını sağlamada yetersizlik, özbakım eksikliği ve eve bağımlı olma / eğlence aktivitesinde yetersizlik deneyimlemişlerdir. Hastaların yatağa bağımlı kalma, protezin yerinden oynaması, tekrar ameliyat olmak zorunda kalma, enfeksiyon gelişmesi, iyileşememe, yürürken ağrı olacağı, düşme ve sakat kalma gibi nedenlerle korku, evde kendilerine bakacak kimsenin olmaması ve yatağa bağımlı olmaları nedeniyle yalnızlık, geleceğe dair iyileşecekleri umudunun olması nedeniyle ümit, iyileşemeyeceklerini düşünmeleri nedeniyle ümitsizlik, iyileşme sürecinde eskisi gibi olamamalarına dair bazı özlemler ve şu anki memnuniyetlerine bağılı mutluluk deneyimledikleri belirlenmiştir.

Bu çalışma ile, TKP ameliyatı olan bireylerin, ameliyattan uzun süre öncesinde başlayan ve taburculuk sonrası 6. haftaya kadar devam eden süreçte

hemşirelik bakımına yön verebilecek çeşitli deneyimlere sahip oldukları belirlenmiştir. Bu deneyimlerin çoğunlukla hareket fonksiyonundaki yetersizlikten kaynaklandığı ancak bu yetersizliğin bireyi her yönü ile ve derinden etkileyebildiği görülmüştür. Bu nedenle TKP ameliyatı olan bireylere verilecek hemşirelik bakımının kapsamlı ve uzun süreli olması gerekmektedir.

Bu araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda geliştirilen öneriler:

- Hastaların hastanede kalış süresini kısaltmak, taburculuk sonrası protezin komplikasyonları sonucu hastaneye tekrar ameliyat olma nedeniyle gelecek başvuruları azaltmak ve bakımın sürekliliğini sağlamak amacıyla evde bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması,
- TKP ameliyatına ilişkin hastaların öğrenme gereksinimleri doğrultusunda ameliyat öncesi ve sonrası eğitimlerin planlanması,
- Hasta eğitiminin kolay anlaşılabilirliği ve gerektiğinde hastanın başvurabileceği resimli hasta eğitim kitapçıklarının hazırlanması,
- Hastaların daha önce TKP ameliyatı olmuş kişilerle tanıştırılarak ameliyat kararını vermelerine yardımcı olunması,
- Hastaların ameliyat öncesi ve sonrasında yaşadıkları korkuların nedenlerine yönelik uygun hemşirelik girişimlerinin planlanıp, uygulanması,
- Ağrının yönetimi konusunda TKP ameliyatı olan hastaların bilgilendirilmesi,
- Hastanın kendisine uygulanacak anestezi ve ayıldığında nelerle karşılaşacağı gibi konularda bilgilendirilmesi,
- Evlerine dönmeden önce ev ortamının kendilerinin kullanımı için uygun duruma getirilmesi, egzersizler, kaçınımları gereken pozisyonlar konusunda hastalara taburculuk eğitimi verilmesi,
- Hastalara hastanedeyken ve taburcu olduktan sonra evde bir süre kendi bakımlarını ve evin bakımını sağlamada yetersizlik yaşayacakları ve bir başkasının yardımına gereksinim duyacaklarının önceden belirtilmesi olarak sıralanabilir.

KAYNAKLAR

- AKSOY, G., KANAN, N., AKYOLCU, N. (1992). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. AÜ Açıköğretim Fakültesi Yayınları. No:263, Eskişehir.; 2-14; 142-158.
- ALBULAK, R.(1998). Ameliyat sonrası mobilizasyon ve hemşirelik bakımı. *Hemşire*, (48), sayı.1, p.:12-14.
- ALTIZER, L. (2004). Patient education for total hip or knee replacement. *Orthopaedic Nursing*. Vol: 23, No:4, p.: 283-288.
- ARCHIBALD, G. (2003). Patients' experiences of hip fracture. *Journal of Advanced Nursing*. Vol:44 (4), p.: 385.
- ATABEK, T. (1994). Yaşlılarda kazaların önlenmesi. *Hemşirelik Bülteni*; 8 (31): 62-67.
- ATİK, O. Ş. (1997). Eklem Cerrahisi. Ankara. sf.: 65-77.
- AUFRANC, OTTO E., HARIS, JOHN MCA., MCKAY, SANDRA J., DINARDO, DONNA M. (1982). Rehabilitation in Revision Arthroplasty. Revision Total Hip Arthroplasty. Ed:Turner, Roderick H. p:379-395.
- AYDIN, R. (2000). Total Kalça Artroplastisi ve Rehabilitasyonu. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. sf.:363-368.
- BILLINGS, D. M., STOKES, LILLIAN, G. (1987). Common Musculoskeletal Problems. Medical Surgical Nursing. Ed.:Billings, Diane Mc.Govern Billings. Indiana University. p.: 520-583.
- BİROL, L. (2000a). Hemşirelik ile İlgili Kuramlar. Hemşirelik Süreci. 4. baskı.sf.:44-85.
- BİROL,L., AKDEMİR, N., BEDÜK, T., FESCİ, H., ŞEN, S., YURTSEVER, S. (1997b). Hemşirelerin Hasta Eğitiminde Karşılaştıkları Güçlüklerin Saptanması. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. Cilt 4,sayı 2.p.: 65-70
- BÖLÜKBAŞ, N. (1991). Ameliyat olacak hastaların Hemşirelerden Beklentileri. *Hemşirelik Bülteni*. Cilt 5, Sayı 20, p.:81-86.
- BRANSON, J. J., GOLDSTEIN, W. M. (2003). Primary total hip arthroplasty. Home Study Program. *AORN Journal* . Vol:78, No:6.,p.: 946-974.

- BULDUKOĞLU, K., ATALAY M. (1988). Ameliyat Öncesi Hastaların Ameliyata İlişkin Duyguları, Düşünceleri ve Bilgi İstekleri. Uluslar arası Cerrahi Kongresi'88. p.:92-97 .
- CAMERON, H. U., BROTZMAN, S. B., BOOLOS, M. (1999). Rehabilitation After Total Joint Arthroplasty. Clinical Orthopaedic Rehabilitation. Ed.: S. Brent Brozman. By Mosby Year Book. P.:283-302.
- CREE, M., CARRIERE, K. C., SOSKOLNE, C. L., SUAREZ- ALMAZOR, M. (2001). Functional dependence after hip fracture. *Am J Phys Med Rehabil*.Vol: 80: 736-743.
- CURRY, L. C., HOGSTEL, M. O., DAVIS, G. C. (2003). Functional status in older women following hip fracture. *Journal of Advanced Nursing*. 42(4), 347-354.
- ÇİMETE, G. (1994). Ağrı kavramı. *Türk Hemşireler Dergisi*. Cit:44, sayı:5-6, sf: 42-46.
- DADAŞ, S. (2003). Kalça protezi uygulanacak hastanın ameliyat öncesi bakım ve eğitimi. XVIII. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongresi. İstanbul. p.: 9-13.
- DAL, Ü. (2002). Kalça protezi uygulanan hastaların “Vaka Yönetimi Modeli” ile izlenmesi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksekokulu, Doktora Tezi, Ankara.
- DEWIT, S. C. (1998). Care of Patients with Musculoskeletal System Disorders. Essentials of Medical Surgical Nursing. p.: 666-707.
- DOLIN, S.J., CASHMAN, J.N., BLAND, J.M. (2002). Effectiveness of acute postoperative pain management: Evidence from published data. *British Journal of Anaesthesia*. 89, 409-423.
- EFTEKHAR, N. S. (1993). Preoperative Planning. Total Hip Arthroplasty. Volume 1. By Mosby-Year Book.p: 315-317, 593-600.
- EGE, R. (1994). Kalça Cerrahisi ve Sorunları. Ankara. 883-907
- ERDEN, Z., TUGAY, N., AKARCALI, İ., ÇITAK, İ., SURAT, A. (1998) . Kalça Kırığı Olan Yaşlı Hastalarda Postoperatif Erken Dönem Bakım Olanakları Evde Bakım Kongresi.p.:289-294
- ERDİL, F., ELBAŞ, Ö.N (2001). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği 4. Baskı. Ankara. sf: 583-587
- ETGHEN, O., BRUYERE, O., RICHY, F., DARDENNES, C., REGINSTER, J. Y. (2004). Health – related quality of life in total hip and total knee

arthroplasty. *The Journal of Bone and Joint Surgery*. Vol: 86-A, No:5, p.: 963-974.

FIELDEN, J. M., SCOTT, S., HORNE, J., GEOFFREY, J. (2003a). An investigation of patient satisfaction following discharge after total hip replacement surgery. *Orthopaedic Nursing*. Vol:22(6).

FIELDEN, J.M., GANDER, P.H., HORNE, J.G., LEWER, B.M., GREEN, R.M., DEVANE, P.A. (2003b). An assesment of sleep disturbance in patients before and after total hip arthroplasty. *Journal of hip arthroplasty*. 18, 371-376.

GAMMON, J., MULHOLLAND, A. (1996). Preparatory information prior to elective total hip replacement on psychological coping outcomes. *Journal Advanced Nursing*. Vol:24; 303-308.

GIRAUDET-LE QUINTREC, J., COSTE, J., VASTEL, L., PACAULT, V., JEANNE, L., LAMAS, J., KERBOUL, L., FOUGERAY, M., CONSEILLER, C., KAHAN, A., COURPIED, J. (2003). Positive effect of patient education for hip surgery: a randomized trial. *Clinical orthopaedics and related research*. 414, 112-120.

GÜRSOY, D. (2003). Kalça Eklemnin Anatomi Ve Fizyolojisi. XVIII. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongresi. İstanbul. p.: 4-8.

JENNINGS, K. R. (2001). The cheerful operation: Total hip replacement. *Nursing*. Vol: 6, Issue: 7, p.: 31-37.

JOHANSSON, K., HUPLI, M., SALANTERA, S. (2002). Patients' Learning Needs After Hip Rthroplasty. *Journal of Clinical Nursing*. 11: 634-639.

KANAN, N. (1987a). Preoperatif Eğitimin Postoperatif Ağrı Algılamasına Olan Etkisi. *Hemşirelik Bülteni*. cilt 2, sayı 9, 16- 21.

KANAN, N. (1998b). Yanıklı Hastanın Evde Bakımı ve Uzun Dönemde İzlenmesi. *Evde Bakım Kongresi*. sf.;159-164.

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

KARADAĞ, M. (1998). Lomber Disk Herni Ameliyatında Taburculuk Eğitimi. *Evde Bakım Kongresi*. p.:235- 238.

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

- KRALIK, D., KOCH, T., WOTTON, K. (1997). Engagement and detachment: understanding patients' experiences with nursing. *Journal of Advanced Nursing*. Vol: 26, 399-407.
- KUYURTAR. F.(1998). Harran üniversitesi araştırma ve uygulama hastanesinde yatan kronik hastaların hastalığa ve tedaviye uyumlarının incelenmesi. *Hemşire*, 48, sayı:1,sf:25-27
- MAHOMED, N., DAVIS, A., FLANNERY, J., JAGLAL, S. (2005). Best practices across the continuum of care for total joint replacement. Final Report. p.:49-69.
- McDONALD S., GREN, S., HETRIC, S. (2004). Preoperative Education for Hip or Knee Replacement (Cochrane review). In The Cochrane Library. John WileyandSons,Chichester.Availableat:<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD003526/frame.html> (accessed 31 December 2004).
- 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*. Vol: 40(6),663-672.
- MILLER, M.D. (1998). Review of Orthopaedics. Second Edition. W.B. Saunders Company. p.:210-217
- MITCHELL, M. (2004). Pain management in day-case surgery. *Nursing Standard*. 18, 33-38.
- MOHLER, C. G., COLLIS, D. K. (1998). Early Complications and Their Management.(The Adult Hip. Edited by J.J. Callaghan., A.G. Rosenberg and H.E. Rubash.) Lippincott Raven Publishers, Philadelphia. p.: 1125-1148.
- NİŞAN, N. (1993). Öğrenci İçin Kısa Ortopedi. İstanbul. sf.:126-130
- RIDGE, R. A., GOODSON, A. S. (2000). The relationship between multidisciplinary discharge outcomes and functional status after total hip replacement. *Orthopaedic Nursing*. Vol: 19 (1).
- SANTY, J., MACKINTOSH, C. (2001). A phenomenological study of pain following fractured shaft of femur. *Journal of Clinical Nursing*. Vol:10, p.:521-527.
- SHOWALTER, A., BURGER, S., SALYER J. (2000). Patients' and their spouses' needs after total joint arthroplasty. *Orthopaedic Nursing*. Vol: 19(1), p.: 49.

- SJOLING, M., NORDAHL, G., OLOFSSON, N., ASPULD, K. (2003). The Impact of Preoperative Information of State Anxiety, Postoperative Pain and Satisfaction with Pain Management. *Patient Education and Counseling* 51, 169-176.
- SPEZIALE, H., STREUBERT, J. (2003). Qualitative research in nursing. Advancing the humanistic imperative. Ed: Dona R Carpenter. p.: 50-89.
- STOKES, L. G.(1987). Common Musculoskeletal Problems. *Medical Surgical Nursing*. Ed.:Billings, Diane Mc.Govern Billings. Indiana University. p.: 520-583
- STOMBERG, M. V., WICKSTOM, K., JOELSSON, H., SJOSTREM, B., HALJAMAE, H.. (2003a). Postoperative pain Management on Surgical Wards. Do Quality Assurance Strategies Result in Long Term Effects on Staff Member Attitudes and Clinical Outcome? *Pain Management Nursing*. 4, 11-22.
- STOMBERG, M. V.; OMAN, U.B. (2006b). Patients undergoing total hip arthroplasty: a perioperative pain experience. *Journal of Clinical Nursing*. 15, 451-458.
- ŞENDİR, M. (2000). Total Kalça Protezi Öncesi Hasta Eğitiminin Ameliyat Sonrası Fiziksel Uyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi. İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.
- ŞENDİR, M. (2003). Kalça Protezi Uygulanacak Hastanın Ameliyat Sonrası Bakım ve Eğitimi. XVIII. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongresi. İstanbul. p.:14-17.
- TEMPLE, J., (2004). Total Hip Replacement. *Nursing Standard*. Vol: 19, No: 3, p.:44-51.
- TUCKER, S. M., CANOBBIO M. M., PAQUETTE, E. V., WELLS M. F. (2000). Patient care standards. 7th edition by Mosby.p.:476-481.
- WAY, W. L. (1991). *Current Surgical Diagnosis & Treatment*. Ninth Edition. p.: 1018- 1131.
- YILDIRIM, A., ŞİMŞEK, H. (1999). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. Seçkin Yayınevi. Ankara.

EK.1. Hasta Tanıtım Formu

Anket No:

Adı -Soyadı:

Yatış Tarihi:

Ameliyat Tarihi:

Görüşme Tarihi:

Tanı :

Tel :

Adres:

1.Yaşı:

2.Cinsiyeti:

1)Kadın

2)Erkek

3.Medeni Durumu:

1)Evli

2)Bekar

3)Dul

4)Boşanmış

4.Eğitim Durumu:

1)Okur-Yazar

2)İlkokul

3)Ortaokul

4)Lise

5)Yüksek öğrenim

5.Mesleği:

1)Ev hanımı

2)Emekli

3)Memur

4)İşçi

5)Diğer.....

6.Sosyal güvence:

1)Emekli sandığı

2)Bağ-kur

3)SSK

4)Yeşil kart

5)Yok

7.Yaşadığı yer:

1)Apartman

2)Müstakil

8.Evde kiminle yaşıyor?

1)Yalnız yaşıyor

2)Eşiyle birlikte

3)Çocuklarıyla birlikte

4)Eşi ve çocuklarıyla

5)Diğer

9.Herhangi bir hastalığınız var mı?.....

10.Kalça Protezi ameliyatınız ile ilgili herhangi bir eğitim veya rehberlik aldınız mı?

1)Evet

2)Hayır

11.Fizik tedavi aldınız mı?

1)Evet

2)Hayır

Katılımınız İçin Teşekkürler

EK.2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

1. "Rahatsızlığınızın en başından şu ana kadar yaşadıklarınızı benimle paylaşır mısınız?
2. "Ameliyatınız sizi nasıl etkiledi? "
3. "Düştüğünüz anda neler hissettiğinizi bana anlatabilir misiniz?,"
4. "Hastanede kaldığınız süre içerisinde neler yaşadınız?,"
5. "Taburcu olduktan sonra evdeki yaşamınızla ilgili değişiklikleri benimle paylaşabilir misiniz?"
6. " Ameliyat olmadan önce neler hissediyordunuz?"
7. " Ameliyattan önceki yaşamınızla şimdikini kıyaslarsanız ne gibi değişiklikler oldu?"
8. " Ameliyatınızı olduktan sonra sizi odanıza aldıklarında neler hissettiniz?"
9. " Hastanede kaldığınız süre içerisinde yaşadıklarınızdan biraz bahseder misiniz?"
10. " Evinize döndükten sonra yaşamınızda ne gibi değişiklikler oldu, anlatabilir misiniz?"