

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TOTAL DİZ PROTEZİ UYGULANAN HASTALARIN
TABURCULUĞA HAZIR OLUŞLUK DURUMLARI**

Özlem ÇİFTÇİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman

Yrd. Doç. Dr. Şerife KURŞUN

KONYA-2018

S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Özlem ÇİFTÇİ tarafından savunulan bu çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak oy birliği / oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Yrd. Doç. Dr. Saide FAYDALI
Necmettin Erbakan Üniversitesi

İmza

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Şerife KURŞUN
Selçuk Üniversitesi

İmza

Üye: Prof. Dr. Belgin AKIN
Selçuk Üniversitesi

İmza

ONAY:

Bu tez, Selçuk Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmenliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu tarih ve sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Araştırma boyunca yardım desteklerini esirgemeyen aileme ve dostlarıma çok teşekkür ederim.

Özlem ÇİFTÇİ

Konya/2018



İÇİNDEKİLER

SİMGE VE KISALTMALAR	v
ÖZET	vi
SUMMARY	vii
GİRİŞ	1
1. TOTAL DİZ PROTEZİ	6
1.1. Total Diz Protezinin Tanımı	6
1.2. Total Diz Protezi Uygulanmasının Amacı ve Endikasyonları	6
1.3. Total Diz Protezi Ameliyatının Komplikasyonları	7
1.4. Total Diz Protezi Uygulanan Hastalarda Hemşirelik Bakımı	8
1.4.1. Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı	8
1.4.2. Ameliyat Günü Hemşirelik Bakımı	11
1.4.3. Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı	11
1.5. Taburculuk Süreci ve Taburculuğa Hazır Oluşluk	17
1.5.1 Taburculuk Sürecinin Tanımlanması	17
1.5.2. Taburculuk Sürecinin Aşamaları	18
1.5.3. Taburculuk Sürecinde Hemşirenin Rolü	18
1.5.4. Taburculuğa Hazır Oluşluk Kavramı.....	21
1.5.5. Taburculuğa Hazır Oluşluğu Etkileyen Faktörler	21
2. GEREÇ VE YÖNTEM	25
2.1. Araştırma Türü	25
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	25
2.3. Araştırmanın Evreni	25
2.4. Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi	26
2.5. Veri Toplama Araçları	26
2.6. Verilerin Toplanması	27
2.7. Araştırmanın Değişkenleri	27
2.7.1. Bağımlı Değişkenler	27
2.7.2. Bağımsız Değişkenler	27
2.7.3. Tanımlayıcı Değişkenler	28
2.8. Verilerin Değerlendirilmesi	28

2.9. Araştırmanın Etik Boyutu	29
3. BULGULAR	30
3.1. Total Diz Protezi Uygulanan Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Yönelik Bulgular	30
3.2. Total Diz Protezi Uygulanan Hastaların Ameliyat Öncesi, Sonrası ve Taburculuk Dönemine İlişkin Bilgi Alma Özelliklerine Yönelik Bulgular	34
3.3. Total Diz Protezi Uygulanan Hastaların Taburculuğa Hazır Oluşluk Durumlarına Yönelik Bulgular	37
3.4. Total Diz Protezi Uygulanan Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Ameliyat Öncesi, Sonrası ve Taburculuk Dönemine İlişkin Bilgi Alma Durumlarına Göre Taburculuğa Hazır Oluşluk Durumlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular	38
TARTIŞMA	43
4.1. Total Diz Protezi Uygulanan Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Ameliyat Öncesi, Sonrası ve Taburculuk Dönemine İlişkin Bilgi Alma Özelliklerine Yönelik Bulguların Tartışılması	43
4.2. Total Diz Protezi Uygulanan Hastaların Taburculuğa Hazır Oluşluk Durumlarına Yönelik Bulguların Tartışılması	47
4.3. Total Diz Protezi Uygulanan Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Ameliyat Öncesi, Sonrası ve Taburculuk Dönemine İlişkin Bilgi Alma Durumlarına Göre Taburculuğa Hazır Oluşluk Durumlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular Tartışılması	48
5. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	51
5.1. Sonuçlar	51
5.2. Öneriler	52
KAYNAKLAR	54
EKLER.....	63
EK -A: Anket Formu	63
EK-B: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni	67
EK-C: Isparta Kamu Hastaneleri Birliği Kurum İzni	68

EK -D: Gönüllü Bilgilendirme Formu	69
ÖZGEÇMİŞ.....	70



SİMGE VE KISALTMALAR

ANA: American Nurses Association (Amerikan Hemşireler Birliği)

GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri

TDP: Total Diz Protezi



ÖZET

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Total Diz Protezi Uygulanan Hastaların Taburculuğa Hazır Oluşluk Durumları

Özlem ÇİFTÇİ

Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ/KONYA-2018

Bu araştırma, total diz protezi uygulanan hastaların taburculuğa hazır oluşluk durumlarını değerlendirmek, taburculuğa hazır oluşluk durumunun sosyo-demografik özellikler, sağlık/hastalık özellikleri ve bilgilendirilme durumu ile ilişkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırma Isparta il merkezinde bulunan bir hastanenin ortopedi servisinde yatan 183 hasta ile gerçekleştirildi. Verilerin toplanmasında, hastaların tanıtıcı özelliklerini, ameliyat öncesi, sonrası ve taburculuk dönemine ilişkin bilgilendirilme ve taburculuğa hazır oluşluk durumlarını belirlemeye yönelik oluşturulan bir anket formu kullanılmıştır. Veriler, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile 21 Mart-19 Ağustos 2016 tarihleri arasında toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde, sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Fisher's Exact Test ve Pearson ki-kare testleri kullanıldı.

Total diz protezi uygulanan hastaların %74,9'unun ameliyat öncesi döneme ilişkin, %87,1'inin ameliyat sonrası döneme ilişkin ve %98,1'inin taburculuk sonrasında evde bakıma ilişkin konularda bilgi aldığı belirlendi. Hastaların taburculuğa hazır oluşluk ve evde normal yaşama devam edebileceğine inanma oranı %96,7'dir. Bağımsız değişkenlerden sadece gelir durumunu algılama ve ameliyat sonrası sorun yaşama durumu ile taburculuğa hazır oluşluk arasında bir ilişki olduğu bulundu ($p<0,05$). Gelir durumu çok iyi ve iyi olan hastalar ile ameliyat sonrası sorun yaşamayan hastaların taburculuğa hazır oluşluk oranlarının daha yüksek olduğu belirlendi.

Araştırma bulguları doğrultusunda, hastalarının çoğunluğunun ameliyat öncesi, sonrası ve taburculuk dönemine ilişkin bilgilendirildiği ve büyük çoğunluğunun taburculuğa hazır oldukları sonucuna ulaşıldı.

Anahtar Sözcükler: Bilgilendirilme; Taburculuğa Hazır Oluşluk; Total Diz Protezi

ABSTRACT

**R.T.
SELÇUK UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES**

Readiness of the Patients for Discharge After Total Knee Prosthesis Application

Özlem ÇİFTÇİ

Department of Nursing

MASTER'S THESIS/KONYA-2018

This descriptive study aimed to assess the readiness of the patients to be discharged after the application of total knee prosthesis, and to determine the relationship between their readiness and their socio-demographic characteristics, health/disease characteristics and being informed. The study was conducted on 183 inpatients in the orthopedics service of a hospital in Isparta city center. The data were collected by the researcher through face to face interviews between March 21 and August 19, 2016, using a questionnaire about the patients' introductory information; being informed about the pre-operative, post-operative and discharge periods; and readiness for discharge. The data analysis was performed using numbers, percentages, means, standard deviation, Fisher's Exact Test, and Pearson chi-square test.

Of the patients, 74.9% were informed about the pre-operative period, 87.1% were informed about the post-operative period, and 98.1% were informed about home care after being discharged. Of them, 96.7% were ready to be discharged and believed that they could continue their normal life. Only the independent variables of the income level perception and having problems after the surgery were found to be associated with readiness for discharge ($p<0.05$). Those with very high income levels and those who did not have any problems after surgery showed higher levels of readiness for discharge.

The majority of the patients were informed about the pre-operative, post-operative and discharge periods and were ready to be discharged.

Keywords: being informed, readiness for discharge, total knee prosthesis

GİRİŞ

Dizin dejeneratif hastalıkları, hareket aktivitesi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (Rahman ve ark 2015). Hareket, organizmada yer alan sistemlerin yeterli düzeyde işlev görebilmesi ve bireyin gereksinimlerini karşılayabilmesi için en temel unsurlarından biridir. İnsan sağlığı, hareket yeteneğinin uygun şekilde kullanılmasıyla yakından ilişkilidir (Erdil 2001a, Şimşek-Yaban ve Karaöz 2007). Vücuttaki organ ve sistemler, özel bir düzen ve denge içinde hareket fonksiyonunu gerçekleştirecek biçimde organize olmuştur. Hareket yeteneğinin kullanılması ile gelişen vücudun, hareket yeteneğinin azaldığı durumlarda bundan olumsuz etkilenmesi kaçınılmazdır (Şimşek-Yaban ve Karaöz 2007). Günümüzde insanlar daha uzun süre aktif ve verimli olmaya gereksinim duymakta, sakatlığı kabullenilmesi gereken bir kader olarak görmemekte, insanca bir yaşamı ve bu anlamda hizmeti elde etme arzusu ile sağlık kurumlarına başvurmaktadır. İnsanların bu arzusu tıp bilimini, fonksiyon göremeyen bir ekstremitenin yerini tutacak arayışlara yöneltmiş ve günümüzde protezler gittikçe artan sayıda tedavide yer almaya başlamıştır (Hatipoğlu 2003, Khorshid ve Tulum 2005, Prouty ve ark 2006, Ulusan 2008).

Diz eklemünde çeşitli nedenlerden dolayı meydana gelen dejeneratif değişiklikler, ağrı ve hareket kısıtlılığına neden olarak yaşam kalitesini etkilemektedir (Erdil 2001a, Birol 2005a). Tıbbi tedavilerle semptomları hafifletilemeyen hastalarda, total diz protezi (TDP) ameliyatı önemli ölçüde işlev ve ağrıyı iyileştirmek için yapılan etkili bir cerrahi tedavidir (Atalay ve ark 2013, Soares ve ark 2013, Bischoff ve ark 2014, Artz ve ark 2015, Huber ve ark 2015). TDP ameliyatı sonrası ağrı, mobilite, iyilik hali, emosyonel durum gibi sağlığın pek çok boyutunda anlamlı gelişmeler gerçekleşmektedir. Aynı zamanda TDP ameliyatı sonrası mobilitede artma, kardiyovasküler kapasitede gelişme ve sosyal izolasyonu önleme gibi yararları ile yaşam kalitesinde artış sağlamaktadır (Moran ve Horton 2000, Bellemans ve ark 2005). Cerrahi teknik ve protez teknolojisindeki gelişmeler, cerrahların bu konudaki tecrübelerinin artması, protezlerin ömrünü arttırmış, bu durum cerrahi endikasyonların genişlemesine, daha önce cerrahi adayı olmayan hastaların (daha genç/yaşlı, daha fazla komorbiditeli) endikasyon yelpazesine girmesine neden olmuştur (Ekşioğlu ve Gürçay 2013).

Cerrahi girişim, organizmanın fizyolojik akışını mümkün olduğunca koruyarak hastalıklarda, yaralanmalarda ve deformitelerde bozulan vücut fonksiyonlarının normal fizyolojiye en yakın duruma getirilmesinde ya da dayanılabilir sınırlar içinde yaşamın sürdürülmesinde uygulanan bir tedavi yöntemidir (Dadaş-Eldaş ve Eti-Aslan 2004). Aynı zamanda hastayı fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden etkileyen ve bireyin hayatındaki en önemli deneyimlerden biridir. Ameliyat olan hastaların yeni yaşam biçimine uyum sağlaması, vücut imajındaki değişikliği kabullenmesi ve sonraki yaşamını olabildiğince bağımsız sürdürebilmesi, gerekli bilgi ve beceriyi öğrenmesiyle mümkündür (Şendir ve Babadağ 2000, Şimşek-Yaban ve Karagöz 2007). İyileşme sürecinin uzaması, ağrı ve hareket kısıtlılığı gibi sorunların bireylerin konforunu ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemesi (Şimşek-Yaban ve Karagöz 2007) aynı zamanda günümüzde sağlık hizmetlerindeki teknolojinin gelişmesi, maliyetin artması ve hastane enfeksiyonu gibi komplikasyonlar nedeniyle hastanede yatış süresinin giderek kısalması gibi faktörler taburculuk eğitimini önemli hale getirmiştir (Yıldırım 2007, Tan ve ark 2013).

Hasta gereksinimlerinin karşılanamadığı bir hazırlık dönemi ve planlı yapılmayan eğitim, ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemle ilgili olarak hastaların konforunu düşürerek psikolojik, fiziksel ve sosyal olarak bağımlı hissetmelerine, günlük yaşam aktiviteleri (GYA)'ni sürdürememelerine, ayağa kalkma ve iyileşme sürecinin gecikmesine, hastanede kalma sürelerinin uzamasına ve konfor düzeylerinde azalmaya yol açabilmektedir (Hansen ve ark 1998, Connolly ve ark 2010, Dolgun ve Candan-Dönmez 2010, Benzar ve ark 2011, Hesselink ve ark 2012). Köçkar ve Özer (2017)'in yaptıkları çalışmada, eğitim alan hastalarda hastanede yatış süresinin, hasta maliyetinin ve komplikasyon görülme oranının azaldığı, hasta memnuniyetinin arttığı ve hastaların fonksiyonel durumlarının daha iyi olduğu belirlemiştir. Hasta ve ailesi için bunaltıcı olabilen ameliyat öncesi, sırası ve sonrası süreçte gereken desteğin sağlanması oldukça önemlidir. Bu süreç; ameliyat öncesi hazırlığı, ameliyat işlemini, ameliyat sonrası bakımı, hastanın evdeki ve aktivitesindeki gerekli değişiklikleri anlamasını böylece hasta ve ailesine gereken desteğin sağlanmasını içermektedir (Altizer 2004). Çetinkaya ve Karabulut (2010)'un yaptıkları çalışmada, ameliyat öncesi eğitim alan grubun ameliyat sonrası anksiyete düzeyinin hem ameliyat öncesi dönemden hem de eğitim

almayan gruptan daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu nedenle hastayı uygun bir şekilde ameliyata hazırlamak için hemşirelerin tüm işlemleri ve zaman dilimlerini açıklaması, hastaların iyileşme sürecine katkı sağlamakta ve hastanede yatış sürelerini yaklaşık olarak iki gün gibi önemli ölçüde kısaltmaktadır. Hastaların ağrı, fonksiyon sınırlılığı, yorgunluk ve yaşam kalitesinde bozulma gibi sorunlarla baş edebilmesi ameliyat sonrası bir aya kadar uzayabildiği için hasta ve yakınlarının iyileşme sürecinde de desteklenmesi son derece önemlidir (Salmon ve ark 2001, nal-Taşkın 2011). Ameliyat ncesi ve sonrası bakımın etkili bir şekilde planlanarak yürütüldüğü çalışmalarda hastanede kalma süresi azalmaktadır (Akdemir 2005a, nal-Taşkın 2011). Butlera ve ark (1996)'nın yaptığı çalışmada, eğitim verilen hastaların hastanede kalış süresinin daha kısa olduğu belirlenmiştir. Hastanın hem yazılı hem sözlü olarak ameliyat sonrası bakım için hazırlanması ve uygun hemşirelik bakımının sağlanması ile komplikasyon oluşumunun yanı sıra revizyon cerrahisinin yarattığı stres ve başarısızlık duygusunun da önlenmesinde etkili olduğu belirtilmektedir (Best 2005).

Total diz protezi ameliyatından sonra hastalar erken dönemde taburcu edilebilmektedir (nal-Taşkın 2011). Taburcu olduktan sonraki erken dönemde hastalar ve bakım verenlerde bilgi eksikliği nedeniyle belirsizlik durumu artmakta ve evde sorunlarla karşı karşıya kalabilmektedirler (Fielden ve ark 2003, Ulusan 2008, Benzar ve ark 2011, nal-Taşkın 2011). Birçok hasta ameliyat sonrası evdeki iyileşme dneimine yeterince hazırlanamadığını ve bu süreçte kendilerini yetersiz ve güvensiz hissettiklerini bildirmişlerdir (Karada ve Aksoy 2002, nal-Taşkın 2011). Hastalar taburculuk sonrası GYA'ne ilişkin uyum güçlüğü yaşayabilmekte ve bu durum sonucunda ortaya çıkan komplikasyonlar nedeniyle tekrar hastaneye yatabilmektedirler (Akdemir 2005a, Ulusan 2008, Tan ve ark 2013). Tekrarlı yatışlar tedavinin tekrarına, hastanın daha fazla stres, depresyon yaşamasına, yatak ve sağlık personeli işgaline neden olmaktadır. Sonuçta birey ve ülke ekonomisini olumsuz yönde etkilenmektedir (Akdemir 2005a, Ulusan 2008). Planlı taburculuk eğitimi uygulanan hastalarda, komplikasyon gelişme ve hastaneye geri yatış durumunun incelendiği çalışmalarda; eğitim uygulanan hastaların sağlıklarını geliştirmeye yönelik uygulamalara daha fazla dikkat ettikleri ve gelişen komplikasyonlar nedeniyle hastaneye geri yatışlarının eğitim uygulanmayan gruba göre

daha az olduğu bulunmuştur (Brent ve Cofey 2013, Diane ve ark 2015, Ohta ve ark 2016, Özen ve Seviğ 2017).

Hasta ve ailesine iyileşme sürecinde destek verirken bilişsel ve fonksiyonel güçlendirmenin birlikte yapılması önemlidir. Bilişsel güçlendirme protez hakkında verilen eğitimi, fonksiyonel güçlendirme ise GYA, hastalık ve bakım hakkında hastaların yapabileceklerini içermektedir (Johansson ve ark 2002, Akdemir 2005a, Turhan-Damar ve Bilik 2014). Ortopedi hastalarının eğitimini geliştirmek ve sağlık durumlarını güçlendirmek için bireylerin almak istedikleri bilgilerin incelendiği bir çalışmada; hastaların en az bilgi almak istediği konuların sosyal destek, finansal durum ve etik olduğu, en fazla ise bakımları (%67), yapılan tetkikler (%60), gelecekteki bakımları (%60), oluşabilecek problemler (%25) ve advers etkiler (%23) olduğu saptanmıştır (Johansson ve ark 2002). Çalışmalarda, hastaların sosyal, maddi ve deneyimsel konulara daha az ilgi gösterdikleri, bu dönemde daha çok enfeksiyon belirtileri ve önlenmesi (Johansson ve ark 2002, Turhan-Damar ve Bilik 2014), oluşabilecek komplikasyonlar, fiziksel sınırlılıklar, egzersizler/rehabilitasyon ve özbakım gibi konulara daha çok önem verdikleri bildirilmiştir (Johansson ve ark 2002, Johansson ve ark 2007, Turhan-Damar ve Bilik 2014). Tüm bu veriler, taburculuk dönemindeki hastaları bilgilendirmenin önemini ortaya koymaktadır. Hastanın gereksinimlerini belirleyip karşılamak, komplikasyonları önlemek ve istenmeyen durumları en aza indirmek, bütüncül bir ekip yaklaşımını gerektirir ve hemşire taburculuk eğitiminde anahtar rol oynamaktadır (Çoşkun ve Akbayrak 2001, Erdil 2001a, Pieper ve ark 2006, Dolgun ve Candan-Dönmez 2010, Dayılar ve ark 2016).

Cerrahi hastalarında taburculuk hazırlığının etkinliği, hasta sonuçları ve hastane bakımı ve hizmetine ilişkin memnuniyet açısından giderek önem kazanmaktadır. Hastalar iyileşme sürecinin ara aşamasında taburcu edilirken, iyileşme sürecinin ev ortamına kadar uzaması beklenmektedir (Maloney ve Weiss 2008, Bakırhan ve ark 2009). Hemşirelik işgücü sıkıntısı ile birlikte maliyeti azaltmak için sağlık sistemi üzerinde artan ekonomik baskı nedeniyle hastanede kalış süresi kısaltmakta bu da taburculuk hazırlığı için gereken zamanı azaltmakta ve sonuç olarak hastaların karşılanamayan gereksinimleriyle eve gönderilmelerine neden olmaktadır (Maloney ve

Weiss 2008, Mabire ve ark 2015a).Yapılan çalışmalarda taburculuk eğitim yapılmayan hastaların sağlık kurumlarına başvuru oranlarının taburculuk eğitimi yapılan hastalara göre yüksek olduğu belirtilmektedir (Naylor ve McCauley 1999, Henderson ve Zernike 2001). Kaliteyi taburculuk eğitimi için hastaların gereksinimlerinin değerlendirilmesi ve belirlenen gereksinimler doğrultusunda taburculuk eğitiminin planlanması önemlidir. Ayrıca taburculuk eğitiminin hastalara tarafından anlaşılabilmesi için hastaların taburculuğa hazır olmaları ve bu konuda teşvik edilmeleri de önemlidir (Maloney ve Weiss 2008). Hastaların taburculuğa hazır olmaya teşvik edilmesi, taburculuk eğitim hizmetlerinin sürekliliğini artırmak ve sağlık çalışanları ile bireylerin etkili iletişimini sağlamak için de gereklidir (Mabire ve ark 2015a). Hastada istendik sonuçlara ulaşma, bireyin ve bakım verenlerin iyileşme süreciyle ilgili gerçekçi beklentilerine, evde bakım konusunda yeterli bilgiye sahip olmalarına ve bakıma katılmalarına bağlıdır (Açıksöz ve Uzun 2007). TDP uygulanan hastaların taburculuğa hazır oluşluk durumlarını belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçların hemşirelik bakımına yol göstereceği, hastaların beklentilerinin erken dönemde karşılanıp bakım kalitesinin artmasına katkı sağlanacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın Amacı

Araştırma, TDP uygulanan hastaların taburculuğa hazır oluşluk durumlarını değerlendirmek, taburculuğa hazır oluşluk durumunun sosyo-demografik özellikler, sağlık/hastalık özellikleri ve bilgilendirilme durumu ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Araştırma Soruları

- 1) TDP uygulanan hastaların ameliyat öncesi, sonrası ve taburculuk dönemine ilişkin bilgilendirilme durumları nedir?
- 2) TDP uygulanan hastaların taburculuğa hazır oluşluk oranı nedir?
- 3) TDP uygulanan hastaların taburculuğa hazır oluşluk oranları sosyo-demografik ve sağlık özelliklerine göre değişmekte midir?

4) TDP uygulanan hastaların taburculuğa hazır oluşluk oranları ameliyat öncesi, sonrası ve taburculuk dönemine ilişkin bilgilendirilme durumlarına göre değişmekte midir?

2. TOTAL DİZ PROTEZİ

1.1. Total Diz Protezinin Tanımı

Total diz protezi ameliyatı (artroplasti), herhangi bir eklemdede ağrıyı azaltmak, stabilizasyonu ve o eklemi kontrol eden kas, ligament ve diğer yumuşak dokuların fonksiyonunu düzeltmek amacıyla yapılan bir ameliyat türüdür (Buluç ve ark 2001, Demir ve Çalış 2002). TDP ameliyatında hastalıklı eklem dokuları eksize edilmekte, sonrasında plastik ve metal materyaller ile eklem replasmanı yapılmaktadır (Dıraçoğlu ve ark 2005).

Tarihsel gelişimi yüzyılı aşan TDP, temel cerrahi kurallara uyularak yapıldığında, ortopedik cerrahi girişimler arasında sonuçları en yüz güldürücü olan uygulamalardan biridir (Bellemans ve ark 2005, Öztürk ve Bulut 2007, Plate ve ark 2012, Sönmez ve ark 2016). Modern diz protezi konsepti, 1970'lerdeki gelişimiyle yepyeni bir boyut kazanmıştır (Alsancak 2000, Plate ve ark 2012, Çuni ve Kutsal 2014). Protez tasarımındaki ve cerrahisindeki tekniklerin gelişmesi ile birlikte TDP ameliyatları dünyadaki olduğu kadar ülkemizde de giderek artan sıklıkta uygulanmaktadır (Çınar ve ark 2003, Plate ve ark 2012, Ekşioğlu ve Gürçay 2013, Çuni ve Kutsal 2014).

1.2. Total Diz Protezi Uygulanmasının Amacı ve Endikasyonları

Diz eklemi, vücuttaki en büyük eklemlerden biridir, aynı zamanda mobilizasyonun sürdürülmesi için de önemlidir (Temple 2006). Bu eklem, tıbbi tedavi ve fizyoterapinin etkisiz kaldığı, ağrı ve fonksiyon kaybının arttığı durumlarda cerrahi işlem ile tedavi edilmektedir. Bu nedenle diz eklemine dejeneratif hastalıkları çoğunlukla TDP ameliyatı ile tedavi edilerek hastaların yaşam kalitesinin geliştirilmesi (Lucas 2007, Ünal-Taşkın 2011), ayrıca iyi bir uyum ve yumuşak doku dengesinin sağlanması ve rijit tespitle uzun süreli stabilite sağlanarak ağrısız ve fonksiyonel bir diz eklemi elde edilmesi (Mirzanlı ve ark 2000) amaçlanmaktadır.

Ağrı, hareket kısıtlılığı, deformite ve instabilite nedenleriyle günlük aktiviteleri kısıtlanmış hastalarda (Erdil 2001a, Doğan 2003, Yıldız 2011), konservatif tedavi yöntemleriyle beklenen düzelme sağlanamamışsa veya artroskopik debridman, diz çevresi osteotomileri gibi cerrahi girişimlerle de sonuç alınamamışsa, bu hastalar TDP ameliyatı için aday olabilirler (Doğan 2003, Yıldız 2011, İlhan ve ark 2013). Tüm tedavi seçeneklerinin uygulanmasına rağmen, ciddi semptomları devam eden hastalardaki TDP ameliyatı endikasyonları şunlardır: Romatoid artrit, osteoartrit (Haddad ve Bentley 2000, Thadani ve Spitzer 2000, Yıldız 2011, Ekşioğlu ve Gürçay 2013), post-travmatik artrit, yüksek tibial osteotominin yetersizliği, patellofemoral osteoartrit, nonseptik artropatilerdir (Haddad ve Bentley 2000, Thadani ve Spitzer 2000, Yıldız 2011). TDP ameliyatı, 65-84 yaşları arasında bireylere ve özellikle kadınlara daha fazla yapılmaktadır (Ekşioğlu ve Gürçay 2013). TDP'nin uygulanabilmesi için aşağıdaki kriterler değerlendirilmektedir:

- Hastada üç kompartmandan (medial, lateral, patello femoral) en az birinde kartilaj hasarı ve kalınlaşma olması ve bunun hastayı ciddi olarak rahatsız etmesi,
- Radyolojik grafilerde ve diğer görüntüleme yöntemlerinde (artroskopi, MRI) kartilaj hasarının görülmesi ve bireyin şikayetlerinin olması,
- Rahat yürüme mesafesinin 500 m'nin altında olması,
- Konservatif tekniklerin yetersiz kalmasıdır (Turhan 2012).

1.3. Total Diz Protezi Ameliyatının Komplikasyonları

Total diz protezi ameliyatının komplikasyonları genel ve lokal olmak üzere iki başlıkta değerlendirilmektedir.

- **Genel komplikasyonlar:** TDP uygulanan hastaların genellikle yaşlı olması nedeniyle bu yaş grubunda özellikle hipertansiyon, kalp yetmezliği, diyabetes mellitus, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları gibi sorunlara sık rastlanmaktadır. Hastaya ait bu tıbbi durumlar; gerek ameliyat sırasında gerekse ameliyat sonrasında morbidite ve mortaliteye neden olabilmektedir (Parvizi ve ark 2001). Özellikle kardiyovasküler ve

akciğer hastalığı olanlarda (Parvizi ve ark 2001, Yıldız 2011), ayrıca 70 yaşın üstündeki, sementli tespit uygulanan hastalarda, primer artroplasti uygulanan hastalarda ve aynı anda bilateral artroplasti uygulanan vakalarda da mortalite hızının yüksek olduğu belirtilmiştir (Yıldız 2011).

- **Lokal komplikasyonlar:** TDP ameliyatının lokal komplikasyonları içinde enfeksiyon (Tetsworth 2003), derin ven trombozu (Silbersack ve ark 2004), eklem instabilitesi ve dislokasyon, komponent gevşemesi, kötü yara iyileşmesi ve yara iyileşmesinde gecikme, nörovasküler komplikasyonlar (vasküler yaralanma, peroneal sinir paralizisi), hareket kısıtlılığı, ağrı, heterotopik ossifikasyon, kırık ve osteonekroz görülebilmektedir (Kramer ve ark 1994, Thadani ve Spitzer 2000, Barrack ve ark 2001, Tuncay 2006, Marya ve Thukral 2009, Yıldız 2011, Turhan 2012). Aseptik gevşeme, ağrı, enfeksiyon gibi komplikasyonlar, protezin kullanılamaz duruma gelmesine neden olduğu için revizyon cerrahisi gerektirmektedir (Best 2005, Ünal-Taşkın 2011).

1.4. Total Diz Protezi Uygulanan Hastalarda Hemşirelik Bakımı

Total diz protezi uygulanacak hastalarda hemşirelik bakımının temel amaçları; ortopedik cerrahiye bağlı gelişebilecek olan komplikasyonları önlenmek, fonksiyon ve mobilizasyonu korumaktır (Hill ve Davis 2000). Hastanın gereksinimlerini belirlemek, gerektiğinde hastaya yardım ederek hasta-ailesi ve sağlık ekibi ile işbirliği içinde bakımın sürekliliğini sağlamakta hemşirenin görevidir (Turhan 2012). Bu nedenle, hemşirelik bakımı ile hasta ve ailesi gerekli güç, istek ve bilgiyle donanımlı bir duruma gelene kadar desteklenmeli ve bu yolla bireylerin mümkün olan en kısa sürede bağımsızlıklarını kazanmalarına yardımcı olunmalıdır (Şimşek-Yaban ve Karagöz 2007).

1.4.1. Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı

Cerrahi hemşirelerinin önemli sorumluluklarından biri olan bu dönemdeki bakım; hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal hazırlığı ile eğitimini (Lucas 2007, Lucas ve ark 2013), ayrıca fizik tedavi seansları, anestezi öncesi değerlendirme ve bireyin yaşamını sürdürebilmesi için maddi durumunu planlama konusunda da desteklenmesini

içermektedir. TDP için etkili bir ameliyat öncesi hazırlık eğitiminin amacı; hastaların fonksiyonel durumunu, iyileşme sonuçlarını ve yaşam kalitesini arttırmaktadır (Lucas ve ark 2013).

a) Hastanın fiziksel hazırlığı: Ameliyat öncesi dönemde, hastanın fiziksel durumunun değerlendirilmesi varsa sorunların giderilmesi ve en iyi koşullarda ameliyat sürecine alınması hedeflenmektedir (Bilik 2006, Tekin 2011). Bu dönemde öncelikle hasta kliniğe kabul edilir, kliniğe ilişkin bilgilendirme (yemek saatleri, ilaç uygulama zamanı, klinik rutinler, ziyaret saatleri, telefon numarası, hemşire ve doktor odası, kafeterya gibi) yapılarak hastanın uyumu sağlanır ve varsa hastanın soruları yanıtlanır (Altizer 2004, Ünal-Taşkın 2011). Daha sonra kardiyovasküler, solunum, nörolojik, gastrointestinal, hepatik, üriner ve kas-iskelet fonksiyonlarına yönelik olarak tam bir değerlendirme yapılarak mevcut ve olası sorunlara yönelik tedavi planı belirlenir (Bilik 2006, Tekin 2011). Bunun yanında ameliyat sırasında etkili olabilecek cilt durumu, ekstremitelerin perfüzyonu, beslenme, ağrı varlığı, ilaç kullanımı, kronik hastalık varlığı, sağlık alışkanlıkları ve alerjileri de değerlendirilir (Tekin 2011). Gerekli ise idrar kültürü, elektrokardiyografi, akciğer grafisi vb. tanılama çalışmaları ile konsültasyon sonucunda hemşire, istemdeki ilaçları uygular ve diğer tanılama çalışmalarını planlar, hastanın yaşam bulgularını değerlendirir ve kaydeder, riskli bir durum varsa hekime bilgi verir. Hemşirenin bu planlamaları uygulamadaki temel sorumluluklarından biri, hastanın güvenli bir şekilde değerlendirilmesini sağlamak ve ekip ile işbirliği yapmaktır (Ünal-Taşkın 2011).

b) Hastanın psikolojik hazırlığı: Ameliyat bir stres kaynağıdır, bu nedenle ameliyattan sonra hastada endokrin sistem, sıvı elektrolit, bağışıklık sistemi gibi sistemler, dengeleyici mekanizmayı korur. TDP ameliyatı olan hastalardaki koruyucu mekanizmalardaki yetersizlikler çeşitli sorunların ortaya çıkmasına ve sonuçta hastanın uyum sürecini bozulmasına neden olmaktadır (Turhan-Damar ve Bilik 2014). Bireyler arasında farklılıklar olmasına rağmen, ameliyat öncesi dönemde hastalar az ya da çok korku deneyimlemektedir (Şimşek-Yaban 2006). Bu nedenle hastaların korku ve anksiyetelerinin kontrol altına alınmasında, bireylerin ameliyat konusundaki duygu ve düşüncelerini ifade etmesine fırsat verilmeli, ameliyattan beklentileri öğrenilmeli (Bilik

2006), gereksinim duydukları konularda bilgilendirmeler yapılmalı ve duygusal destek sağlanmalıdır (Açıksöz ve Uzun 2007, Şimşek-Yaban ve Karaöz 2007, Walker 2010, Benzar ve ark 2011). Ayrıca ameliyat konusunda hasta ile konuşulmalı, anlaşılmayan konular doktorla işbirliği yapılarak yeniden açıklanmalıdır. Bununla birlikte hastanın uyum sürecine katkı sağlamak için benzer ameliyatı olan hastalarla etkileşime geçmesi ve deneyimlerini paylaşması için fırsatlar sağlanmalıdır (Bilik 2006). Ameliyat öncesi dönemde hastanın psikolojik olarak hazırlanması; ameliyat sırasında daha az anestetik madde ve ameliyat sonrasında daha az analjezik kullanılmasına, ameliyat sonrasında hızlı iyileşmeye ve erken taburcu olmaya yardımcı olur (Şimşek-Yaban 2006).

c) Hasta eğitimi: Ameliyata hazırlığın önemli bir boyutu olan eğitim, hastanın yalnızca o andaki sağlık durumunu anlaması değil, sağlık bakımı ile ilgili uygun kararları alabilmesi ve en iyi sağlık düzeyine ulaşması için gerekli değişiklikleri yapabilmesidir. Bu eğitimde, hemşireler önemli rol oynamaktadır (Walker 2012). Planlı hasta eğitimi ve danışmanlığı yapılarak hasta fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan ameliyata ve ameliyat sonrası döneme hazırlanabilir (Bilik 2006). Ayrıca planlı hasta eğitimi; hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesinin artmasına, hastanın tanı ve tedavisini anlamasına, kendi bakımına aktif olarak katılmasına, bakımın sürekliliğinin artmasına, anksiyetenin ve olası komplikasyonların azalmasına, hastanın kısa sürede iyileşmesine, bağımsızlığın ve gücün en üst düzeye ulaşmasına katkıda bulunabilir (Uzun 2000, Ethgen ve ark 2004, Bilik 2006, Syx 2008, Tan ve ark 2013). Eğitim içeriğinin hastanın en iyi sonuçlara ulaşmasını sağlayacak yapıda olması önemlidir. Bir sistematik incelemede; yetişkin hastaların ameliyat öncesi eğitim içeriğinin; yara bakımı, ağrı yönetimi, fiziksel aktivite, ameliyat sonrası özbakım, toplumsal kaynaklar ve ameliyatın psikososyal yönüne ilişkin olması gerektiği vurgulanmıştır (Turhan-Damar ve Bilik 2014). Ameliyat öncesi yapılan bilgilendirme; hastanın ameliyat hakkında daha bilgili olmasını ve sürece hazırlanmasını sağlarken; diğer yandan ameliyathaneye alınmadan önce hasta ile hemşire arasındaki etkileşimin güçlenmesini katkıda bulunmaktadır (Chetty ve Ehlers 2009).

Total diz protezi uygulanacak hastaların eğitim içeriğinde yer alan konular; ameliyat öncesi dönemde osteoartrite bağlı fiziksel harekette kısıtlılık ve ağrının azaltılması, ameliyat sonrası ayağa kalkma ve mobilizasyon, eklem hareket açıklığı ve

yapılması gereken egzersizler ve dizin pozisyonu üzerine temellenmelidir (Turhan 2012, Turhan-Damar ve Bilik 2014). Hastalara ayrıca derin solunum, öksürme, dönme ve ekstremitte egzersizleri, ameliyat öncesi ve ameliyat sürecinde yapılacaklar, ameliyatın hangi amaçla uygulanacağı, ameliyat sonrası dönemde gerekli ilaçlar, olası komplikasyonlar ve önlemler konusunda bilgilendirilme de yapılmalıdır (Şimşek-Yaban ve Karagöz 2007, Ünal-Taşkın 2011).

1.4.2. Ameliyat Günü Hemşirelik Bakımı

Tüm hazırlıklar tamamlandıktan sonra, ameliyat sabahı hasta ile ilgilenmek ve gereksinim duyduğu konularda bilgi vermek gerekir. Ameliyathaneye gideceği tahmini saati söylemek, onun rahatlamasına yardımcı olacaktır (Yıldız 2011). Ameliyat sabahı gerekli ilaçlar (Bilik 2006, Ünal-Taşkın 2011, Yıldız 2011) ve bakımlar (Bilik 2006, Yıldız 2011) yapılır. Ameliyata gitmeden önce hastanın dosyası, radyolojik ve laboratuvar tetkikleri, ameliyat için gerekli ilaçlar, araç-gereçler (Yıldız 2011) ve cilt hazırlığı kontrol edilir, yaşam bulguları kaydedilir ve gerekli kontroller (kimlik, aç olma, protez ve takıların çıkarılması, oje ve makyajın silinmesi, mesanenin boşaltılması) yapılarak (Bilik 2006, Yıldız 2011) hasta dosyası ile birlikte servis hemşiresi tarafından ameliyathane hemşiresine teslim edilir (Yıldız 2011, Ünal-Taşkın 2011).

1.4.3. Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı

Total diz protezinde ameliyat sonrası genel bakıma ek olarak erken dönemde dikkat edilmesi gereken en önemli konular; yara bakımı ve tromboembolinin önlenmesidir (Erdil 2001a, Doğan 2003, Yıldız 2011). Protez ameliyatları, büyük cerrahi girişim olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle ameliyat sonrası izlem ve bakım önemlidir. Protez uygulanan hastalarda bakım; beslenme ve sıvı desteği, kanama kontrolü, ağrı ve stres yönetimi, aldığı-çıkarıldığı sıvı izlemi, solunum, kardiyak, renal ve santral sinir sistemi fonksiyonun sağlanması, bulantı-kusmanın önlenmesi, bağırsak fonksiyonlarının sürdürülmesi ve komplikasyonların önlenmesi gibi genel ameliyat sonrası bakımı içermektedir (Ünal-Taşkın 2011). Hasta kliniğe geldiğinde ameliyatına uygun pozisyon verilerek yaşam bulguları alınır, solunum, kardiyovasküler ve nörolojik fonksiyonlar değerlendirilir, damar yolu, cerrahi yaranın durumu, mevcut drenler/

tüplerin açıklığı kontrol edilir, kaydedilir ve istemdeki ilaçları uygulanır. Hastanın durumu stabil ise bağırsak sesleri duyulmaya başladıktan sonra ve bulantı kusması olmadığında, az miktarda su ile oral alıma başlanır ve daha sonra komposto, meyve suyu gibi sulu gıdalara, sonra çorba, yoğurt, muhallebi gibi yumuşak gıdaları ve en sonunda da normal diyete geçilir (Tekin 2011). Bu uygulamaların yanı sıra TDP ameliyatı sonrası taburculuğa kadar bakımda; ağrı kontrolü, nörovasküler izlem, kanama ve drenaj sistemlerinin izlemi, pozisyon ve fiziksel hareket, komplikasyonların önlenmesi ve taburculuk eğitimi üzerine odaklanılmalıdır.

- **Ağrı kontrolü:** TDP ameliyatı, şiddetli düzeyde ağrıya neden olan ameliyatlardan biridir (Ünal-Taşkın 2011). Bunun nedeni; kemik travması, ameliyat sırasında uygulanan turnikenin gevşetilmesinden sonra reaktif hipereminin oluşması ve kas dokusu bütünlüğünün bozulmasıdır (Tekin 2011). Ağrı kontrol altına alındığında hastalar daha çabuk mobilize edilebilir ve böylelikle hastanede yatışa bağlı komplikasyon riski azaltılabilir. Ameliyat sonrası şiddetli ağrı, hastada solunum egzersizlerini uygulamada, yatakta dönme ve ayağa kalkmada isteksizliğe neden olabilmektedir (Şimşek-Yaban 2006). Bu nedenle hastanın ağrı düzeyi sık değerlendirilmeli (Ünal-Taşkın 2011), ağrı kontrolü için hekim istemine göre analjezikler yapılmalı ve etkinliği değerlendirilmelidir (Şimşek-Yaban 2006). Hemşireler daha uzun süre hasta ile birlikte olmaları nedeniyle, ağrı ile baş etmede hastaya rehberlik yapmalı, uygulamaların sonuçlarını izlemelidirler (Tekin 2011). Ağrıyı kontrol altına almada için başlıca hemşirelik girişimleri;

- ✓ Gereksiz hareketlerden kaçınarak, yastıklar veya rulo bezlerle destekleyerek hastaya uygun pozisyon verilmeli,
- ✓ Hareket ettirme esnasında hastaya nazik davranılmalı,
- ✓ Kontrendikasyon yoksa yaralanan ekstremitelere elevasyona alınmalı,
- ✓ Pozisyon değişimi, gevşeme, dikkati başka yöne çekme gibi farmakolojik olmayan yöntemler uygulanmalı,
- ✓ Erken dönemde ağrıyı azaltmak için hekim istemine göre soğuk uygulama yapılmalı,

✓ Ağrı şiddetine göre hekim istemine göre oral, intramüsküler analjezikler yoğun olduğunda ise gerekirse hasta kontrollü analjezi ile narkotik analjezikler uygulanmalı ve ilaçlar hakkında hastaya bilgi verilmelidir (Tekin 2011, Ünal-Taşkın 2011).

- **Nörovasküler izlem:** Sinir ve damarların maruz kaldığı basıncın değerlendirilmesinde kullanılan nörovasküler tanılama, ortopedi hemşiresinin temel tanılama yöntemlerinden biridir. Ameliyat sonrası ödem ve kanamaya bağlı kompartman sendromu gelişme riski nedeniyle, hastanın doku perfüzyonu yakından izlenmelidir (Ünal-Taşkın 2011). Protez uygulamasından sonra ilk 48 saat içinde 1-2 saatte bir hasta, periferik emboli belirtileri ve alt ekstremitelerin sinirsel işlevleri (nabız, renk değişikliği, ağrı, duyu ve motor refleks kontrolü) açısından değerlendirilmelidir (Şimşek-Yaban 2006). Hemşire öncelikle sağlam ekstremitayı değerlendirmeli, daha sonra ameliyatlı ekstremitayı değerlendirip karşılaştırmalı, doku perfüzyonunun bozulduğunu gösteren belirti-bulgu varlığında ise hekime haber vermelidir (Tekin 2011, Ünal-Taşkın 2011).

- **Kanama ve drenaj sistemlerinin izlemi:** Ameliyat sonrası hastaların kanama izlemi; pansuman ve dren bölgesinden yapılmalı ve hemorajik şoka yönelik gerekli önlemler alınmalıdır (Ünal-Taşkın 2011). İnsizyon bölgesindeki sıvıyı dışarı almak amacıyla yerleştirilen drenen gelen sıvı; renk, miktar, yoğunluk açısından kontrol edilmeli ve önemli değişiklikler kaydedilmelidir (Şimşek-Yaban 2006). Hemovak dren, serbest drenaja bırakılmalı, 8 saatte bir drenajdan gelen kontrol edilmeli (Erdil 2001b, Doğan 2003, Bilik 2006); drenaj 8 saat içinde 300 ml'yi geçmemeli, ameliyat sonrası ilk 48 saatte 25-30 ml'den az olmamalıdır (Doğan 2003, Bilik 2006). Drenajın zamanla seröz hale gelmesi ve miktarının azalması beklenmektedir. Aksi bir durumda hekime haber verilmelidir. Drenaj sistemleri, gelen miktar 25-30 ml olduğunda sonlandırılır (Ünal-Taşkın 2011). Ayrıca yara yeri pansumanı 4 saatte bir kontrol edilmelidir (Bilik 2006).

- **Pozisyon ve fiziksel hareket:** Ameliyat sonrası dönemin başından itibaren hasta yatarken fleksiyon kontraktürünü önlemek için diz ekstansiyonda tutulmalı (Erdil 2001a, Doğan 2003, Tekin 2011) ve insizyon bölgesindeki ödemi azaltmak için hekim istemine göre buz uygulaması yapılmalıdır (Doğan 2003, Tekin 2011). Bacağın

fleksiyon ve hiperekstansiyonundan kaçınılmalıdır. Bacağın elevasyonu kalçadan itibaren olmalı, çoğunlukla hastalara ameliyat sonrası birinci günde izometrik kuadriseps egzersizlerine başlanmalı (Erdil 2001a, Demir ve Çalış 2002, Erikli ve Araç 2003, Tekin 2011, Ekşioğlu ve Gürçay 2013), drenin alınmasından sonra da hastanın durumu uygunsa yatak kenarına oturtularak izotonik kuadriseps egzersizlerine geçilmelidir (Demir ve Çalış 2002, Tekin 2011, Ekşioğlu ve Gürçay 2013). Hasta mobilize oluncaya kadar isteme göre pozisyonu 2 saatte bir değiştirilmeli, kemik çıkıntıları koruyucu malzemelerle desteklenmelidir (Tekin 2011). İki saatte bir ayak-bacak egzersizleri, derin solunum ve öksürme egzersizlerini yapması için hasta desteklenmelidir (Şimşek-Yaban 2006, Tekin 2011). Ameliyat sonrası dönemde hastanın erken mobilizasyonu ve fiziksel hareketin sağlanması oldukça önem taşımaktadır. Erken mobilizasyon ile akciğer enfeksiyonu, tromboembolik olaylar, basınç yaraları, konstipasyon gibi komplikasyonların önlenmesinin (Ünal-Taşkın 2011) yanı sıra erken dönemde hastanın bağımsızlığını kazanması da sağlanmaktadır. Hasta dayanabildiği ölçüde hareket ettirilmeli ve hareket etmede cesaretlendirilmelidir. Hastanın GYA'nde bağımsızlığını kazanması, taburculuk süresini kısaltan en önemli nedenlerden biridir (Şimşek-Yaban 2006).

- **Komplikasyonların önlenmesi:** Tüm ameliyatlarda olduğu gibi TDP ameliyatlarından sonra da komplikasyonların önlenmesi ya da erken dönemde tanınması çok büyük önem taşımaktadır (Erdil 2001b, Doğan 2003). Özellikle TDP ameliyatlarından sonra tromboemboli, enfeksiyon ve büyük cerrahi girişim olduğu için hipovolemik şok gelişme riski yüksektir (Ünal-Taşkın 2011). Komplikasyonları önlemeye yönelik girişimlerin pek çoğunun da hemşirelerin uygulama alanına girmesi nedeniyle etkin ve nitelikli hasta bakımı ile hemşireler komplikasyonların fizyolojisi ve erken bulguları konusunda bilgi sahibi olmalı ve uygun girişimleri yapabilmelidir (Erdil 2001a, Doğan 2003). Yaşam bulguları, bilinç düzeyi, nörovasküler durum, yara drenajı, solunum sayısı, sıvı dengesi ve ağrı düzeyinin sık izlenmesi, olası komplikasyonların erken saptanmasını ve gerekli önlemlerin alınmasını sağlamaktır (Erdil 2001b, Ünal-Taşkın 2011).

- **Taburculuk eğitimi:** TDP uygulanan hastaların, eski günlük aktivitelerine dönüşleri 3-6 ay sürebildiğinden taburculuk eğitimi büyük önem taşımaktadır (Doğan 2003). Taburculuk eğitiminde; olası komplikasyonlar, insizyon bölgesinin bakımı, acil tedavi gerektiren belirti ve bulgular, egzersizler (özellikle kuadrisepleri güçlendirme egzersizleri), fiziksel kısıtlamalar, rehabilitasyon, ağrı kontrolü, ilaçların kullanılması gibi bilgilerin verilmesi oldukça önemlidir (Ünal-Taşkın 2011, Turhan 2012).

✓ **Ağrı kontrolü:** TDP ameliyatı sonrası reçete edilen analjeziklerin kullanımı, ağrının kontrol altına alınmasında kullanılan ilaç dışı yöntemler (dinlenme, gevşeme, ilgiyi başka yöne çekme gibi) (Şendir 2002, Bilik 2006, Prouty ve ark 2006), ağrıyı artıran durumlar ve bunlara karşı alınacak önlemler konusunda hastaya bilgi verilmelidir (Uluslan 2008).

✓ **İlaçlar:** Evde kullanılacak ilaçların (analjezikler, antibiyotikler, antienflamatuar ve antikoagülan gibi) amacı, uygulama yolu, dozu, yan etkileri ve hekime başvurulması gereken konular açıklanmalıdır (Şendir 2002, Bilik 2006, Prouty ve ark 2006).

✓ **Günlük yaşam aktiviteleri:** Yara iyileşmesi, egzersizleri yaparken enerjiye gereksinim olması, enfeksiyonlardan korunması, konstipasyon, hareketsizlik ve analjeziklerin oluşturduğu yan etkiler nedeniyle oluşan sorunların önlenmesi için dengeli beslenmesi, kahve ve alkol tüketiminin azaltılması gerektiği, demir ve kalsiyum içeren besinleri tüketmesi gerektiği, ayrıca kilo alımının, dizde yük artışına neden olacağından dolayı kilo kontrolünün önemi hastaya açıklanmalıdır. Ayrıca hastalara ameliyattan yaklaşık 4-6 hafta sonra cinsel yaşama dönebileceği (Ünal-Taşkın 2011), 6-8 hafta sonra araç kullanmaya başlayabilecekleri ancak reflekslerde yavaşlama olacağı için azami dikkat gösterilmesi ve uzun yolculukların yapılmaması (Uluslan 2008) ve birkaç hafta için alışveriş, yemek pişirme, banyo gibi günlük gereksinimlerin karşılanmasında yardım alması gerektiği açıklanmalıdır (Ünal-Taşkın 2011). Düşmeleri önlemek için, ameliyat sonrası ilk haftalarda sabit, hareket etmeyen yerden yarım metre yükseklikte bir koltuğa oturması, tuvalette yükseltici kullanılmaması (Walker 2010, Ünal-Taşkın 2011), gece lambalarının açık bırakılması, yürüme sırasında lastik tabanlı ayakkabı veya terlik giyilmesi, baş dönmesini önlemek için yavaşça ayağa kalkılması, yatakta dönerken

sağlam bacak bükülerek onun üzerinde dönülmesi, ameliyattan sonra 4-6 haftaya kadar çift koltuk değneği, 6. haftadan sonra tek koltuk değneği ya da baston, 8. haftadan sonra hiçbir araç-gereç kullanmadan yürüyebileceği, merdivenlerden inerken ameliyatlı ayak ile çıkarken sağlam ayakla çıkılması gerektiği açıklanmalıdır (Ünal-Taşkın 2011). Fazla ayakta kalmaması, yorulduğunu hissettiği anda oturup dinlenmesi gerektiği, alışveriş merkezi gibi yerlerde manyetik kapılardan geçerken ya da herhangi bir nedenle manyetik film çekilmesi gerektiğinde protezli olduğunu belirtmesi gerektiği söylenir (Bilik 2006). Hastalar ayrıca evde meydana gelebilecek kazaların önlenmesi, evin daha rahat ve verimli kullanılabilmesi için hangi düzenlemelerin yapılması ve evdeki güvenlik önlemleri (düşmeye neden olabilecek objelerin ortadan kaldırılması, sık kullanılan eşyaların kolayca ulaşılacak bir yere konması, merdivenlerde parmaklık ve tutunma barlarının bulunması, banyoda tutunma barlarının bulunması, kaymayan paspas kullanımı gibi) konusunda bilgilendirilmelidir (Uluslan 2008, Ünal-Taşkın 2011).

✓ **Yapılacak egzersizler:** Hasta taburcu olurken glutues, kuadriseps, hamstring, ayak bileği fleksör ve ekstansör kas gruplarına izometrik ve izotonik egzersizler gösterilir. Taburcu olduktan bir hafta sonra herhangi bir sorun yoksa progresif kuadriseps güçlendirici egzersizler önerilebilir (Demir ve Çalış 2002, Can 2013). Egzersizler, her bir hareket günde iki kez, 10-15 defa olacak şekilde yapılmalıdır. Ağrı ve yorgunluktan kaçınılmalıdır (Demir ve Çalış 2002). Yapılmaması gereken sporlar (futbol, basketbol gibi), sınırlı yapılması gereken sporlar (kayak, tenis, tempolu yürüyüş gibi), yapılması gereken sporlar (aralıklı yürüyüş, merdiven çıkma, dans gibi) açıklanmalıdır (Ünal-Taşkın 2011). Mobilizasyonda kullanılacak koltuk değneği ve walker gibi yardımcı cihazların nasıl kullanılacağı öğretilmelidir (Demir ve Çalış 2002).

✓ **Yara bakımı:** Yaranın özellikleri, yara iyileşmesinin göstergeleri, yara iyileşmesini azaltan ve arttıran etmenler, pansuman değişimi, yara enfeksiyonu belirtileri, dikişlerin ne zaman alınacağı, nasıl banyo yapılacağı konusunda hastaya bilgi verilmelidir (Şendir 2002, Bilik 2006, Ünal-Taşkın 2011). Ayrıca dizde ameliyattan sonra 3-6 aya kadar şişlik olabileceği, bunu önlemek için günde bir kaç kez bacak altına yastık konarak yükseltmesi gerektiği açıklanmalıdır (Ünal-Taşkın 2011).

✓ **Gelişebilecek komplikasyonlar ve diğer konular:** Hastaya taburcu olduktan sonra gelişebilecek komplikasyonlar (tromboemboli, enfeksiyon, instabilite, hareket kısıtlılığı, kırıklar, aseptik gevşeme), sağlık kurumuna başvurmasını gerektiren belirti ve bulgular (Şendir 2002, Bilik 2006, Prouty ve ark 2006, Yıldırım 2007, Ulusan 2008, Ünal-Taşkın 2011), kontrole gelme zamanı ve tahmini işe dönme zamanı (Erdil 2001b, Doğan 2003, Yıldız 2011) konusunda bilgi verilmelidir.

1.5. Taburculuk Süreci ve Taburculuğa Hazır Oluşluk

1.5.1 Taburculuk Sürecinin Tanımlanması

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA-American Nurses Association) taburculuk eğitim sürecini; hastayı kendisi, aile üyeleri ya da bir kurum tarafından bakılmak üzere bir sonraki bakım aşaması için hazırlamak ve bu aşama için gerekli düzenlemelerin yapılmasına yardımcı olmak için tasarlanmış bir süreç olarak tanımlamaktadır (Yıldırım 2007, Özel 2010, ANA 2015). Taburculuk eğitim süreci ile hastanın hastaneye kabul edildiği andan itibaren hastaya hastalığının tüm aşamalarında nitelikli tedavi ve bakımın verilmesi amaçlanmaktadır (Karadağ 1999, Çoşkun ve Akbayrak 2001, Birol 2004, Birol 2005b, Duran ve Gürhan 2011, Wong ve ark 2011, Hesselink ve ark 2012, Holland ve ark 2015, Yalçın ve ark 2015). İyi bir eğitim süreci, koordine olmuş, erken başlatılmış, hastanın oluşabilecek sorunlarla mücadele becerilerini geliştiren, hastayı, ailesini ve diğer bakım verenleri içine almış olmalıdır. Hastalara verilecek eğitim sözlü anlatımla olabileceği gibi kitapçık, broşür gibi yazılı eğitim materyalleri kullanılarak da yapılabilir (Hatipoğlu 2003, Akdemir 2005a, Birol 2005b). Taburculuk eğitiminin amacı, evde değişebilecek sağlık bakımına ilişkin olarak hastayı ve ailesini hazırlamaktır. Eğitimin etkili olabilmesi için eğitim sürecinin aile merkezli olması ve hasta ve ailenin gereksinimlerini karşılamaya yönelik bireyselleştirilmiş eğitimi içermesi gerekmektedir. Aile merkezli yaklaşım ve işbirliği ile ailenin bakıma katılımı en üst düzeyde sağlanmalıdır (Hatipoğlu 2003, London 2004, Akdemir 2005a, Özen 2012).

Taburculuk eğitiminin, hastanın fizyolojik, psikolojik ve sosyal gereksinimleri doğrultusunda planlanan uygun öğretim yöntemlerinin uygulandığı bir eğitim olması önem kazanmaktadır (Yıldız ve ark 2015). Cerrahi kliniklerinde tüm hastaları; hastalık

ve tedavi bilgisi, ağrı kontrolü, solunum ve öksürük egzersizleri, GYA (beslenme, banyo yapma, boşaltım, uyku ve dinlenme, öz-bakım, günlük işler, araba kullanma, çalışma yaşamına dönüş vb.), yara bakımı, yapılması gereken egzersizler, gelişebilecek komplikasyonların belirti ve bulgularının tanınması ve önlenmesi, taburcu olduktan sonraki tıbbi izlem/kontrole gelme sıklığı, kullanacağı ilaçlar, acil durumlarda başvurulacak kişi/kuruluşlara nasıl ve nerelerden ulaşılacağı, ilgili kurumlara ilişkin bilgi ve danışmanlık ve sağlığın geliştirilmesi vb. konularda taburculuğa hazırlamak gereklidir (Yıldırım 2007, Turhan 2012).

1.5.2. Taburculuk Sürecinin Aşamaları

Taburculuk eğitim süreci, hastanın taburculuk gereksinimlerinin belirlenmesini (veri toplama), taburculuk planının geliştirilmesini, uygulanmasını ve değerlendirilmesini içerir (Hatipoğlu 2003, Yıldırım 2007, Öztürk ve ark 2011). Veri toplama aşamasında; hastanın sağlığı, hasta, ailesi, yaşadıkları çevre ve destek hizmetleri ile ilgili bilgiler toplanır (Hatipoğlu 2003, Yıldırım 2007). Planlama aşamasında, elde edilen veriler doğrultusunda hastanın GYA'lerine devam edebilmesi için oluşan ya da oluşabilecek sorunlar düşünülerek "yardım-bağımlılık-bağımsızlık" zincirine göre yapılacak uygulamalar belirlenir (Şendir ve Babadağ 2000, Şendir 2002). Uygulama aşamasında, planlama aşamasında belirlenen eylemler uygulanır, taburculuk eğitimi (yara bakımı, ağrı kontrolü, beslenme, egzersizler, komplikasyonlar) verilir ve taburculuk sonrasında hasta ve hasta yakınlarına gereksinim duyacağı konularda kaynaklar sağlanır ve bu kaynaklara nasıl ulaşılacağı anlatılır (Hatipoğlu 2003, Akdemir 2005a, Yıldırım 2007). Değerlendirme aşamasında ise; uygulanan taburculuk eğitiminin, belirlenen hedefler doğrultusunda etkili olup olmadığı değerlendirilir (Şenyuva ve Taşocak 2007). Tüm aşamaların eksiksiz olarak gerçekleştirilebilmesi için eğitim; hastaneye yatışla birlikte başlatılmalı ve aileyi de kapsamalıdır (Yıldırım 2007).

1.5.3. Taburculuk Sürecinde Hemşirenin Rolü

Taburculuk eğitimi, bakımın sürekliliğini sağlamak için sağlık ekibinin tüm üyelerinin koordinasyonlu bir şekilde birlikte çalışmasını gerektiren dinamik bir süreçtir (Pethybridge 2004). Taburculuk süreci, hizmet alan bireyin de kararlara katılarak içinde

yer aldığı bir sağlık ekibi tarafından disiplinler arası yaklaşımla yapılmalıdır. (Fielden ve ark 2003, Hatipoğlu 2003, Connolly ve ark 2010, İyilikçi-Tulgay 2012). Ekip içindeki her bir üyenin rolleri ve sorumlulukları belirlenmeli, ekip üyeleri tarafından hastaya yapılan eğitim, koordineli, kolay ve anlaşılır olmalıdır (Anthony ve Hudson-Barr 1998, Chapman 2007, Connolly ve ark 2010). Ekip içinde hastayla ve ailesiyle daha uzun süre zaman geçiren ve hastayı yakından izleyen kişi olarak hemşire, disiplinler arası işbirliğinin sağlanmasında, taburculuk eğitiminin planlanması ve uygulanmasında önemli bir rol üstlenmektedir (Chapman 2007, Foust 2007, Nsameluh ve ark 2007, Miller ve ark 2008, Weiss ve ark 2011).

Sağlık ve hastalık durumlarında yaşanan değişiklikler, bireyin geçiş sürecini deneyimlemesine neden olmaktadır (Meleis 2010). Bu süreçte hastayı ve aile üyelerini bilgilendirme ve gelişebilecek sorunlara yönelik gerekli önlemleri almalarını sağlama, hastayı ve çevresini taburculuk sonrasına hazırlama, taburculuk sonrasında hastanın ve ailesinin gereksinimlerini karşılamak için gerekli kaynakları değerlendirme ve sağlama (Coşkun ve Akbayrak 2001, Yıldırım 2007, Bowles ve ark 2009); tüm sağlık ekibinin üyeleri sorumlu olmakla birlikte taburculuk eğitimi hemşirenin sorumluluğundadır (Coşkun ve Akbayrak 2001, Yıldırım 2007). ANA'nın 1986'da yayınladığı "Evde Bakıma Yönelik Hemşirelik Uygulamaları Standartları"nda, hemşirenin, bakım alan bireyin bakımının uygun ve kesintisiz olarak sürdürülmesinden, bakım yönetimi ve toplum kaynaklarının koordine edilmesinden sorumlu olduğu belirtilmektedir (Özel 2010, Özen 2012). Taburculuk eğitim planlamasında hemşirenin rollerini "tarama, tanılama, danışmanlık, kaynaklara ulaşma ve hasta/ailenin eğitimi" şeklinde ifade edilmektedir (Grimmer ve ark 2004, Collier ve Harrington 2005, Özen 2012).

Yaşanan hastalık durumuna bağlı olarak, hasta ve ailesi birtakım yeni becerileri öğrenmek durumundadır ve bu becerilerin hasta ve ailesine kazandırılması hemşirenin sorumluluklarındandır (Miller ve ark 2008, Tan ve ark 2013). Taburculuk eğitim planlama sürecindeki hasta ve aile eğitiminin dört bileşeni vardır. Bu bileşenler; odaklanma, her fırsatta eğitim, bireyselleştirilmiş eğitim ve sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği içinde yapılan eğitimidir. Hemşire dinleme ve gözlem yoluyla bakım verenin neyi bildiğini, neyi bilmek istediğini belirleyebilir. Yazılı taburculuk eğitim materyalleri,

hemşire tarafından geliştirilerek taburculuktan önce hasta ve/veya ailesine verilmelidir. Bu materyaller işlemlerin aşamalarını, ilaç rehberini (doz, uygulama şekli, yan etkiler) içermeli, ameliyat sonrası hasta bakımının tüm yönlerini özetler şekilde olmalıdır (London 2004, Özen 2012).

Son dönemde, bakım geçiş süreçlerinde hemşire danışmanlığı oldukça önem verilen konulardan biri olmuştur (Collier ve Harrington 2005). Geçiş sürecinde danışmanlık yapacak hemşirenin temel rolü ise hasta ve bakım vericileri hastalık yönetiminde aktif rol alma konusunda cesaretlendirmek, ev ziyaretleri ve telefon görüşmeleri ile yaşanabilecek sorunların çözümünde hasta ve ailesine yardım etmek olarak tanımlanmaktadır (Morice ve Wrench 2001, Nathan ve ark 2006, Savcı ve Bilik 2015). Bu alanda hizmet veren hemşirelerin eğitici ve danışman rollerini kullanarak, sağlığın korunmasında sekonder ve tersiyer bakımdaki sorumluluklarını, gereksinimlere yanıt verebilen etkin bir taburculuk eğitimi ile yerine getirmeleri gerekmektedir (Held-Warmkessel 2002, Akdemir 2005b, Ulusan 2008, İyilikçi-Tulgay 2012). Bu eğitimle hemşire hastanın fiziksel ve sosyal faaliyetlerde bulunabilme yeteneklerini artırarak, bireylerin yaşam biçimindeki değişikliklere ve hastalığa uyumlarında uygun başetme yöntemi kullanmalarını sağlayarak, kaliteli bir yaşam düzeyine ulaşmalarına yardımcı olmalıdır (Anthony ve Hudson-Barr 1998, Arıcı-Karazeybek ve Özbayır 2005, Pieper ve ark 2006, Nsameluh ve ark 2007, Duran ve Gürhan 2011, İyilikçi-Tulgay 2012).

Taburculuk eğitim planlamasının başarılı olabilmesi için en önemli nokta hasta ve bakım veren kişiler arasındaki bilgi değişimidir ve bu sorumlulukta genellikle hemşirelere aittir. O nedenle denilebilir ki taburculuk eğitim planlaması hemşirelik sürecinin önemli bir parçasıdır ve taburculuk eğitimini etkin bir şekilde vermek, bireylerin evde yaşayacakları süreci yakından izlemek, komplikasyon gelişmeden normal yaşamlarına dönmelerini sağlamak, GYA'nin etkilenme düzeyini belirlemek ve bunlara yönelik müdahaleleri geliştirmek hemşirelerin görevidir (Held-Warmkessel 2002, Babacan ve Ulupınar-Alıcı 2008, Özel 2010, Guerin ve ark 2012, Tuna ve Şenol-Çelik 2014, Yalçın ve ark 2015).

1.5.4. Taburculuğa Hazır Oluşluk Kavramı

Hastaneden eve geçiş süreci, olası yan etkiler nedeniyle oldukça hassas bir dönemdir. Taburculuk sonrası ilk günler; hastalık yönetiminin sorumluluğunu üstlenen hasta ve bakım vericiler için birtakım güçlükler ve buna bağlı yoğun stresin yaşandığı dönemdir (Miller ve ark 2008, Weiss ve ark 2008, Bauer ve ark 2009, Hesselink ve ark 2012). Bu nedenle hastalar evde kendi bakım gereksinimlerini karşılayabilecek bilgi ve becerilere sahip olarak taburcu olmalıdır (Coşkun ve Akbayrak 2001, Preyde ve ark 2009, Özel 2010, Yalçın ve ark 2015).

Cerrahi literatürde taburculuğa hazır oluşluk kavramı, eve gitmeye hazır olma olarak tanımlanmaktadır. Hazır oluşluk hasta, aile üyeleri ve sağlık personeli tarafından değerlendirilmesi gereken bir durumdur ve sağlık personeli tarafından yapılmaktadır (Şahingeri 2008, Dağ ve ark 2013, Sis-Çelik ve ark 2014). Hazır oluşluk kararının verilmesinde göz önünde bulundurulması gereken faktörler bireyin fizyolojik durumu, fonksiyonel yeterliliği, evde öz-bakım için hazır oluşluğu, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği, sosyal destek varlığı ve bakım kişinin yeterliliği gibi psiko-sosyal faktörler ile taburculuk sonrasıyla ilgili bilgi sahibi olma ve danışmanlık hizmeti almasıdır (Weiss ve Piacentine 2006, Weiss ve ark 2006, Şahingeri 2008, Akın ve Şahingeri 2010, Dağ ve ark 2013, Mabire ve ark 2015a). Hastanın taburcu olmak için kendini hazır hissetmesi taburculuk kararının verilmesinde önemli bir unsurdur ve sağlık personeli ile hasta arasında taburculuğa hazır oluşluğu algılama arasında farklılıklar olabilmektedir (Weiss ve Piacentine 2006, Weiss ve ark 2006, Şahingeri 2008, Akın ve Şahingeri 2010, Dağ ve ark 2013). Özellikle, bakımda hastaların hazır olma konusundaki kendilik algılamalarına yönelik sınırlandırmalar dikkat çekmektedir (Mabire ve ark 2015a).

1.5.5. Taburculuğa Hazır Oluşluğu Etkileyen Faktörler

Modern sağlık hizmeti anlayışı, bireylerin kendi sağlıklarını koruma, iyileştirme ve yükseltmede aktif rol almalarını gerektirmektedir. Bu nedenle taburcu olan hastaların evde bakımlarını doğru uygulayabilmeleri ve GYA'ni sürdürebilmeleri gerekmektedir (Ulusan 2008). Cerrahi hastalarının geçirdikleri cerrahi girişim sonucunda geçici ya da

kalıcı rol değişimlerinin gerçekleşmesi, mali sorun ve işe dönmede güçlük yaşamaları gibi nedenlerle taburculuk öncesinde anksiyete, öfke ya da endişe yaşadıkları (Petit 2006, İyilikçi-Tulgay 2012) ve bazı durumlarda ameliyat sonuçlarının hastanın beklentilerini karşılayamadığı bilinmektedir. Bu tür sorunlar yaşayan hastalarda duygusal desteğin sağlanması için ayrıca danışmanlık gerekebilmektedir (İyilikçi-Tulgay 2012).

Ancak günümüzde bu uygulamalarla ilgili çeşitli sorunlar olduğu görölmektedir. Hastaların hastanede geçirdikleri sürenin az olması, servise ameliyat günü kabul edilmeleri, ameliyat öncesi hazırlıkların evde kendileri tarafından yapılması gibi nedenlerle hasta ve yakınlarının ameliyat öncesi ve sonrası uygun bakım ve eğitim almalarında bazı aksaklıklar ortaya çıkarmakta; bu durum bireylerin evde bakım aktivitelerini yerine getirirken çeşitli sorunlar yaşamalarına neden olabilmektedir (Karadağ 1999, Çilingir ve Bayraktar 2006, Karahan ve ark 2010, Öztürk ve ark 2011, Ohta ve ark 2016). Taburculuğa hazır oluşluğu etkileyen faktörlerden biri de ileri yaştır. Eğitim sırasında ağrı veya yorgunluğa bağlı dikkat eksikliği, taburculuğun yarattığı stres veya kaygı, tıbbi bilgilerin karmaşıklığına bağlı korku, bilgi bombardımanı nedeniyle seçici bilgilerin alınması, bilgilerin zamanlaması ve personelin kısıtlı zamanı nedeniyle eğitimin alelacele yapılması gibi nedenler, bu grupta taburculuğa hazır oluşluluğu etkileyen önemli engellerdir (Bobay ve ark 2010). Taburculuğa hazır oluşluğu bireyin kültürü, yaşı ve eğitim durumu da etkilemektedir (Şendir ve ark 2013, Mabire ve ark 2015a). Ayrıca, ailesi veya arkadaşları tarafından desteklenen, güvenli, kendinden emin hastalarda taburculuğa hazır oluşluk süreci daha başarılı gerçekleşmektedir (Weiss ve Piacentine 2006).

Taburcu olan hastaların hazır olma algısını etkileyen pek çok faktör olmasına rağmen (Knier ve ark 2015), erişkin tıbbi-cerrahi hastaları üzerinde yapılan araştırmalarda taburculukta verilen eğitimin kalitesinin; hastaların taburculuk için hazır oluşluluk algısını etkileyen güçlü bir belirleyici olduğunu gösterilmiştir (Bobay ve ark 2010, Knier ve ark 2015, Berg 2016). Hastaların karşılanamayan ihtiyaçlarını en aza indirilerek taburculuğa daha hazır hale getirilebilir (Anthony ve Hundson-Barr 2004).

Bunun için hasta ve ailelerine ihtiyaç duydukları kadar bilgi açıklanmalıdır (Maloney ve Weiss 2008).

Bağlamsal faktörler (farklı kültürlerde, farklı yaşlarda farklı anlamları olabileceği) ve sağlık kuruluşlarının belirli özellikleri de hastaneden taburcu olmaya yönelik hazır oluşluluğu önemli ölçüde etkileyebilmektedir (Mabire ve ark 2015a). Yabancı bir ortamda bulunma, sağlık personelinin zamanının olmaması, aynı personel tarafından bakımın sürdürülmemesi gibi nedenler hastaların soru sormada isteksiz davranmasına neden olabilmektedir (Henderson ve Zernike 2001, Maloney ve Weiss 2008). Bunların dışında, hastaların, aile üyelerinin ve sağlık personelinin hastaneden taburculuğa hazırlık hakkındaki bilgilerinde de farklı algılamalar olabilir. Hastaların özbakım faaliyetlerindeki değişimle başa çıkmak için kendi yeteneği hakkında farklı beklentileri de olabilir (Maloney ve Weiss 2008). Cerrahi girişim geçiren hastalara bilgilerin çoğu zaman yetersiz ya da belirsiz ve genellikle geç veya acele bir şekilde verildiği de belirtilmiştir (Henderson ve Zernike 2001).

Yapılan çalışmalarda hastaların taburculuk aşamasında yeterince bilgilendirilmediği, hastalara bu sınırlı bilginin çoğunlukla doktor tarafından verildiği ve verilen bilginin içeriğinin yeterli olmadığı sonucu elde edilmiştir (Popejoy ve ark 2009, Özel 2010, Faydalı ve Bayraktar 2011, Demirkıran ve Uzun 2012). Bu nedenle ülkemizde verilmekte olan hemşirelik hizmetlerinin hasta merkezli olmaktan çok iş merkezli yürütüldüğünü ve hasta eğitimine gereken önemin verilmediği söylenebilir (Özel 2010). Babacan ve Ulupınar-Alıcı (2008)'nın hemşirelerin hasta eğitimi ile ilgili düşünce ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada; bir günlük mesai içinde hemşirelerin yaptıkları faaliyetler arasında, tedavi uygulamalarının ilk sırada, hasta eğitiminin ise beşinci sırada yer aldığını saptanmıştır. Hemşirelerin ilaç tedavisine ağırlık vermesi ve eğitim rolünü daha az uygulaması, sağlık hizmetleri sunumunda tedavi odaklı yaklaşımın doğal bir sonucudur.

Taburculuğa hazır olma sürecini olumsuz yönde etkileyen diğer faktörler arasında zayıf iletişim (hasta, aile ve sağlık çalışanı arasındaki iletişim eksikliği); sağlık çalışanların kendi aralarındaki iletişim eksikliği, yetersiz ve gecikmiş değerlendirmeler, sistem eksikliği (örneğin, hizmetlere erişim için kılavuz ilkeler),

toplum kaynaklarının yetersizliği, aile bakıcılarının bakım rolünü üstlenme taahhüdünde kararsız kalmaları ile hasta ve bakım verenin etkisiz hazırlanması (Bauer ve ark 2009, Preyde ve ark 2009, Guerin ve ark 2012) yer almaktadır.



2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırma Türü

Bu araştırma, TDP uygulanan hastaların taburculuğa hazır oluşluk durumlarını değerlendirmek, taburculuğa hazır oluşluk durumunun sosyo-demografik özellikler, sağlık/hastalık özellikleri ve bilgilendirme durumu ile ilişkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı türde yapıldı.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Isparta Devlet Hastanesi Ortopedi servisinde gerçekleştirildi. Isparta Devlet Hastanesinde 42 yataklı iki ortopedi servisi bulunmaktadır. Her iki serviste; 11 hemşire ve 5 uzman hekim çalışmaktadır. Hemşirelerin hafta içi mesai saatleri 08:00-16:00 ve 16:00-08:00, hafta sonu 08:00-08:00'dır. Nöbetlerde her iki serviste, iki hemşire çalışmaktadır. 2014 yılında hastanenin ortopedi servislerine toplam 1704 ameliyat yapılmış ve bunların 397'sini TDP ameliyatı oluşturmuştur.

TDP uygulanacak hastalar ameliyattan bir gün önce hastaneye yatışı yapılmakta ve ameliyat öncesi hazırlık sözel olarak hemşire ve doktor tarafından verilmektedir. Ameliyattan sonraki sabahı hastalar mobilize edilmekte ve fizyoterapist tarafından hastalara sözlü olarak yapılması gereken egzersizler konusunda bilgi verilmektedir. Taburculuk eğitimi; hekim, hemşire ve fizyoterapist tarafından sözel olarak yapılmakta ve hastalara eğitime ilişkin herhangi bir yazılı materyal verilmemektedir. Hastanın taburculuğunda hastaya özgü bir taburculuk bilgilendirme formu (SHB04-SHB06.01) verilmekte, bu formda hasta ile ilgili bilgiler, yapıp yapamayacağı aktiviteler, hangi durumlarda hastaneye başvuracağı ilişkin bilgiler yer almaktadır. Hastalar ameliyat sonrası en az 4 gün serviste yatmaktadırlar.

2.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, ilgili hastanenin ortopedi servislerinde yatan ve TDP uygulanan tüm hastalar oluşturdu.

2.4. Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi

Araştırmanın örnek grubuna alınacak hasta sayısını belirlemek amacıyla güç analizine dayalı bir örneklem hesabı kullanıldı. Bu örneklem hesabına göre etki büyüklüğü 0,3 (Orta düzey), alfa tipi hata düzeyi 0,05 ve 0,90 güç düzeyinde ki kare analizi için uygun örneklem büyüklüğü 183 olarak belirlendi. G* Power 3.1.9.2. programı kullanılmıştır (Faul ve ark 2007, Faul ve ark 2009).

İletişim kurabilen, herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı olmayan, taburcu olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 183 hasta, gelişigüzel bir şekilde örnekleme alındı.

2.5. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda (Doğan 2003, Ünal-Taşkın 2011, Yıldız 2011, Turhan 2012, Altuntuğ ve Ege 2013, Dağ ve ark 2013, Sis-Çelik ve ark 2014) hazırlanan, 4 bölüm ve 29 sorudan oluşan bir anket formu (Bkz. Ek A) kullanıldı.

Birinci bölümünde, hastaların sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik 11 soru yer aldı. Bu sorular; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, yaşanılan yer, kiminle yaşadığı, çalışma durumu, gelir durumunun nasıl algılandığı, sosyal güvence varlığı, taburcu olduktan sonra evde bakım için destek olacak kişi varlığı ve kim olduğudur.

İkinci bölümünde, geçmiş ve şimdiki sağlık özelliklerini belirlemeye yönelik 14 soru yer aldı: Kronik hastalık varlığı ve türü, ameliyata karar verilen şikayet, mevcut hastalığa eşlik eden hastalık varlığı, geceleri uykudan uyandıran ağrıların olup olmadığı, yürüme mesafesinin ne kadar olduğu, daha önce hastaneye yatma durumu, daha önce ameliyat olma durumu, mevcut tıbbi tanı, hastaneye yatma tarihi, yapılan ameliyat bölgesi, ameliyat sonrası kaçınıcı gün olduğu, hastanede yatma süresi içinde sorun/komplikasyon yaşama durumu ve türü (ağrı, kanama, bulantı-kusma, iştahsızlık, ateş yükselmesi, yara enfeksiyonu, solunum sorunları, idrar ile ilgili sorunlar, kabızlık, ishal, gaz çıkarmada zorluk) ve şu anda sağlığın nasıl hissedildiğidir.

Üçüncü bölümde, hastaların hastanede yattıkları süre içinde bilgi/egitim alma durumlarının değerlendirilmesine yönelik 2 soru yer aldı. Bu sorular, hastanede yatılan süre içinde ameliyat öncesi, sonrası ve taburculuk dönemine ilişkin bilgi alma durumları, alınan bilgilerin ne olduğu ve kimin tarafından verildiğidir.

Dördüncü bölümde ise, hastaların taburculuğa hazır olma durumlarını değerlendirmeye yönelik 2 soru yer aldı. Bu sorular, Hastaneden taburculuk sonrası hazır oluşluluk ve evde normal yaşamınıza devam edebileceğinize inanma ve evde GYA'ni yapma konusunda hazır olma durumunu içermektedir.

2.6. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, 21 Mart-19 Ağustos 2016 tarihleri arasında, hazırlanan anket formu araştırmacı tarafından hastaların taburcu olacağı gün, hasta odasında veya serviste belirlenen bir odada yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Öncelikle Araştırmaya alınma kriterlerine uyan hastalara, araştırmanın amacı açıklandıktan ve yazılı onayları (Bkz. Ek-D) alındıktan sonra veriler, ortalama 15 dakikada toplandığı gözlenmiştir. Verilerden hastanın tanısı, yatış tarihi, ameliyat bölgesi hastanın dosyasından elde edilmiştir.

2.7. Araştırmanın Değişkenleri

2.7.1. Bağımlı değişkenler

- Taburculuk sonrası hazır oluşluluk ve evde normal yaşama devam edebileceğine inanma durumu

2.7.2. Bağımsız değişkenler

- *Sosyo-demografik, geçmiş ve şimdiki sağlık özellikleri:* Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, yaşanılan yer, kiminle yaşadığı, çalışma durumu, gelir durumu, taburcu olduktan sonra evde bakım için destek olacak kişi varlığı, kronik hastalık varlığı, daha önce hastanede yatma durumu, daha önce ameliyat olma durumu, ameliyat bölgesi, ameliyat sonrası sorun yaşama durumu, şu anda sağlığını nasıl hissettiği, ameliyat sonrası hastanede yatma süresi, toplam hastanede yatma süresi,

- *Bilgilendirilme ve eğitim durumu:* Ameliyat öncesi, sonrası ve taburculuk dönemine ilişkin bilgilendirilme konularıdır.

2.7.3. Tanımlayıcı değişkenler

- *Sosyo-demografik özellikleri:* Sosyal güvence ve taburcu olduktan sonra evde bakım için destek olacak kişinin kim olduğu,

- *Geçmiş ve şimdiki sağlık özellikleri:* Kronik hastalık türü, ameliyat kararını verdirilen şikayet, mevcut hastalığa eşlik eden hastalığın olup olmadığı, geceleri uykudan uyandıran ağrı varlığı, yürüme mesafesinin ne kadar olduğu, mevcut tıbbi tanı ve ameliyat sonrası gelişen sorun/sorunların türü,

- *Bilgilendirilme ve eğitim durumu:* Ameliyat öncesi, sonrası ve taburculuk dönemine ilişkin alınan bilgilerin kimin tarafından verildiğidir.

2.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Toplanan veriler, bilgisayar ortamına girildi. Analiz sonuçlarında tanımlayıcı istatistikler; sınıflandırılmış verilerde sayı ve yüzde, sayısal verilerde ise, ortalama ve standart sapma, minimum ve maksimum değerleri ile birlikte verildi. Sınıflandırılmış iki değişken arasındaki ilişkinin önemliliğini test etmek için ki-kare bağımsızlık testi kullanıldı. 2x2 boyutlu tablolarda beklenen değerler 5-20 arasında ise χ^2 test istatistiğine Yates düzeltmesi uygulanır. Yine 2x2 boyutlu tablolarda beklenen değerler 5'den az ise Fisher'in Kesin χ^2 testi (Fisher's exact test) uygulanır (Yıldız ve ark 2016). Bu araştırmada beklenen değerlerin 5'den az olması nedeniyle Fisher'in Kesin χ^2 testi kullanıldı.

Araştırma sonrasında toplanan verilerde bazı değişkenlerde (eğitim durumu, yaşadığı yer, kiminle yaşadığı, gelir durumu, ameliyat bölgesi, gelişen sorunların türü, şu anki sağlık durumunu nasıl algıladığı) seçenekler birleştirilerek kullanıldı. Açık uçlu sorulara verilen cevaplar uygun şekilde kategorize edildi. Verilen eğitimlerin diğer seçeneklerine cevap verilmemesi ve eğitim konularına (ameliyat öncesi protez, takı ve ojelelerin çıkarılacağı; ameliyat için özel giysi giyileceği; evde kullanılacak ilaçların

alınma zamanı, kullanılma süresi, gelişebilecek yan etkiler) tüm hastaların evet cevabı verilmesi nedeniyle bu soruları araştırma bulgularına dahil edilmedi.

2.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma öncesinde, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni (23.02.2016 tarihli, 34967403 karar sayılı) (Bkz. Ek-B) ve Isparta İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğinden kurum izni (16.03.2016 tarihli 80795514/663.08 karar sayılı) (Bkz. Ek-C) alındı. Ayrıca, katılımcılara gönüllü bilgilendirme formu okutularak (Bkz. Ek-D) yazılı onayları alındı.

3. BULGULAR

Total diz protezi uygulanan hastaların taburculuğa hazır oluşluk durumlarını değerlendirmek, taburculuğa hazır oluşluk durumunun sosyo-demografik özellikler, sağlık/hastalık özellikleri ve bilgilendirilme durumu ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada, bulgular dört bölümde sunulmuştur.

3.1. Total diz protezi uygulanan hastaların tanıtıcı özelliklerine yönelik bulgular,

3.2. Total diz protezi uygulanan hastaların ameliyat öncesi, sonrası ve taburculuk dönemine ilişkin bilgi alma özelliklerine yönelik bulgular,

3.3. Total diz protezi uygulanan hastaların taburculuğa hazır oluşluk durumlarına yönelik bulgular,

3.4. Total diz protezi uygulanan hastaların tanıtıcı özellikleri ve ameliyat öncesi, sonrası ve taburculuk dönemine ilişkin bilgi alma durumlarına göre taburculuğa hazır oluşluk durumlarının karşılaştırılmasına yönelik bulgular yer aldı.

3.1. Total Diz Protezi Uygulanan Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Yönelik Bulgular

Bu bölümde, TDP uygulanan hastaların sosyo-demografik özellikleri, geçmiş ve şimdiki sağlık özellikleri ve hastane deneyimlerine ilişkin bulgular verildi (Çizelge 3-1, 3-2, 3-3, 3-4).

Çizelge 3.1. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n=183).

Özellikler	n	%
Yaş		
64 yaş ve altı	60	32,8
65-74 yaş	84	45,9
75-84 yaş	39	21,3
Cinsiyet		
Kadın	156	85,2
Erkek	27	14,8
Eğitim durumu		
Okur-yazar	55	30,0
İlköğretim	122	66,7
Lise-Lisans	6	3,3
Medeni durum		
Bekar/Dul	54	29,5
Evli	129	70,5
Yaşanılan yer		
İl	84	45,9
İlçe	34	18,6
Köy-Kasaba	65	35,5
Kiminle yaşadığı		
Tek başına	31	17,0
Eşi ile	130	71,0
Çocukları ile	22	12,0
Çalışma durumu		
Çalışıyor	3	1,6
Çalışmıyor	180	98,4
Gelir durumu		
Çok iyi-İyi	120	65,6
Orta-Kötü	63	34,4
Sosyal güvence varlığı		
Var	169	92,3
Yok	14	7,7
Taburcu olduktan sonra evde bakım için destek olacak kişi varlığı		
Var	146	79,8
Yok	37	20,2
Taburcu olduktan sonra evde bakım için destek olacak kişi		
Eşi	52	28,4
Çocukları	76	41,5
Gelini	14	7,7
Diğer*	4	2,2
Yok	37	20,2

* Kardeş (n=2), Bakıcı (n=1), Bakıcı-Eş (n=1)

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde %45,9'unun 65-74 yaş aralığında, %85,2'sinin kadın, %66,7'sinin eğitim durumunun ilköğretim olduğu, %70,5'nin evli olduğu, %45,9'unun il merkezinde yaşadığı, %71,0'inin eşi ile birlikte yaşadığı, %98,4'ünün çalışmadığı, %65,6'sının gelir durumunun çok iyi-iyi olduğu, %92,3'ünün sağlık güvencesi olduğu, %79,8'inin taburcu olduktan sonra evde bakımında destek olabilecek kişinin olduğu ve %41,5'inin destek olacak kişinin çocukları olduğu belirlendi (Çizelge 3.1). Araştırma alınan hastaların yaş ortalaması $67,57 \pm 7,70$ (Minimum=46, Maksimum=85) olarak belirlendi.

Çizelge 3.2. Katılımcıların geçmiş sağlık özellikleri ve hastane deneyimlerinin dağılımı (n=183).

Özellikler	n	%
Kronik hastalığın varlığı		
Evet	127	69,4
Hayır	56	30,6
Var olan kronik hastalık sayısı		
Yok	56	30,6
Bir	64	35,0
İki	46	25,1
Üç	17	9,3
Kronik hastalık türü (n=209)*		
Hipertansiyon	113	54,1
DM	54	25,8
Kalp hastalığı	32	15,3
Diğer**	10	4,8
Daha önce hastaneye yatma durumu		
Evet	166	90,7
Hayır	17	9,3
Daha önce ameliyat olma durumu		
Evet	147	80,3
Hayır	36	19,7

*Birden fazla cevap verilmiştir, **KOAHA (n=3), KBY (n=3), Astım (n=4)

Hastaların geçmiş sağlık özellikleri ve hastane deneyimleri incelendiğinde %69,4'ünün kronik hastalığı olduğu, %35'inin bir kronik hastalığı olduğu, kronik hastalığı olanların %54,1'inin hipertansiyon hastası olduğu, %90,7'sinin daha önce hastaneye yattığı ve %80,3'ünün daha önce ameliyat olduğu saptandı (Çizelge 3.2).

Çizelge 3.3. Katılımcıların şimdiki sağlık özellikleri ve hastane deneyimlerinin dağılımı (n=183).

Özellikler	n	%
Tıbbi tanı		
Sağ gonartroz	93	50,8
Sol gonartroz	79	43,2
Bilateral gonartroz	11	6,0
Ameliyat bölgesi		
Tek taraf	172	94,0
Çift taraf	11	6,0
Hastaneye gelme şikayeti		
Ağrı	145	79,2
Hareket kısıtlılığı	27	14,8
Ağrı+ hareket kısıtlılığı	11	6,0
Mevcut hastalığa eşlik eden bir hastalığın varlığı		
Evet	65	35,5
Hayır	118	64,5
Uykudan uyandıran ağrı varlığı		
Evet	152	83,1
Hayır	31	16,9
Yürüme mesafesi		
100 m'den az	145	79,2
100-500 m arası	36	19,7
500 m'den fazla	2	1,1
Hastanede sorun gelişme durumu		
Evet	77	42,1
Hayır	106	57,9
Gelişen sorunun türü (n=161)*		
Ağrı	67	36,6
Bulantı-kusma	37	20,2
Ateş yükselmesi	19	10,4
Konstipasyon	9	4,9
İştahsızlık	9	4,9
Diğer **	20	10,9
Şu anki sağlık durumunu nasıl hissettiği/algıladığı		
Mükemmel-Çok iyi	23	12,6
İyi	160	87,4
Orta-Kötü	-	-

* Birden fazla yanıt verilmiştir. ** Kansızlık (n=8), İshal (n=4), Kansızlık-Hipotansiyon (n=2), Hipotansiyon (n=2), Hipertansiyon (n=1), Kanama (n=1), Solunum sorunları (n=1), Gaz çıkarmada zorluk (n=1)

Araştırmaya katılan hastaların şimdiki sağlık özellikleri ve hastane deneyimleri incelendiğinde; katılımcıların %50,8'inin tıbbi tanısının sağ gonartroz olduğu,

%94,0'ünün tek tarafından ameliyat olduğu, %79,2'sinin hastaneye ağrı şikayetiyle başvurduğu, %64,5'inin mevcut hastalığına eşlik eden bir hastalığın olmadığı, %83,1'inin ameliyat öncesi uykudan uyandıracak kadar ağrısının olduğu, %79,2'sinin ameliyat öncesi 100 m'den az yürüme mesafesi olduğu, %57,9'unda hastanede yattığı süre içinde herhangi bir sorun gelişmediği, %36,6'sının hastanede yattığı süre içinde ağrı yaşadığı ve %87,4'ünün şu anki sağlık durumunu iyi hissettikleri bulundu (Çizelge 3.3).

Çizelge 3.4. Katılımcıların hastanede yatma sürelerinin ortalaması (n=183).

Özellikler	$\bar{x}\pm ss$	Min-maks.
Ameliyat sonrası hastanede yatma süresi (gün)	7,58±2,75	4-20
Toplam hastanede yatma süresi (gün)	9,46±3,17	5-23

Araştırmaya alınan hastaların, ameliyat sonrası 7,58±2,75 gün, ameliyat öncesi ve sonrası olmak üzere toplamda ise 9,46±3,17 gün hastanede yattığı belirlendi (Çizelge 3.4).

3.2. Total Diz Protezi Uygulanan Hastaların Ameliyat Öncesi, Sonrası ve Taburculuk Dönemine İlişkin Bilgi Alma Özelliklerine Yönelik Bulgular

Bu bölümde, TDP uygulanan hastaların ameliyat öncesi, sonrası ve taburculuk döneminde bilgi alma özelliklerine ilişkin bulgular yer aldı (Çizelge3-5).

Çizelge 3.5. Hastaların ameliyat öncesi, sırası, sonrası ve taburculuk dönemine ilişkin bilgi alma durumları (n=183).

Verilen bilgiler	Evet		Bilgiyi veren kişi*					
			Doktor		Hemşire		Fizyoterapist	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ameliyat öncesi-sırasına ilişkin verilen bilgiler								
Ameliyat öncesi protez, takı ve ojelerin çıkarılacağı	183	100	-	-	183	100	-	-
Ameliyat için özel giysi giyileceği	183	100	-	-	183	100	-	-
Ameliyattan bir gece önce yeme ve içme kısıtlaması yapılacağı	181	98,9	5	2,7	179	97,8	-	-
Ameliyat sonrasında yapılacak solunum ve öksürük egzersizleri	179	97,8	3	1,6	176	96,2	-	-
Yatılan servis hakkında	178	97,3	-	-	178	97,3	-	-
Ameliyattan sonra olabilecek sonda, dren ve kateter hakkında	178	97,3	2	1,1	177	96,7	-	-
Ameliyat ile ilgili (ne yapılacağı, nasıl yapılacağı)	158	86,3	158	86,3	-	-	-	-
Hastalık ile ilgili (nedeni, tedavisi, sonuçları)	143	78,1	143	78,1	-	-	-	-
Yapılan tetkiklerin (kan testleri, röntgen) nedeni ve nasıl yapılacağı	134	73,2	128	69,9	87	47,5	-	-
Sürekli kullanılan ilaçlar hakkında	116	63,4	19	10,4	102	55,7	-	-
Ameliyathane ortamının nasıl olduğu	9	4,9	-	-	9	4,9	-	-
Ameliyat bölgesi temizliğinin nasıl yapılacağı	3	1,6	2	1,1	1	0,5	-	-
Ameliyat sonrasına ilişkin verilen bilgiler								
Yatak içi egzersizlerin nasıl yapılacağı	178	97,3	176	96,1	1	0,5	144	78,7
Ameliyattan sonra nasıl ayağa kalkılacağı	177	96,7	176	96,1	1	0,5	135	73,7
Ameliyattan sonra ne zaman ayağa kalkılacağı	176	96,2	174	95,1	2	1,1	5	2,7
Ameliyattan sonra ne zaman ve nasıl beslenmeye geçileceği	175	95,6	13	7,1	164	89,6	-	-
Tedavide kullanılacak ilaçlar	160	87,4	74	40,4	128	69,9	-	-
Ameliyat sonrası görülen sorunlar	90	49,2	87	47,5	37	20,2	-	-

* Birden fazla yanıt verilmiştir.

Çizelge 3.5 (Devam). Hastaların ameliyat öncesi-sırası, sonrası ve taburculuk bilgi alma durumlarına göre dağılımları (n=183).

Verilen bilgiler	Evet		Bilgiyi veren kişi*					
			Doktor		Hemşire		Fizyoterapist	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Taburculuk sırasında verilen bilgiler								
Evde kullanılacak ilaçların alınma zamanı, kullanılma süresi, gelişebilecek yan etkiler	183	100	183	100	-	-	-	-
Hangi durumlarda sağlık kuruluşuna başvurulacağı	182	99,5	182	99,5	-	-	-	-
İlk kontrole gelme zamanı	182	99,5	182	99,5	-	-	-	-
Hangi hareketlerin yapılacağı ve yapılmayacağı	181	98,9	179	97,8	1	0,5	144	78,7
Ameliyat bölgesinin bakımı	179	97,8	179	97,8	-	-	-	-
Ne zaman banyo yapılacağı	179	97,8	179	97,8	-	-	-	-
Beslenmenin nasıl olacağı	178	97,3	178	97,3	-	-	-	-
Ağrı kontrolü	177	96,7	177	96,7	-	-	-	-
İşe ne zaman başlanacağı	173	94,5	173	94,5	-	-	-	-

* Birden fazla yanıt verilmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası ve taburculuk döneme ilişkin bilgi alma durumlarının dağılımı Çizelge 3.5'te verildi. Bu araştırmada hastaların %74,9'unun ameliyat öncesi döneme ilişkin ve %87,1'inin ise ameliyat sonrası dönem ilişkin bilgi aldığı belirlendi. Ameliyat öncesi döneme ilişkin en çok verilen bilgilerin sırasıyla ameliyattan bir gece önce yeme ve içme kısıtlaması yapılacağı (%98,9), ameliyat sonrasında yapılacak solunum ve öksürük egzersizleri (%97,8), ameliyattan sonra olabilecek sonda, dren ve kateter hakkında (%97,3) ve yatılan servisin özellikleri (%97,3), en az verilen bilgilerin ise ameliyat bölgesi temizliğinin nasıl yapılacağı (%1,6), ameliyathane ortamının nasıl olduğu (%4,9) ve sürekli kullanılan ilaçlar (%63,4) olduğu belirlendi. Ameliyat sonrası döneme ilişkin en çok verilen bilgiler sırasıyla yatak içi egzersizlerin nasıl yapılacağı (97,3), ameliyattan sonra nasıl (%96,7) ve ne zaman (%96,2) ayağa kalkılacağı, en az verilen bilgiler ise ameliyat sonrası görülen sorunlar (%49,2) ve tedavide kullanılacak ilaçlardır (%87,4).

Ameliyat öncesi ve sonrası döneme ilişkin verilen bilgilerin kimden alındığı incelendiğinde; hastaların doktorlar tarafından en çok yatak içi egzersizlerin nasıl yapılacağı (%96,1), ameliyattan sonra nasıl (%96,1) ve ne zaman (%95,1) ayağa kalkılacağı, ameliyat süreci (%86,3) ve hastalık hakkında (%78,1), hemşireler

tarafından ise en çok ameliyat öncesi protez, takı ve ojelerin çıkarılacağı (%100), ameliyat için özel giysi giyileceği (%100), ameliyattan bir gece önce yeme ve içme kısıtlaması yapılacağı (%97,8), ameliyattan sonra ne zaman ve nasıl beslenmeye geçileceği (%89,6), tedavide kullanılacak ilaçlar (%69,9) hakkında olduğu saptandı (Çizelge 3.5).

Çalışmaya katılan hastaların taburculuk döneminde evde bakıma ilişkin bilgi alma durumları incelendiğinde, hastaların %98,1'inin bilgi aldığı belirlendi. Taburculuk dönemine ilişkin en çok verilen bilgiler sırasıyla evde kullanılacak ilaçların alınma zamanı, kullanılma süresi, gelişebilecek yan etkiler (%100) hangi durumlarda sağlık kuruluşuna başvurulacağı (%99,5) ilk kontrole gelme zamanı (%99,5), hangi hareketlerin yapılacağı (%98,9), hangi hareketlerin yapılmayacağıdır (%98,9). Taburculuk dönemine ilişkin hastaların en çok doktorlar tarafından bilgilendirildiği ve hemşireler tarafından ise bilgilendirilmediği belirlendi (Çizelge 3.5).

3.3. Total Diz Protezi Uygulanan Hastaların Taburculuğa Hazır Oluşluk Durumlarına Yönelik Bulgular

Bu bölümde; TDP uygulanan hastaların taburculuğa hazır olma durumlarına ilişkin bulgulara yer verildi (Çizelge 3-6, 3-7).

Çizelge 3.6. Katılımcıların taburculuğa hazır oluşluk durumlarının dağılımı (n=183).

Taburculuk sonrası hazır oluşluk ve evde normal yaşama devam edebileceğine inanma durumu	n	%
Evet	177	96,7
Hayır	6	3,3

Total diz protezi uygulanan hastaların taburculuğa hazır oluşluk durumları değerlendirildiğinde, %96,7'sinin taburculuk sonrası evde normal yaşantıya devam etmeye inandıkları belirlendi (Çizelge 3.6).

Çizelge 3.7. Hastaların taburcu olduktan sonra günlük aktiviteleri yapmaya hazır olma durumlarının dağılımı (n=183)

Aktiviteler	Hazırım		Hazır Değilim	
	n	%	n	%
Giyinme	182	99,5	1	0,5
Tuvalet gereksinimi karşılama	182	99,5	1	0,5
Beslenme	182	99,5	1	0,5
Transfer (yatağa girip çıkma, sandalyeye oturma)	181	98,9	2	1,1
Banyo yapma	175	95,6	8	4,4
Yemek hazırlama	102	55,7	81	44,3
Alışveriş yapma	16	8,7	167	91,3
Temizlik yapma	15	8,2	168	91,8
Ulaşım (toplu taşıma araçlarını kullanma)	-	-	183	100

Araştırmaya katılan hastaların taburcu olduktan sonra günlük aktivitelerini yapmaya hazır olma durumlarının dağılımı Çizelge 3.7’de verildi. Hastaların %99,5’i giyinmeye, %99,5’i tuvalete gitmeye, %99,5’i beslenmeye, %98,9’u evde bir yerden bir yere transfer olmaya, %95,6’sı banyo yapmaya ve %55,7’si yemek yapmaya hazır olduğunu ifade ederken, %91,3’ü alışveriş yapmaya, %91,8’i temizlik yapmaya ve tamamının toplu taşıma araçlarını kullanmaya hazır olmadıklarını ifade etmişlerdir.

3.4. Total Diz Protezi Uygulanan Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Ameliyat Öncesi, Sonrası ve Taburculuk Dönemine İlişkin Bilgi Alma Durumlarına Göre Taburculuğa Hazır Oluşluk Durumunun Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Bu bölümde TDP uygulanan hastaların sosyo-demografik özellikleri, şimdiki ve geçmiş sağlık özellikleri, hastanede yatma deneyimleri ve ameliyat öncesi, sonrası ve taburculuk dönemine ilişkin bilgi alma durumları ile taburculuğa hazır oluşluk durumlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verildi (Çizelge 3-8, 3-9).

Çizelge 3.8. Total diz protezi uygulanan hastaların sosyo-demografik ve sağlık özellikleri ile taburculuğa hazır oluşluk durumu arasındaki ilişki.

	Taburculuk sonrası hazır oluşluk ve evde normal yaşama devam edebileceğine inanma durumu					
	Evet		Hayır		x²	P
	N	%	n	%		
Yaş						
64 yaş ve altı	58	32,8	2	33,3	0,635	0,728**
65-74 yaş	82	46,3	2	33,3		
75-84 yaş	37	20,9	2	33,3		
Cinsiyet						
Kadın	151	85,3	5	83,3	0,018	0,622***
Erkek	26	14,7	1	16,7		
Eğitim durumu						
Okur-yazar	53	29,9	2	33,3	0,226	0,893**
İlköğretim	118	66,7	4	66,7		
Lise-Lisans	6	3,4	0	0,0		
Medeni durum						
Bekar/Dul	53	29,9	1	29,5	0,492	0,428***
Evli	124	70,1	5	70,5		
Yaşanılan yer						
İl	80	45,2	4	66,7	1,744	0,418**
İlçe	34	19,2	0	0,0		
Köy-Kasaba	63	35,6	2	33,3		
Evde kiminle yaşadığı						
Tek başına	30	16,9	1	16,7	0,878	0,645**
Eş ile	125	70,6	5	83,3		
Çocuklar ile	22	12,4	0	0,0		
Çalışma durumu						
Çalışıyor	3	1,7	0	0,0	0,103	0,904***
Çalışmıyor	174	98,3	6	100,0		
Gelir durumu						
Çok iyi-İyi	119	67,2	1	16,7	6,573	0,019***
Orta-Kötü	58	32,8	5	83,3		
Taburcu olduktan sonra evde bakım için destek olacak kişi varlığı						
Var	141	79,7	5	83,3	0,049	0,650***
Yok	36	20,3	1	16,7		
Kronik hastalığın varlığı						
Evet	121	68,4	6	100,0	2,735	0,108***
Hayır	56	31,6	0	0,0		
Daha önce hastanede yatma durumu						
Evet	160	90,4	6	100,0	0,635	0,552***
Hayır	17	9,6	0	0,0		
Daha önce ameliyat olma durumu						
Evet	141	79,7	6	100,0	1,519	0,263***
Hayır	36	20,3	0	0,0		

* Ortalamaların altı ve üstü gruplandırılıp analiz yapılmıştır.

** Ki-Kare testi kullanılmıştır.

*** Fisher Kesin Ki Kare testi kullanılmıştır.

Çizelge 3.8 (Devam). Total diz protezi uygulanan hastaların sosyo-demografik ve sağlık özellikleri ile taburculuğa hazır oluşluk durumu arasındaki ilişki.

	Taburculuk sonrası hazır oluşluk ve evde normal yaşama devam edebileceğine inanma durumu				x ²	P
	Evet		Hayır			
	N	%	n	%		
Ameliyat bölgesi						
Tek taraf	166	93,8	6	100,0	0,397	0,686***
Çift taraf	11	6,2	0	0,0		
Hastanede ameliyat sonrası sorun yaşama durumu						
Evet	72	40,7	5	83,3	4,332	0,049***
Hayır	105	59,3	1	16,7		
Şu anki sağlığını nasıl hissettiği						
Mükemmel-Çok iyi	23	13,0	0	0,0	0,892	0,441***
İyi	154	87,0	6	100,0		
Toplam hastanede yatma süresi (gün)*						
9 ≤	110	62,1	4	66,7	0,050	0,592***
9 >	67	37,9	2	33,3		
Ameliyat sonrası hastanede yatma süresi (gün)*						
7 ≤	109	61,6	5	83,3	1,169	0,266***
7 >	68	38,4	1	16,7		

* Ortalamaların altı ve üstü gruplandırılıp analiz yapılmıştır.

** Ki-Kare testi kullanılmıştır.

*** Fisher Kesin Ki Kare testi kullanılmıştır.

Çizelge 3.8’de hastaların bazı sosyo-demografik ve sağlık özelliklerine göre taburculuğa hazır oluşluk durumlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer aldı. Hastaların taburculuk sonrası evde normal yaşantıya dönmeye inanma durumları ile yaş grubu, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, yaşanan yer, evde kiminle yaşadığı, çalışma durumu, taburcu olduktan sonra evde bakım için destek olacak kişi varlığı, kronik hastalık varlığı, daha önce hastaneye yatma, daha önce ameliyat olma, ameliyat bölgesi, şimdiki sağlığını nasıl algıladığı, ameliyat sonrası hastanede yatma süresi ve toplam hastanede yatma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Bununla birlikte taburculuk sonrası evde normal yaşantıya dönmeye inanma durumu ile gelir durumu ve ameliyat sonrası hastanede sorun yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0,05$), gelir durumunu çok iyi-iyi olarak algılayan hastaların daha fazla oranda taburculuk sonrası evde normal yaşantıya dönmeye inandıkları ve hastanede ameliyat sonrası sorun yaşamayan hastaların daha fazla oranda taburculuk sonrası evde normal yaşantıya dönmeye inandıkları belirlendi (Çizelge 3.8).

Çizelge 3.9. Hastaların ameliyat öncesi, sonrası ve taburculuk dönemindeki aldıkları bilgiler ile taburculuğa hazır oluşluk durumu arasındaki ilişki.

		Taburculuk sonrası hazır oluşluk ve evde normal yaşama devam edebileceğine inanma durumu					
		Evet		Hayır		x ²	P
		N	%	n	%		
Ameliyat öncesi-sirasına ilişkin verilen bilgiler *							
Yatılan servis hakkında	Evet	172	97,2	5	2,8	0,174	0,845**
	Hayır	6	100	0	0,0		
Yapılan tetkiklerin (kan testleri, röntgen) nedeni ve nasıl yapılacağı	Evet	130	73,4	47	26,6	0,136	0,510**
	Hayır	4	66,7	2	33,3		
Sürekli kullanılan ilaçlar hakkında	Evet	110	62,1	67	37,9	3,583	0,062**
	Hayır	6	100	0	0,0		
Hastalık ile ilgili (nedeni, tedavisi, sonuçları)	Evet	138	78,0	39	22,0	0,098	0,609**
	Hayır	5	83,3	1	16,7		
Ameliyat ile ilgili (ne yapılacağı, nasıl yapılacağı)	Evet	152	85,9	25	14,1	0,982	0,409**
	Hayır	6	100	0	0,0		
Ameliyattan bir gece önce yeme ve içme kısıtlaması yapılacağı	Evet	175	98,9	2	1,1	0,069	0,935**
	Hayır	6	100	0	0,0		
Ameliyat bölgesi temizliğinin nasıl yapılacağı	Evet	3	1,7	174	98,3	0,103	0,904**
	Hayır	0	0,0	6	100		
Ameliyat sonrasında yapılacak solunum ve öksürük egzersizleri	Evet	173	97,7	4	2,3	0,139	0,874**
	Hayır	6	100	0	0,0		
Ameliyattan sonra olabilecek sonda, dren ve kateter hakkında	Evet	172	97,2	5	2,8	0,174	0,845**
	Hayır	6	100	0	0,0		
Ameliyathane ortamının nasıl olduğu	Evet	9	5,1	168	94,9	0,321	0,736**
	Hayır	0	0,0	6	100		
Ameliyat sonrasına ilişkin verilen bilgiler							
Ameliyattan sonra ne zaman ayağa kalkılacağı	Evet	170	96,0	7	4,0	0,247	0,789**
	Hayır	6	100	0	0,00		
Ameliyattan sonra nasıl ayağa kalkılacağı	Evet	171	96,6	6	3,4	0,210	0,816**
	Hayır	6	100	0	0,0		
Yatak içi egzersizlerin nasıl yapılacağı	Evet	172	97,2	5	2,8	0,174	0,845**
	Hayır	6	100	0	0,0		
Ameliyattan sonra ne zaman ve nasıl beslenmeye geçileceği	Evet	170	96,0	7	4,0	2,243	0,238**
	Hayır	5	83,3	1	16,7		
Tedavide kullanılacak ilaçlar	Evet	155	87,6	22	12,4	0,095	0,559**
	Hayır	5	83,3	1	16,7		
Ameliyat sonrası görülen sorunlar	Evet	87	49,2	90	50,8	0,002	0,643**
	Hayır	3	50,0	3	50,0		
Taburculuk sırasında evde bakımla ilgili verilen bilgiler*							
Ameliyat bölgesinin bakımı	Evet	173	97,7	4	2,3	0,139	0,874**
	Hayır	6	100	0	0,0		

* Birden fazla yanıt verilmiştir.

** Fisher Kesin Ki Kare testi kullanılmıştır.

Çizelge 3.9 (Devam). Hastaların ameliyat öncesi, sonrası ve taburculuk dönemindeki aldıkları bilgiler ile taburculuğa hazır oluşluk durumu arasındaki ilişki.

		Taburculuk sonrası hazır oluşluk ve evde normal yaşama devam edebileceğine inanma durumu					
		Evet		Hayır		x ²	P
		N	%	n	%		
Beslenmenin nasıl olacağı	Evet	172	97,2	5	2,8	0,174	0,845**
	Hayır	6	100	0	0,0		
Ağrı kontrolü	Evet	171	96,6	6	3,4	0,210	0,816**
	Hayır	6	100	0	0,0		
Hangi hareketlerin yapılacağı ve yapılmayacağı	Evet	175	98,9	2	1,1	0,069	0,935**
	Hayır	6	100	0	0,0		
Ne zaman banyo yapılacağı	Evet	173	97,7	4	2,3	0,139	0,874**
	Hayır	6	100	0	0,0		
Hangi durumlarda sağlık kuruluşuna başvurulacağı	Evet	176	99,4	1	0,6	0,034	0,967**
	Hayır	6	100	0	0,0		
İlk kontrole gelme zamanı	Evet	176	99,4	1	0,6	0,034	0,967**
	Hayır	6	100	0	0,0		
İşe ne zaman başlanacağı	Evet	167	94,4	10	5,6	0,359	0,710**
	Hayır	6	100	0	0,0		

* Birden fazla yanıt verilmiştir.

** Fisher Kesin Ki Kare testi kullanılmıştır.

Çizelge 3.9'da hastaların ameliyat öncesi, sonrası ve taburculuk döneminde aldıkları bilgiler ile taburculuğa hazır oluşluk durumları karşılaştırıldığında ameliyat öncesi, sonrası ve taburculuk döneminde alınan bilgilerin taburculuğa hazır oluşluğu etkilemediği belirlendi ($p>0,05$).

TARTIŞMA

Günümüzde ameliyat sonrası izlemler dahil olmak üzere hastanede kalma süresi kısalmış ve hastalar ameliyat sonrası iyileşme sürecinde özellikle kendileri olmak üzere evde bakımlarını sürdürmek amacıyla taburcu edilmektedirler. Birçok hasta kendi bakımını üstlendiğinden dolayı bu süreçte savunmasız kalmaktadır (Berg 2016). Baş edilemeyen bu süreç iyileşme sürecini olumsuz etkilemektedir (Popejoy ve ark 2009, Büyükkayacı-Duman ve Karataş 2011). TDP sonrası komplikasyonlar ortaya çıkmadan diz eklem hareketlerinin mümkün olduğunca erken kazanılması, hastanın ambulasyonu ve fonksiyonel aktivite eğitimi için oldukça önemlidir (Akarcalı ve ark 2001, Bakırhan ve ark 2009), bu sebeple de TDP uygulanan hastaların taburculuğa hazır oluşluk durumlarını değerlendirmek, taburculuğa hazır oluşluk durumunun sosyo-demografik özellikleri, sağlık/hastalık özellikleri ve bilgilendirme durumu ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada elde edilen bulgular üç başlık altında tartışıldı.

4.1. Total diz protezi uygulanan hastaların tanıtıcı özellikleri ile ameliyat öncesi, sonrası ve taburculuk dönemine ilişkin bilgi alma özelliklerine yönelik bulguların tartışılması,

4.2. Total diz protezi uygulanan hastaların taburculuğa hazır oluşluk durumlarına yönelik bulguların tartışılması,

4.3. Total diz protezi uygulanan hastaların tanıtıcı özellikleri ile ameliyat öncesi, sonrası ve taburculuk dönemine ilişkin bilgi alma durumlarına göre taburculuğa hazır oluşluk durumlarının karşılaştırılmasına yönelik bulgular tartışılması.

4.1. Total Diz Protezi Uygulanan Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Ameliyat Öncesi, Sonrası ve Taburculuk Dönemine İlişkin Bilgi Alma Özelliklerine Yönelik Bulguların Tartışılması

Katılımcıların %45,9'unun 65-74 yaş aralığında, %85,2'sinin kadın, üçte ikisinin ilköğretim mezunu, %70,5'nin evli, %45,9'unun il merkezinde ve %71,0'inin eşi ile birlikte yaşadığı, büyük çoğunluğunun çalışmadığı, yaklaşık üçte ikisinin gelir durumunun çok iyi-iyi olduğu, çoğunluğunun sağlık güvencesi olduğu

belirlendi (Çizelge 3.1). Bu araştırmanın bulguları, yaş, cinsiyet (Çınar ve ark 2003, Doğan 2003, Ritter ve ark 2003, Açıksöz ve Uzun 2007, Patel ve Raut 2011, Ünal-Taşkın 2011, Yıldız 2011, Turhan 2012, Christen ve ark 2014, Husted ve ark 2015, Isyar ve ark 2015, Wang ve ark 2015, Tilbury ve ark 2016), eğitim durumu (Doğan 2003, Açıksöz ve Uzun 2007, Ünal-Taşkın 2011, Yıldız 2011, Turhan 2012, Wang ve ark 2015, Tilbury ve ark 2016), medeni durum (Doğan 2003, Ünal-Taşkın 2011, Yıldız 2011, Turhan 2012, Wang ve ark 2015), yaşadığı yer (Doğan 2003), kiminle yaşadığı (Ünal-Taşkın 2011, Yıldız 2011), çalışma durumu (Doğan 2003, Açıksöz ve Uzun 2007, Ünal-Taşkın 2011, Yıldız 2011, Turhan 2012, Wang ve ark 2015, Tilbury ve ark 2016), gelir durumu (Yıldız 2011, Turhan 2012) ve sağlık güvencesi (Doğan 2003, Açıksöz ve Uzun 2007, Ünal-Taşkın 2011) açısından bazı çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Bununla birlikte bu çalışmaya ait yaş (Patel ve Raut 2011) ve yaşanan kişi (Husted ve ark 2015) açısında bazı çalışmalarla farklılık göstermektedir. Bu çalışmada hastaların çoğunluğunun taburculuk sonrası evde bakımı için destek olacak kişinin olduğu ve bakımı destekleyecek kişinin de en fazla çocukları olduğu saptandı (Çizelge 3.1). Benzer şekilde Ünal-Taşkın (2011)'in TDP uygulanan hastalarda danışmanlığın özbakıma, fonksiyonel duruma ve ağrıya etkisini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada da hastaların evdeki bakımlarını destekleyecek kişilerin olduğu ve bakım verecek kişilerin çoğunlukla çocukları olduğu belirlenmiştir. TDP gibi ameliyat sonrası iyileşmenin ve GYA'nin bağımsız yapılma sürecinin aylarca devam ettiği ameliyatlarda evdeki bakım destekleyecek kişilerin varlığı hastaların kendi bakımlarını gerçekleştirmede güvenlerini artırarak iyileşme süreçlerini ve bağımsızlıklarını kazanmasına katkı sağlayabilmektedir.

Hastaların yaklaşık üçte ikisinin kronik hastalığı olduğu ve hipertansiyonun ilk sırada geldiği büyük çoğunluğunun daha önce hastaneye yattığı ve çoğunluğunun ameliyat deneyimi olduğu saptandı (Çizelge 3.2). Çalışma bulguları Turhan (2012) ve Doğan-Bakı ve ark (2014)'in çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Husted ve ark (2015)'in çalışmasında TDP ameliyat olan hastaların %14'ünde diyabet, %13'ünde kardiyak hastalıklar, %8'inde psikiyatrik hastalıklar ve %7'sinde akciğer hastalığı olduğu belirlenmiştir. Çalışma grubunun yaş ortalaması dikkate alındığında yaşlı olmaları, yaşlanma süreci ile birlikte fizyolojik değişimlerin meydana gelmesi ve sağlık sorunlarının yaşanmasına bağlı kronik hastalıkların artması, hastane ve ameliyat deneyimi beklenen bir sonuçtur.

Hastaların yarısından fazlasında hastanede yattığı süre boyunca herhangi bir sorun gelişmediği, %36,6'sının hastanede yattığı süre içinde ağrı sorunu yaşadığı ve %87,4'ünün şu anki sağlık durumunu iyi hissettiği bulundu (Çizelge 3.3). TDP hastaları ile yapılan çalışmalarda hastaların büyük çoğunluğunda ameliyat sonrası bir sorun gelişmediğini belirlemiştir (Kılıç ve ark 2009, Christen ve ark 2014, Doğan-Bakı ve ark 2014). Brummett ve ark (2015)'nin çalışmalarında hastaların %18,2'sinin ağrı yaşadığı bunların yarısının iyileşmediğini, bunun nedenin ise başlangıç ağrı skoru veya TDP ameliyatı olduğunu belirtmişlerdir. Araştırma bulguları sonucunda; TDP gerektiren sağlık sorununun ve cerrahinin doğası gereği ağrı ameliyat sonrası beklenen bir sorundur. Bununla birlikte literatürde zamanla hastaların ağrının azalması ve fiziksel fonksiyonlarının artması (Kılıç ve ark 2009, Rahman ve ark 2015) ve komplikasyon gelişmemesi sonucu iyileşmenin her geçen gün artacağı (Kılıç ve ark 2009) ve buna bağlı olarak da hastaların sağlık durumlarını daha iyi hissedecekleri ifade edilmektedir.

Bu araştırmada hastaların %74,9'u ameliyat öncesi-sırası döneme, %87,1'i ise ameliyat sonrası döneme ilişkin bilgi almıştır. Cerrahi hastalarında yapılan farklı çalışmada, hastaların %68,6'sının ameliyat öncesi dönemde (Doğu 2013), hastaların %68,9'u ameliyatla ilgili açıklama yapıldığını (Özbayır ve ark 2003), hastaların %73,5'inin ameliyatı ile ilgili bilgi verildiği (Dal ve ark 2012). Ortopedi hastalar ile yapılan bir çalışmada da, hastaların %78'inin ameliyat öncesi, %34'ünün ise ameliyat sonrası iyileşme süreci ile ilgili (Chett ve Ehlers 2009) bilgilendirildikleri belirlenmiştir. Cerrahi hastaları ile ilgili yapılan araştırmalar değerlendirildiğinde bilgi alma oranlarının farklılık gösterdiği görülmektedir. Literatürde kontrollü bir travma olarak kabul edilen ameliyat sürecinin ve hasta sonuçlarının başarısı için hastaların her birinin ameliyat sürecinin her döneminde bilgilendirilmesi önem kazanmaktadır.

Bu araştırmada hastaların ameliyat öncesi-sırası döneme ilişkin en fazla ameliyattan bir gece önce yeme ve içme kısıtlaması yapılacağı, ameliyat öncesi protez, takı ve ojelerin çıkarılacağı ve ameliyat için özel giysi giyileceği, en az ise ameliyat bölgesinin temizliğinin nasıl yapılacağı ve ameliyathane ortamının nasıl olduğu konularında bilgilendirildiği belirlendi (Çizelge 3.5). Yapılan çalışmalarda da hastaların ameliyat öncesi ve sırasına ilişkin hastane kuralları, hastaneye getirilmesi

gereken eşyalar ve değerli eşyaların evde bırakılması (Dolgun ve Candan Dönmez 2010), hastaneye getirilmesi gereken ilaçlar (Doğu 2013), ameliyattan önce yapılacak tetkikler, ameliyat ve anestezi süreci (Dolgun ve Candan Dönmez 2010, Doğu 2013), ameliyat sonrası alınacağı yer (Dolgun ve Candan Dönmez 2010) konularında bilgilendirildikleri belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda hastaların ameliyat öncesi ve sonrası döneme ilişkin farklı konularda ve farklı oranlarda bilgilendirildikleri görülmektedir. Oysaki ameliyat türüne, bireysel özelliklere ve gereksinimlere göre değişmekle birlikte ameliyat sonuçlarının iyi olabilmesi için hastaların ameliyat öncesi dönemden itibaren bilgilendirilmesi önemlidir.

Ameliyat sonrası döneme ilişkin ise hastaların en fazla yatak içi egzersizlerin nasıl yapılacağı, ameliyattan sonra nasıl ve ne zaman ayağa kalkılacağı, en az ise ameliyat sonrası görülen sorunlar olduğu görülmektedir (Çizelge 3.5). Yapılan farklı çalışmalarda da ameliyat sonrası döneme ilişkin hastaların beslenme, yatak içinde yapılması gereken egzersizler, ağrı kontrolü, ameliyat sonrası solunum, öksürük egzersizleri (Dolgun ve Candan Dönmez 2010, Doğu 2013), ameliyat sonrası takılı olacak tüpler (Dolgun ve Candan Dönmez 2010) ve gelişebilecek yan etkiler (Doğu 2013) konularında bilgi aldıkları belirlenmiştir. Araştırmaların farklı gruplarda ve yerlerde yapılmasına bağlı olarak ameliyat sonrası bilgilendirilme oranları ve bilgi konuları farklılık göstermektedir. Bu çalışmada ise hastaların ameliyat sonrası yapılacak uygulamalara ilişkin bilgilendirilme oranları yüksek olması sevindirici bir bulgudur.

Ameliyat öncesi, sonrası ve sonrası döneme ilişkin verilen konuların özelliklerine göre doktor ve hemşireden bilgi aldıkları belirlendi (Çizelge 3.5). Yapılan farklı çalışmalarda hastaların %42'sinin hem doktor hem de hemşireler (Dolgun ve Candan Dönmez 2010), %40,2'sinin doktorlar, %19,6'sının hemşireler, %31,4'ünün hem doktor hem de hemşireler (Doğu 2013), %61,5'inin doktorlar ve %28'sinin hemşireler (Gürlek ve Yavuz 2013), %59,1'inin doktorlar ve %18,3'sinin hemşireler (Özbayır ve ark 2003) tarafından bilgilendirildiği belirlenmiştir. Oranlar farklı olmakla birlikte çalışma bulguları, hem doktor hem de hemşirelerin mesleki sorumlulukları doğrultusunda hastanın bilgilendirilme sürecinde yer aldıklarını yalnız bu süreçte hemşirelerin bizim çalışmanın aksine yetersiz kaldığı görülmektedir.

Hastaların tamamına yakınının taburculuk dönemine ilişkin bilgilendirildiği belirlendi (Çizelge 3.5). Hesselink ve ark (2012)'nin yaptıkları çalışmada hastalara yapılan taburculuk eğitiminde hastaların ihtiyaçlarının gözetilmediği, hastaneden çıkarken alelacele bir şekilde yapıldığı ve büyük oranda eksik bilgilendirme olduğunu belirlemişlerdir. Brent ve Coffey (2013))'nin yaptıkları çalışmada da bilgi düzeyinin düşük olduğunu belirlemişlerdir. Karada ve Aksoy (2002)'un yaptıkları çalışmada deney grubuna uygulanan taburculuk öncesi eğitim puanının kontrol grubuna göre yüksek ve anlamlı bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda çalışılan serviste planlı bir taburculuk eğitiminin yapıldığı bu nedenle de bu oranın yüksek çıktığı ifade edilebilir.

Bu araştırmada hastalar, ameliyat bölgesinin bakımı, beslenme, ağrı kontrolü, egzersizler, banyo yapma, sağlık kuruluşuna başvurma, ilk kontrole gelme ve işe başlama konularında bilgilendirilmiş ve bu bilgilerin hemen hepsi doktor tarafından verilmiştir (Çizelge 3.5). Yapılan çalışmalarda hastaların taburculuk sonrası beslenme, ilaçların kullanımı, kontrole gelme zamanı (Dal ve ark 2012, İyilikci-Tulgar 2012), yara bakımı, acil durumlarda ne yapılacağı (Henderson ve Zernike 2001, İyilikci-Tulgar 2012), egzersizler, banyo yapma, olası komplikasyonlar (İyilikci-Tulgar 2012), beslenme ve dikkat etmesi gereken hareketler (Dal ve ark 2012) konularında bilgilendirildiği belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda taburculuk eğitiminin kim tarafından verildiği incelendiğinde; hekim (%66,7), hemşire (%21,2), hekim-hemşire (%12,1) (Demirkıran ve Uzun 2012), hemşire (%98,9), hekim (90,5) (İyilikci-Tulgar 2012) olduğu görülmektedir. Demirkıran ve Uzun (2012) ve bu çalışma bulguları, taburculuk eğitiminin verilmesinde hemşirelerin yeterince rol almadığını göstermektedir. Oysa eğitim; hemşirelerin yasal sorumlulukları ve bağımsız rollerinden birisidir.

4.2. Total Diz Protezi Uygulanan Hastaların Taburculuğa Hazır Oluşluk Durumlarına Yönelik Bulguların Tartışılması

Bu araştırmada hastaların büyük çoğunluğu taburculuk sonrası hazır oluşluk ve evde normal yaşama devam edebileceklerine inandıklarını ifade etmişlerdir (Çizelge 3.6). Bu çalışma bulguları ile benzer şekilde yapılan bir çalışmada dahiliye ve cerrahi hastalarının taburculuğa hazır olma puanlarının $(8,0 \pm 1,4)$ yüksek olduğu belirlenmiştir (Weiss ve ark 2011). Yaşlı hastalarda yapılan benzer iki çalışmada

hastaların taburculuğa hazır olma puanları sırasıyla (7,56±0,71) ve (7,7±1,2) hazır olduğu belirlenmiştir (Mabire ve ark 2015a, Mabire ve ark 2015b). Bu araştırmalar ile benzer şekilde hastaların büyük çoğunluğunun eve gitmeye hazır oldukları bulunmuştur (Brent ve Coffey 2013). Çalışmamızda hastaların GYA'ni bağımsız bir şekilde yerine getirebilmeleri nedeniyle taburculuğa hazır oldukları düşünülmektedir.

Hastaların alışveriş yapma, temizlik yapma, toplu taşıma araçlarını kullanma aktivitelerini yapmaya hazır olmadıkları, bununla birlikte beslenme, banyo yapma, ev içinde mobilizasyon ve tuvalet gereksinimi karşılamada ise hazır oldukları belirlendi (Çizelge 3.7). Shan ve ark (2015)'ın TDP hastaları ile uzun dönemde yaptıkları çalışmada; hastaların %37-56 arasında ağır ev işi ve spor aktivisi gibi fiziksel aktiviteleri düzenli ve aktif yapabildiklerini, yürüyüş yeteneklerinin belirgin düzeldiğini, hastaların %76'sının hafif topallayarak yardımsız yürüdüklerini, yürüme mesafesi ve merdiven çıkma yeteneklerinin önemli derecede düzeldiği ve %85'inin evlerinde bağımsız yaşadıklarını belirtmişlerdir. Açıksöz ve Uzun (2007)'un TKP hastalarının GYA'nde yaşadıkları güçlükleri inceledikleri çalışmada taburculuk döneminde hastaların banyo yapmada yardıma ihtiyaçlarının olmadığı, %26'sının giyinme, %12'sinin tuvalete gitme, %24'ünün taşıma, %15'inin kontinans ve %23'ünü beslenme ile ilgili bir yardıma ihtiyaçları olduklarını belirtmişlerdir. Bu çalışmada hastaların özellikle güç gerektirmeyen ve ev içinde yapılabilecek aktivitelere hazır oldukları ancak güç, efor ve ayakta kalmayı gerektiren alışveriş ve temizlik yapma ile inme ve binme hareketinin yapıldığı toplu taşıma aracı kullanımına hazır olmadıkları görülmektedir. Bunun nedeninin dizin fonksiyonel iyileşmesinin zaman alacağından kaynaklandığı düşünülmektedir.

4.3. Total Diz Protezi Uygulanan Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Ameliyat Öncesi, Sonrası ve Taburculuk Dönemine İlişkin Bilgi Alma Durumlarına Göre Taburculuğa Hazır Oluşluk Durumlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular Tartışılması

Bu araştırmada taburculuk sonrası hazır oluşluk ve evde normal yaşantıya devam edeceğine inanmanın yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, yaşanılan yer, evde yaşanılan kişi, çalışma durumu ve taburcu olduktan sonra evde bakım için destek olacak kişi varlığı göre farklılık göstermediği (p>0,05) bununla birlikte gelir durumunu çok iyi-iyi olarak algılayan hastaların taburculuk sonrası hazır oluşluk ve

evde normal yaşama devam edebileceklerine inanma durumu oranlarının daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Çizelge 3.8). Literatürde TDP uygulanan hastaların taburculuğa hazır oluşluk durumunu değerlendiren çalışmalara rastlanılamamıştır. Bu nedenle bulgular, farklı hasta gruplarında yapılan çalışma sonuçları ile kıyaslanmıştır. Bu çalışma ile benzer şekilde yapılan üç çalışma; sosyo-demografik özelliklerden yaş (Maloney ve Weiss 2008), cinsiyet (Maloney ve Weiss 2008, Weiss ve Piacentine 2006), yaşanan kişi (Maloney ve Weiss 2008), eğitim düzeyi (Weiss ve ark 2004, Maloney ve Weiss 2008, Weiss ve Piacentine 2006) ve algılanan gelir düzeyi (Weiss ve ark 2004, Weiss ve Piacentine 2006), ile taburculuğa hazır oluşluk durumu arasında ilişki olmadığını göstermiştir. Bu çalışmaların aksine yapılan iki çalışmada yaşı büyük olan hastaların ve yalnız yaşayan hastaların hazır olmadığını saptanmıştır (Brent ve Coffe 2013, Mabire ve ark 2015b). Bu çalışmada, gelir durumunun normal yaşantıya dönmeyi etkilemesi, evdeki iyileşme dönemindeki gerekli ihtiyaçları giderebilmede ekonomik durumunun önemli olduğunu düşündürmektedir.

Araştırmada, kronik hastalık varlığı, daha önce hastaneye yatma ve daha önce ameliyat olma ile hastaların taburculuk sonrası hazır oluşluk ve evde normal yaşama devam edebileceklerine inanma durumu arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$) (Çizelge 3.8). Benzer şekilde bir çalışmada da kronik hastalığın taburculuğa hazır olma durumunu etkilemediği belirlenmiştir (Mabire ve ark 2015b). Bununla birlikte Maloney ve Weiss (2008)'in yaptığı çalışmada kardiyak sorunları olmayan hastaların ve daha önce hastaneye yatan hastaların taburculuğa hazır oluşluğunun daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yine aynı çalışma daha önceden hastanede yatmanın taburculuğa hazır oluşluğu etkilendiği belirlenmiştir. Taburculuğa hazır oluşluk; hastanın olabileceklere karşı kendini yönetme yeteneği değerlendirildiğinde hastaların geçmiş sağlık özelliklerinin sorun teşkil edilmediği nedeniyle hazır olmayı etkilemediği düşünülebilir.

Hastaların ameliyat bölgesi, şu anki sağlığını nasıl algıladığı, ameliyat sonrası hastanede yatma süresi ve toplam hastanede yatma süresi ile taburculuğa hazır oluşluk arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı ($p>0,05$). Bununla birlikte hastanede ameliyat sonrası sorun yaşamayan hastaların daha fazla oranda taburculuk sonrası evde normal yaşantıya devam edeceğine inandıkları

belirlendi ($p<0,05$) (Çizelge 3.8). Yapılan farklı çalışmalarda da hastaların hastanede kalma süresinin (Weiss ve Piacentine 2006, Maloney ve Weiss 2008) taburculuğa hazır oluşluluğu etkilemediğini belirlemiştir. Bu çalışmada yaşanan sorunların hastaların ilerki dönemlerinde yaşanabilecek sorunlara karşı olumsuz bir algılamaya oluşturabileceğini düşündürmektedir.]

Ameliyat öncesi, sonrası ve taburculuk döneminde alınan bilgiler ile taburculuk sonrası evde normal yaşantıya devam edeceğine inanma durumu arasında bir ilişki olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Çizelge3.9). Bir çalışmada taburculuk eğitiminin taburculuğa hazır olmayı etkilemediği (Weiss ve ark 2011), başka çalışmalarda ise eğitim almanın taburculuğa hazır olmayı etkilediği bulunmuştur (Weiss ve Piacentine 2006, Bobay ve ark 2010, Berg 2016). Maloney ve Weiss (2008)'in yaptığı çalışmada alınan bilginin hastanın gereksinim duyduğu bilgiden yüksek bulunmuştur. Bu durumun algılanan hazır oluşluğu artıracığını belirtmiştir. Bu çalışmada bilgi alma ile taburculuğa hazır oluşluk arasında bir ilişki olmamasına karşın hem bilgi alma oranının hem de taburculuğa hazır oluşluk oranının yüksek olmasının, hastalara yapılan bilgilendirmenin taburculuğa hazır oluşluluk durumuna olumlu katkı sağladığını düşündürmektedir.

5. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Total diz protezi uygulanan hastaların %45,9'unun 65-74 yaş aralığında, %85,2'sinin kadın, yaklaşık üçte ikisinin ilköğretim mezunu olduğu, %70,5'nin evli olduğu, %45,9'unun il merkezinde ve %71,0'inin eşi ile birlikte yaşadığı, büyük çoğunluğunun çalışmadığı, %65,6'sının gelir durumunun çok iyi-iyi olduğu, çoğunluğunun sağlık güvencesi olduğu, %79,8'inin evde bakımında destek olabilecek kişinin olduğu ve %41,5'inin destek olacak kişinin çocukları olduğu,

- Hastaların yaklaşık üçte ikisinin kronik hastalığı olduğu ve en sık görülen kronik hastalığın hipertansiyon olduğu, çoğunluğunun hastane yatma deneyimi olduğu ve %80,3'ünün daha önce ameliyat olduğu,

- Katılımcıların yarısının tıbbi tanısın sağ gonartroz olduğu ve büyük çoğunluğunun tek tarafından ameliyat olduğu, %79,2'sinin hastaneye ağrı şikayetiyle başvurduğu, %57,9'unda hastanede yattığı süre içinde herhangi bir sorun gelişmediği, yaşanan sorunlar içinde ilk sırayı ağrının aldığı ve çoğunluğunun şu anki sağlık durumunu iyi hissettikleri, ameliyat sonrası $7,58 \pm 2,75$ gün, toplamda ise $9,46 \pm 3,17$ gün hastanede yattıkları,

- Hastaların hem ameliyat öncesi hem de ameliyat sonrası döneme ilişkin belirli konularda bilgilendirildikleri, ameliyat öncesi döneme ilişkin en çok ameliyattan bir gece önce yeme ve içme kısıtlaması yapılacağı, ameliyat sonrasında yapılacak solunum ve öksürük egzersizleri, ameliyattan sonra olabilecek sonda, dren ve kateter hakkında, en az ise ameliyat bölgesi temizliğinin nasıl yapılacağı, ameliyathane ortamının nasıl olduğu ve sürekli kullanılan ilaçlar, ameliyat sonrası döneme ilişkin en çok yatak içi egzersizlerin nasıl yapılacağı, ameliyattan sonra nasıl ve ne zaman ayağa kalkılacağı, en az ise ameliyat sonrası görülen sorunlar ve tedavide kullanılacak ilaçlar konusunda bilgilendirildikleri,

- Ameliyat öncesi ve sonrası hastaların hem doktorlar (yatak içi egzersizlerin nasıl yapılacağı, ameliyattan sonra nasıl ve ne zaman ayağa kalkılacağı, ameliyat süreci ve hastalık hakkında) hem de hemşireler (ameliyat öncesi protez, takı

ve ojelerin çıkarılacağı, ameliyat için özel giysi giyileceği, ameliyattan bir gece önce yeme ve içme kısıtlaması yapılacağı) tarafından belirli konularda bilgilendirildikleri,

- Hastaların taburculuk döneminde evde bakıma ilişkin bilgi aldığı, bu döneme ilişkin en çok evde ilaç kullanımı, hangi durumlarda sağlık kuruluşuna başvurulacağı ve ilk kontrole gelme zamanı konusunda bilgilendirildikleri, bu döneme ilişkin bilgilendirmenin en çok doktorlar tarafından yapıldığı ve hemşirelerin hiç sorumluluk almadığı,

- Hastaların büyük çoğunluğunun taburculuk sonrası hazır oluşluk ve evde normal yaşama devam edebileceklerine inandıkları,

- Katılımcıların yarısından fazlasının alışveriş yapma, temizlik yapma ve toplu taşıma araçlarını kullanmaya hazır olmadığı, bununla birlikte büyük çoğunluğunun beslenme, giyinme, tualete gitme ve banyo yapmaya, yarısının ise yemek yapmaya hazır oldukları,

- Bazı sosyo-demografik özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, yaşanan yer, evde kiminle yaşadığı, çalışma durumu ve taburcu olduktan sonra evde bakım için destek olacak kişi varlığı), geçmiş sağlık özellikleri ve hastane deneyimleri (kronik hastalık varlığı, daha önce hastaneye yatma ve daha önce ameliyat olma) ve sağlık özellikleri ve hastane deneyimleri (ameliyat bölgesi, şimdiki sağlığını nasıl algıladığı, ameliyat sonrası hastanede yatma süresi ve toplam hastanede yatma süresi) ile evde normal yaşantıya devam edeceğine inanma arasında anlamlı bir ilişki olmadığı, Ameliyat öncesi, sonrası ve taburculuk döneminde alınan bilgiler ile hastaların taburculuk sonrası hazır oluşluk ve evde normal yaşama devam edebileceklerine inanma durumu arasında ilişki olmadığı, sonucuna varıldı.

- Bununla birlikte gelir durumunun algılanması ve hastanede sorun yaşama durumu ile hastaların taburculuk sonrası hazır oluşluk ve evde normal yaşama devam edebileceklerine inanma durumu arasında ilişki olduğu,

5.2. Öneriler

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Total diz protezi uygulanan hastaların bireysel gereksinimleri dikkate alınarak hastaneye yatıştan itibaren sistemli bir şekilde ameliyat öncesi, sonrası ve taburculuğa ilişkin bilgilendirme ile birlikte planlı eğitim yapılması,

- Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin mesleki sorumlulukları içerisinde önemli bir yer tutan eğitim rollerini etkin şekilde yapmalarına yönelik uygulamaların planlanması ve desteklenmesi,

- Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin eğitim yapmasına engel olan faktörlerin incelenmesine yönelik araştırmaların yapılması,

- Farklı cerrahi girişim uygulanan hastalarda taburculuğa hazır oluşluk durumunu etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik kantitatif ve kalitatif araştırmaların yapılması önerilebilir.



KAYNAKLAR

- Açıksöz S, Uzun Ş, 2007. Total kalça protezi uygulanan bireylerin günlük yaşam aktivitelerine yönelik evde bakımda karşılaşılan güçlükler. C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(1), 8-16.
- Akarcalı İ, Tuğay N, Erden Z, Tokgözoğlu M, Atilla B, Alpaslan M, 2001. Total diz artroplastili hastaların rehabilitasyonunda hızlandırılmış sürekli pasif hareket (CPM) protokolünün sonuçları. Hacettepe Ortopedi Dergisi, 11(1), 20-23.
- Akdemir N, 2005a. Rehabilitasyon, İn: İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı, Akdemir N, Birol L, 2. baskı, Ankara, Sistem Ofset, s. 71-84.
- Akdemir N, 2005b. Hemşirelik uygulamalarında temel kavramlar, İn: İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı, Akdemir N, Birol L, 2. baskı, Ankara, Sistem Ofset, s. 3-24.
- Akın B, Şahingeri M, 2010. Hastane taburculuğuna hazır oluşluk ölçeği-yeni doğum yapmış anne formu'nun Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 13(1), 7-14.
- Altizer L, 2004. Patient education for total hip or knee replacement. Orthopaedic Nursing, 23(4), 283-88.
- Alsancak S, 2000. Ortez ve protez tarihçesi. Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı, 1(1), 27-33.
- Altuntuğ K, Ege E, 2013. Sağlık eğitiminin annelerin taburculuğa hazır oluş, doğum sonu güçlük yaşama ve yaşam kalitesine etkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 15(2), 45-56.
- ANA, 2015. Code of ethics for nurses with interpretive statements. Silver Spring, Marland. Erişim tarihi, 30 Temmuz 2017. Erişim adresi, <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/CodeofEthicsforNurses/Code-of-Ethics-For-Nurses.html>
- Anthony MK, Hudson-Barr DC, 1998. Successful patient discharge. A comprehensive model of facilitators and barriers. The Journal of Nursing Administration, 28(3), 48-55.
- Anthony MK, Hudson-Barr D, 2004. A patient-centered model of care for hospital discharge. Clinical Nursing Research, 2(13), 117-39.
- Arıcı-Karazeybek E, Özbayır T, 2005. Histerektomi ameliyatı olan hastalara verilen eğitimin etkinliğinin saptanması. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 21(2), 1-11.
- Artz N, Elvers KT, Lowe CM, Sackley C, Jepson P, Beswick AD, 2015. Effectiveness of physiotherapy exercise following total knee replacement: systematic review and meta-analysis. BMC Musculoskeletal Disorders, 16(15), 1-21.
- Atalay SG, Alkan BM, Aytekin MN, 2013. Osteoartrit güncel yaklaşım. Ankara Medical Journal, 13(1), 26-32.
- Babacan E, Ulupınar-Alıcı S, (2008). Hemşirelerin hasta eğitimi ile ilgili düşünce ve uygulamaları. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 5(2):29-36.
- Bakırhan S, Ünver B, Karatosun V, 2009. Tek taraflı ve iki taraflı total diz artroplastili hastaların ameliyat sonrası erken dönem fonksiyonel hareketlerinin karşılaştırılması. Acta Orthop Traumatol Turc, 43(6), 478-83.
- Barrack RL, Bertot AJ, Wolfe MW, Waldman DA, Mılcıç M, Myers L, 2001. Patellar Resurfacing in Total Knee Arthroplasty. The Journal Of Bone & Joint Surgery, 83-A(9), 1376-81.
- Bauer M, Fitzgerald L, Haesler E, Manfrin M, 2009. Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence. Journal of Clinical Nursing, 18, 2539-46.
- Bellemans J, Vandenuecker H, Vanlauwe J, 2005. Mini symposium: surgery for knee arthritis (iv) total knee replacement. Current Orthopaedics, 19, 446-52.
- Benzar E, Hansen L, Kneitel AW, Fromme EK, 2011. Discharge planning for palliative care patients: a qualitative analysis. Journal of Palliative Medicine, 14(1), 65-70.

- Berg K, 2016. Provision of preoperative and postoperative information increases the likelihood a person will be fully prepared for home recovery. *Evid Based Nurs*, 19(2), 60.
- Best JT, 2005. Revision total hip and total knee arthroplasty. *Orthopaedic Nursing*, 24(3), 174-79.
- Bilik Ö, 2006. Kalça protezi uygulanmış olan hastaların evde telefonla izlenmesinin iyileşmeye etkisi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Birol L, 2004. Hemşirelik süreci, 6. Baskı, İzmir, Etki Matbaacılık, s. 11-242.
- Birol L, 2005a. Eklem ve bağ dokusu hastalıkları ve hemşirelik bakımı, İn: İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı, Akdemir N, Birol L, 2. baskı, Ankara, Sistem Ofset, s. 729-46.
- Birol L, 2005b. Hemşirelik, hemşirenin rolü ve işlevleri, Hemşirelik süreci, İn: İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı, Akdemir N, Birol L, 2. baskı, Ankara, Sistem Ofset, s. 53-70.
- Bischoff MJFJ, Raaij TM, Reininga IMF, Raay JJAM, 2014. Patellar resurfacing in posterior cruciate ligament retaining total knee arthroplasty (PATRES): design of a randomized controlled clinical trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 15(358), 1-7.
- Bobay KL, Jerofke TA, Weiss ME, Yakusheva O, 2010. Age-related differences in perception of quality of discharge teaching and readiness for hospital discharge. *Geriatric Nursing*, 31(3), 178-87.
- Bowles KH, Holmes JH, Ratcliffe SJ, Connelly JF, Nydick R, Naylor MD, 2009. Factors identified by experts to support decision making for post acute referral. *Nurs Res*, 58(2), 115-22.
- Brent L, Coffey A, 2013. Patient's perception of their readiness for discharge following hip fracture surgery. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 17, 190-198.
- Brummett CM, Urquhart AG, Hassett AL, Tsodikov A, Hallstrom BR, Wood NI, ve ark, 2015. Characteristics of fibromyalgia independently predict poorer long-term analgesic outcomes following total knee and hip arthroplasty. *Arthritis & Rheumatology*, 67(5), 1386-94.
- Buluç L, Gündeş H, Müezzinoğlu S, Şarлак A, 2001. Çimentolu total diz protezi erken sonuçlarımız. *Acta Orthop Traumatol Turc*, 35, 99-106.
- Burucu R, Akın B, 2017. Gebeliğin üçüncü trimestrında gebelere verilen eğitimin doğum sonu taburculuğa hazırlanış düzeyine etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(2), 25-35.
- Butlera GS, Hurleyb CAM, Buchanan KL, Smith-VanHorned J, 1996. Prehospital education: effectiveness with total hip replacement surgery patients. *Patient Education and Counseling*, 29, 189-97.
- Büyükkayacı-Duman N, Karataş N, 2011. Sezaryen sonrası erken taburcu olan kadınlara verilen evde bakım hizmetinin anne sağlığına ve öz bakım gücüne etkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(1), 54-67.
- Can F, 2013. Total kalça artroplastisi, rehabilitasyonu, *TOTBİD dergisi*, 12, 292-08.
- Chapman L, 2007. Discharge planning: A family affair. *Nursing*, 37(5), 12-14.
- Chetty C, Ehlers VJ, 2009. Orthopaedic patients' perceptions about their pre-operative information. *Curationis*, 32(4), 55-60.
- Christen B, Neukamp M, Aghayev E, 2014. Consecutive series of 226 journey bicruciate substituting total knee replacements: early complication and revision rates. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 15(395), 1-9.
- Collier ve Harrington 2005, Discharge planning, nursing home placement, and the internet. *Nurs Outlook*, 53, 95-03.
- Connolly M, Deaton C, Dodd M, Grimshaw J, Hulme T, Everitt S, ve ark, 2010. Discharge preparation: Do healthcare professionals differ in their opinions? *Journal of Interprofessional Care*, 24(6), 633-43.
- Coşkun H, Akbayrak N, 2001. Hastaların kliniklere kabul ve taburculuklarında hemşirelik yaklaşımlarının belirlenmesi. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(2), 63-68.

- Çetinkaya F, Karabulut N, 2010. Batın ameliyatı olacak yetişkin hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin kaygı ve ağrı düzeyine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2), 20-26.
- Çınar C, Alanoğlu E, Sezgin M, Bal A, Çakçı A, 2003. Diz osteoartritli hastalarda total diz artroplastisinin ağrı, fonksiyon ve sağlıklıyla ilişkili yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Fiziksel Tıp*, 6(1), 1-7.
- Çilingir D, Bayraktar N, 2006. Günübirlik cerrahi süreci ve hemşirelik bakımı. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 69-81.
- Çuni B, Kutsal YG, 2014. Diz osteoartritte total protez ağrı için çözüm müdür? *FTR Bil Der*, 17, 99-06.
- Dadaş-Eldaş S, Eti-Aslan F, 2004. Ortopedik cerrahi girişimlerin ertelenme nedenleri ve ertelenmenin hastaların anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisi. *Acta Orthop Traumatol Turc*, 38(3), 212-19.
- Dağ H, Dönmez S, Şen E, Şirin A, 2013. Vajinal doğum yapan kadınların hastane taburculuğuna hazır oluşluk durumu. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 19(2), 65-70.
- Dağ H, Er-Güneri S, Kavlak O, Şirin A, 2014. Doğum yapan kadınların doğum sonu öğretim ihtiyaçları ve taburculuğa hazır oluşluğunun belirlenmesi. *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi*, 10(4), 26-38.
- Dal Ü, Bulut H, Demir SG, 2012. Cerrahi girişim sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 8(1), 34-40.
- Dayılar H, Oyur-Çelik G, Kamer E, 2016. Genel cerrahi kliniğinde yatan hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. *Ege Klinikleri Tıp Dergisi*, 54(3), 129-33.
- Demir H, Çalış M, 2002. Diz artroplastisi rehabilitasyonu. *Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal)*, 24(4), 194-201.
- Demirkıran G, Uzun Ö, 2012. Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 28(1), 1-12.
- Dıraçoğlu D, Aydın R, Başkent A, 2005. Sağlıklı kişilerde ve diz osteoartritli hastalarda proprioepsiyon duyusunun karşılaştırılması. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, 51(3), 90-93.
- Diane E, Patricia M, Gina M, Kris L, Penny K, Lisa M, 2015. Identifying hospitalized pediatric patients for early discharge planning: a feasibility study. *Journal of Pediatric Nursing*, 30, 454-462.
- Doğan N, 2003. Total diz protezinde klinik rehber'in bakıma etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Doğan-Bakı E, Özcan Ö, Demirboğan ME, Kokulu S, Uzel H, Ela Y, ve ark, 2014. Investigation of the effects of anesthesia techniques on intensive care admission and postoperative mortality in elderly patients undergoing bilateral knee replacement surgery. *Turkish Journal of Geriatrics*, 17(4), 373-78.
- Doğu Ö, 2013. Cerrahi girişim planlanan hastaların eğitim gereksinimlerinin karşılanması ve eğitimin hasta bireyin psikolojik hazırlığına etkisi-Sakarya örneği. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(3), 10-13.
- Dolgun E, Candan-Dönmez Y, 2010. Hastaların ameliyat öncesi döneme ait bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3), 10-15.
- Duran S, Gürhan N, 2011. Psikiyatri servisinde çalışan doktor ve hemşirelerin hasta taburculuğuna ilişkin yaklaşımlarının belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(3), 14-20.
- Ekşioğlu E, Gürçay E, 2013. Total diz artroplastisi sonrası rehabilitasyon. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 76(1), 16-21.
- Erdil F, 2001a. Kas-iskelet sistemi cerrahisi ve hemşirelik bakımı, İn: Cerrahi hastalıkları hemşireliği, Erdil F, Özhan-Elbaş N, 4. baskı, Ankara, Aydoğdu Ofset, s. 511-87.
- Erdil F, 2001b. Cerrahi hemşireliği, İn: Cerrahi hastalıkları hemşireliği, Erdil F, Özhan-Elbaş N, 4. baskı, Ankara, Aydoğdu Ofset, s. 97-36.

- Erikli T, Araç SŞ, 2003. Hibrid total kalça protezlerinde erken rehabilitasyon sonuçlarının yaşa göre karşılaştırılması. Erişim tarihi, 31 Temmuz 2017. Erişim adresi, http://www.ortopedidergisi.hacettepe.edu.tr/8/8_4/8_4_7.html
- Ethgen O, Bruyere O, Richey F, Dardennes C, Reginstre JY, 2004. Health-related quality of life in total hip and knee arthroplasty: a qualitative and systemic review of literature. *Journal of Bone and Joint Surgery American*, 86(5), 963-74.
- Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A, 2007. G*power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-91.
- Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG, 2009. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-60.
- Faydalı S, Bayraktar N, 2011. Yanıklı hastaların ve yakınlarının taburculuk sonrası bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1, 47-60.
- Fielden JM, Scott S, Horne JG, 2003. An investigation of patient satisfaction following discharge after total hip replacement surgery. *Orthopaedic Nursing*, 22(6), 429-36.
- Foust JB, 2007. Discharge planning as part of daily nursing practice. *Applied Nursing Research*, 20(2), 72-77.
- Grimmer K, Moss J, Falco J, 2004. Experiences of elderly patients regarding independent community living after discharge from hospital: a longitudinal study. *International Journal for Quality in Health Care*, 16(6), 465-72.
- Guerin MR, Grimmer-Somers K, Kumar S, Dolejs W, 2012. The discharge of individuals from hospital: Do we need to refocus our research? *Journal of Nursing Education and Practice*, 2(3), 1-8.
- Gürlek Ö, Yavuz M, 2013. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ameliyat öncesi hasta eğitimi uygulama durumları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(1), 8-15.
- Haddad FS, Bentley G, 2000. Total knee arthroplasty after high tibial osteotomy. *The Journal of Arthroplasty*, 15(5), 597-03.
- Hansen H, Bull M, Brüt C, 1998. Interdisciplinary collaboration and discharge planning communication for elders. *The Journal of Nursing Administration*, 28(9), 37-46.
- Hatipoğlu S, 2003. Hasta kabulü ve taburcu edilmesi. İn: Hemşirelik esasları, İnanç N, Hatipoğlu S, Yurt V, Avcı E, Akbayrak N, Öztürk E, 8. baskı, Damla Matbaacılık, s.71-94.
- Held-Warmkessel J, 2002. What your patient needs to know about prostate. *Nursing*, 32(12), 36-44.
- Henderson A, Zernike W, 2001. A study of the impact of discharge information for surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3), 435-41.
- Hesselink G, Flink M, Olsson M, Barach P, Dudzik-Urbaniak E, Orrego C, ve ark, 2012. Are patients discharged with care? A qualitative study of perceptions and experiences of patients, family members and care providers. *BMJ Qual Saf*, 0:1-11.
- Hill N, Davis P, 2000. Nursing care of total joint replacement. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 4, 41-45.
- Holland DE, Conlon PM, Rohlik GM, Gillard KL, Messner PK, Mundy LM, 2015. Identifying hospitalized pediatric patients for early discharge planning: a feasibility study. *Journal of Pediatric Nursing*, 30, 454-62.
- Huber EO, Roos EM, Meichtry A, De-Bie RA, Bischoff-Ferrari HA, 2015. Effect of preoperative neuromuscular training (NEMEX-TJR) on functional outcome after total knee replacement: an assessor-blinded randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 16(101), 1-14.
- Husted H, Jørgensen CC, Gromov K, Troelsen A, Kehlet H, Søballe K, ve ark, 2015. Low manipulation prevalence following fast-track total knee arthroplasty. *Acta Orthopaedica*, 86(1), 86-91.

- Isyar M, Guler O, Cakmak S, Kara A, Yalcin S, Mahirogullari M, 2015. Radiological and clinical effect of prosthesis design in varus knees? *Journal of Orthopaedics*, 12, 211-16.
- İlhan M, İnanmaz ME, Uslu M, 2013. Total diz artroplastisinde yakın dönem sonuçlarımız. *Konuralp Tıp Dergisi*, 5(1), 27-30.
- İyilikci-Tulgar G, 2012. Cerrahi birimlerde taburculuk sürecinde hemşirenin rolü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Johansson K, Salentara S, Katajisto J, Leino-Kilpi H, 2002. Patient education in orthopaedic nursing, *Journal of Orthopaedic Nursing*, 6, 220-26.
- Johansson K, Salanterä S, Katajisto J, 2007. Empowering orthopaedic patients through preadmission education: results from a clinical study. *Patient Education and Counselling*, 66,84-91.
- Karada M, Aksoy G, 2002. Lomber disk herni ameliyatında hastaların evde iyileşmelerini halandırmada hemşirenin eğitici rolünün etkisi. *Düşünen Adam*, 15(4), 245-53.
- Karadağ M, 1999. Ayaktan cerrahi uygulamalarında hasta eğitimi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 3 (2), 27-34.
- Karahan A, Kav S, Abbasoğlu A, Doğan N, Tepe A, 2010. Günübirlik cerrahiye takiben hastaların ev ortamındaki deneyim ve güçlükleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 3, 38-48.
- Khorshid L, Tulum Y, 2005. Hemşirelik uygulamalarında teknoloji ve humanizm. *Sendrom Aylık Aktüel Tıp Dergisi*, 17 (7), 99-03.
- Kılıç E, Sinici E, Tunay V, Hasta D, Tunay S, Başbozkurt M, 2009. İki taraflı total diz protezi uygulanan kadın hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Acta Orthop Traumatol Turc*, 43(3), 248-53.
- Knier S, Stichler JF, Ferber L, Catterall K, 2015. Patients' perceptions of the quality of discharge teaching and readiness for discharge. *Rehabilitation Nursing*, 40, 30-39.
- Köçkar Ç, Özer N. Total diz ve kalça protezi uygulanan hastalarda klinik rehberlerin hasta sonuçlarına etkisi. Erişim tarihi, 31 Temmuz 2017. Erişim adresi, http://www.turkcer.org.tr/files/17_UCK_Bildiri_Ozetleri/CONTENT/HS18.htm
- Kramer KL, Jung A, Diffrich B, 1994. Alt ekstremite, İn: *Klinik muayene tanı tedavi acil kılavuzu ortopedi*, Ünlü Ü, 2. baskı, İstanbul, Yüce Yayınları, s. 434-97.
- London F, 2004. How to prepare families for discharge in the limited time available. *Pediatric Nursing*, 30(3), 212-28.
- Lucas B, 2007. Preparing patients for hip and knee replacement surgery. *Nursing Standard*, 22(2), 50-56.
- Lucas B, Cox C, Perry L, Bridges J, 2013. Changing clinical team practices in preparation of patients for total knee replacement: using social cognitive theory to examine outcomes of an action research study. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 17, 140-50.
- Mabire C, Lecerf T, Bula C, Morin D, Blanc G, Goulet C, 2015a. Translation and psychometric evaluation of a french version of the readiness for hospital discharge scale. *Journal of Clinical Nursing*, 1-10.
- Mabire C, Coffey A, Weiss M, 2015b. Readiness for hospital discharge scale for older people: psychometric testing and short form development with a three country sample. *Journal of Advanced Nursing*, 00(0), 1-11.
- Maloney LR, Weiss M, 2008. Patients' perceptions of hospital discharge informational content. *Clinical Nursing Research*, 17(3), 200-19.
- Marya SKS, Thukral R, 2009. Unicompartmental knee arthroplasty for tricompartment osteoarthritis in octogenarians. *Indian Journal of Orthopaedics*, 43(4),361-66.
- Meleis AI, 2010. *Transitions theory; Middle range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer & Publishing Company.
- Miller JF, Piacentine LB, Weiss M, 2008. Coping difficulties after hospitalization. *Clinical Nursing Research*, 17(4), 278-96.

- Mirzanlı C, Mert M, Azar N, Büyükgör ÜA, 2000. Kinematik kondiler AGC total diz artroplastisi: orta dönem takip sonuçları. *Acta Orthop Traumatol Turc*, 34, 273-77.
- Moran CG, Horton TC, 2000. Total knee replacement: the joint of the decade. *BMJ*, 320, 820.
- Morice AH, Wrench C, 2001. The role of the asthma nurse in treatment compliance and self-management following hospital admission. *Respiratory Medicine*, 95, 851-56.
- Nathan JA, Pearce L, Field C, Sharples LD, Laroche CM, 2006. A randomized controlled trial of follow-up of patients discharged from the hospital following acute asthma. *Chest*, 130(1), 51-57.
- Naylor MD, McCauley KM, 1999. The effects of a discharge planning and home follow-up intervention on elders hospitalized with common medical and surgical cardiac conditions. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(1), 44-54.
- Nsameluh K, Holland DE, Gaspar P, 2007. Patient functional status changes during hospitalization. *Clinical Nurse Specialist*, 21(4), 214-19.
- Ohta B, Mola A, Rosenfeld P, Ford S, 2016. Early discharge planning and improved care transitions: pre-admission assessment for readmission risk in an elective orthopedic and cardiovascular surgical population. *International Journal of Integrated Care*, 16(2), 1-10.
- Özbayır T, Demir F, Candan Y, Coşkun İ, Dramalı A, 2003. Hastaların perioperatif döneme ilişkin izlenimlerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(1), 14-23.
- Özel S, 2010. Cerrahi girişim geçiren hastaların taburculuk sonrası bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Özen B, 2012. Planlı taburculuk programının koroner arter bypass ameliyatı olan hastalarda komplikasyonları ve hastaneye geri dönüşleri azaltmaya etkisi. Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.
- Özen B, Seviğ EÜ, 2017. The impact of planned hospital discharge program on complications and hospital readmissions in patients undergoing coronary artery bypass grafting. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 25(3), 353-62.
- Öztürk H, Bulut O, 2007. Total diz protezi erken değerlendirme sonuçları. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 29(3): 90-96.
- Öztürk H, Çilingir D, Hintistan S, 2011. Hastaların dahiliye ve cerrahi kliniklerinde hemşirelerin yaptığı hasta eğitimlerini değerlendirmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(4), 153-58.
- Parvizi J, Sullivan TA, Trousdale RT, Lewallen DG, 2001. Thirty-day mortality after total knee arthroplasty. *The Journal Of Bone And Joint Surgery*, 83-A(8), 1157-61.
- Patel K, Raut V, 2011. Patella in total knee arthroplasty: to resurface or not to—a cohort study of staged bilateral total knee arthroplasty. *International Orthopaedics (SICOT)*, 35, 349-53.
- Pethybridge J, 2004. How team working influences discharge planning from hospital: a study of four multi-disciplinary teams in an acute hospital in England. *Journal Of Interprofessional Care*, 18(1), 29-41.
- Petit JR, 2006. Özel popülasyonlar, İn: Acil Psikiyatri El Kitabı, Coşkun M, 1. baskı, İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık, s. 262-82.
- Pieper B, Sieggreen M, Freeland B, Kulwicki P, Frattaroli M, Sidor D, ve ark, 2006. Discharge information needs of patients after surgery. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 33, 281-91.
- Plate JF, Mofidi A, Mannava S, Lorentzen CM, Smith BP, Seyler TM, ve ark, 2012. Unicompartmental knee arthroplasty: past, present, future. *Joint Implant Surgery & Research Foundation*, 13, 52-62.
- Popejoy LL, Moylan K, Galambos C, 2009. A review of discharge planning research of older adults 1990-2008. *Western Journal of Nursing Research*, 31(7), 923-947.
- Preyde M, Macaulay C, Dingwall T, 2009. Discharge planning from hospital to home for elderly patients: a meta-analysis. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 6, 198-16.

- Prouty A, Cooper M, Thomas P, Christensen J, Strong C, Bowie L, ve ark, 2006. Multidisciplinary patient education for total joint replacement surgery patients. *Orthopaedic Nursing*, 25(4), 257-61.
- Rahman J, Tang Q, Monda M, Miles J, McCarthy I, 2015. Gait assessment as a functional outcome measure in total knee arthroplasty: a cross-sectional study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 16(66), 1-9.
- Ritter MA, Harty LD, Davis KE, Meding JB, Berend ME, 2003. Predicting range of motion after total knee arthroplasty. *The Journal of Bone And Joint Surgery, Incorporated*, 85-A(7), 1278-85.
- Salmon P, Hall GM, Peerbhoy D, Shenkin A, Parker C, 2001. Recovery from hip and knee arthroplasty: patients' perspective on pain, function, quality of life, and well-being up to 6 months postoperatively. *Arch Phys Med Rehabil*, 82, 360-66.
- Savcı A, Bilik Ö, 2015. Hemşirelik bakımı ile modelin buluşması: total diz protezi uygulanan hastalarda roy uyum modeline göre yapılandırılmış sürekli bakım. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 8(2), 145-54.
- Shan L, Shan B, Suzuki A, Nouh F, Saxena A, 2015. Intermediate and long-term quality of life after total knee replacement. *J Bone Joint Surg Am*, 97, 156-68.
- Silbersack Y, Taute BM, Hein W, Podhaisky H, 2004. Prevention of deep-vein thrombosis after total hip and knee replacement. *J Bone Joint Surg*, 86-B(6), 809-12.
- Sis-Çelik A, Türkoğlu N, Pasinlioğlu T, 2014. Annelerin doğum sonu hastane taburculuğuna hazır oluşluk düzeylerini etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 3(2), 1- 7.
- Soares LFM, Nunes TA, De-Andrade MAP, Neyret P, Badet R, 2013. The effect of computerized navigation on component alignment in total knee arthroplasty. *Acta Orthop Traumatol Turc*, 47(1), 8-13.
- Sönmez MM, Berk A, Uğurlar M, Erden-Ertürer R, Akman Ş, Öztürk İ, 2016. Total diz protezi uygulanan hastaların orta dönem klinik ve radyolojik sonuçlarının değerlendirilmesi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 50(2), 115-23.
- Syx RL, 2008. The practice of patient education the theoretical perspective. *Orthopaedic Nursing*, 27(1), 50-56.
- Şahingeri M, 2008. Annelerin doğum sonrası hastane taburculuğuna hazır oluşluğu ve ilişkili faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Şendir M, 2002. Total kalça protezli hastalar için eğitim programı. İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, 12(48), 71-80.
- Şendir M, Babadağ K, 2000. Total kalça protezi ameliyatı öncesi hasta eğitiminin ameliyat sonrası fiziksel uyum ve yaşam kalitesine etkisi. *Hemşirelik Bülteni*, 12(46), 27-41.
- Şendir M, Büyükyılmaz F, Muşovi D, 2013. Patients' discharge information needs after total hip and knee arthroplasty: a quasi-qualitative pilot study. *Rehabilitation Nursing*, 38, 264-71.
- Şenyuva E, Taşocak G, 2007. Hemşirelerin Hasta Eğitimi Etkinlikleri ve Hasta Eğitim Süreci. İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, 15(59), 100-06.
- Şimşek-Yaban Z, 2006. Total kalça protezi ameliyatı olan hastaların deneyimleri. Yüksek Lisans Tezi, Koceli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Koceli.
- Şimşek-Yaban Z, Karaöz S, 2007. Total kalça protezi ameliyatında hemşirelik bakımı. *C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(1), 47-53.
- Tan M, Özdelikara A, Polat H, 2013. Hasta öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. *F.N. Hem. Derg*, 21(1), 1-8.
- Tekin F, 2011. Ortopedik cerrahi hastalarının bireyselleştirilmiş bakımı algılama ve hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
- Temple J, 2006. Care of patients undergoing knee replacement surgery. *Nursing Standard*. 20(48), 48-56.

- Tetsworth K, 2003. Infection after total knee arthroplasty: evaluation and treatment. *Current Opinion in Orthopaedics*, 14, 45–51.
- Thadani PJ, Spitzer AI, 2000. Primary total knee arthroplasty: indications and long-term results. *Current Opinion in Orthopedics*, 11, 41–48.
- Tilbury C, Haanstra TM, Leichtenberg CS, Verdegaal SHM, Ostelo RW, de Vet HCW, ve ark, 2016. Unfulfilled expectations after total hip and knee arthroplasty surgery: there is a need for better preoperative patient information and education. *The Journal of Arthroplasty*, 31, 2139-45.
- Tuna Z, Şenol-Çelik S, 2014. Discharge training and counseling: Functional autonomy and post-discharge problems of elderly patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *Türk Gogus Kalp Dama*, 22(3), 570-76.
- Tuncay İ, 2006. Medial kompartman gonartrozunda unikompartmental diz protezi (UDP). *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi*, 5(3-4), 111-17.
- Turhan H, 2012. Ameliyatın diz protezi uygulanan hastalar üzerindeki etkilerinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Turhan-Damar H, Bilik Ö, 2014. Roy uyum modeli'ne temellendirilmiş total diz protezi ameliyatına hazırlık programı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7(4), 321-29.
- Uluslan Z, 2008. Kalça protezi uygulanan hastaların taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerinin saptanması. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Uzun Ö, 2000. Ameliyat öncesi hasta eğitimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3(2), 36-45.
- Ünal-Taşkın E, 2011. Total diz protezi uygulanan hastalara ameliyat öncesi ve sonrası verilen danışmanlığın özbakım gücü, fonksiyonel durum ve ağrıya etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Walker JA, 2010. Total hip replacement:improving patients'quality of life. *Nursing Standard*, 24(23), 51-57.
- Walker J, 2012. Care of patients undergoing joint replacement. *Nursing Older People*, 24(1), 14-20.
- Wang TJ, Chang CF, Lou MF, Ao MK, Liu CC, Liang SY, ve ark, 2015. Biofeedback relaxation for pain associated with continuous passive motion in taiwanese patients after total knee arthroplasty. *Research in Nursing & Health*, 38, 39-50.
- Weiss M, Ryan P, Lokken L, Nelson M, 2004. Length of stay after vaginal birth: sociodemographic and readiness-for-discharge factors. *Birth*, 31(2), 93-01.
- Weiss ME, Piacentine LB, 2006. Psychometric properties of the readiness for hospital discharge scale. *Journal of Nursing Measurement*, 14(3), 163-80.
- Weiss M, Ryan P, Lokken L, 2006. Validity and reliability of the perceived readiness for discharge after birth scale. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 35(1), 1-21.
- Weiss M, Johnson NL, Malin S, Jerofke T, Lang C, Sherburne E, 2008. Readiness for discharge in parents of hospitalized children. *Journal of Pediatric Nursing*, 23(4), 282-95.
- Weiss ME, Yakusheva O, Bobay KL, 2011. Quality and cost analysis of nurse staffing, discharge preparation, and postdischarge utilization. *Health Services Research*, 46(5), 1473-94.
- Wong ELY, Yam CHK, Cheung AWL, Leung MCM, Chan FWK, Wong FYY, ve ark, 2011. Barriers to effective discharge planning: a qualitative study investigating the perspectives of frontline healthcare professionals. *BMC Health Services Research*, 11(242), 1-10.
- Yalçın S, Arpa Y, Cengiz A, Doğan S, 2015. Hemşirelerin hastaların taburculuk eğitim gereksinimlerine yönelik görüşleri ile hastaların eğitim gereksinimlerine yönelik görüşlerinin karşılaştırılması. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 12(3), 204-09.
- Yıldırım M, 2007. Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin taburculuk sürecindeki rolleri ve bunu etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Yıldız Ö, 2011. Gonartrozlu hastalarda total diz protezinin yaşam kalitesi üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar.

Yıldız T, Malak A, Baltacı-Göktaş S, Özen Y, 2015. Effect of patient education on patient anxiety level using “scale of patient education requirements” in open heart surgery. *Koşuyolu Heart Journal*, 18(1), 1-5.

Yıldız N, Akbulut Ö, Bircan H, 2016. İstatistiğe giriş uygulamalı temel bilgiler çözümlü ve cevaplı sorular, 12. baskı, Ankara, Aktif Yayınevi, s. 212.



EK-A: ANKET FORMU

TOTAL DİZ PROTEZİ UYGULANAN HASTALARIN TABURCULUĞA HAZIR OLUŞLUK DURUMLARI

Değerli katılımcı,

Bu araştırma Isparta Devlet Hastanesi Ortopedi Kliniği'nde "total diz protezi" uygulanan hastaların evde bakım ile ilgili aldıkları bilgileri ve taburculuğa hazır oluşluk durumunu ve bununla ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Sorulara verilen yanıtlar ve kişisel bilgiler tamamen gizli kalacaktır. Bu çalışmada sadece bilimsel amaç esas alınmıştır. Katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

Araştırmacılar

Hemşire Özlem ÇİFTÇİ

Yrd.Doç.Dr. Şerife KURŞUN

HASTA BİLGİ FORMU

Anket No:

A) Sosyo-demografik özellikler

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: 1) Kadın 2) Erkek

3.Eğitim durumunuz: 1) Okur-yazar 2) İlköğretim 3) Lise 4) Önlisans
5) Lisans 6)Lisans üstü

4. Medeni durumunuz: 1) Bekar/Dul 2) Evli

5. Yaşadığınız yer: 1) İl 2) İlçe 3) Kasaba 4) Köy

6. Kiminle yaşıyorsunuz: 1) Tek başına 2) Eşim ile 3) Eşim ve çocuklarım ile
4) Çocuklarım ile 5) Diğer.....

7. Çalışma durumunuz: 1)Çalışıyorum 2) Çalışmıyorum

8. Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz? 1) Çok iyi 2) İyi
3)Orta 4)Kötü

9. Sosyal güvenceniz var mı? 1) Var 2) Yok

10. Taburcu olduktan sonra evde bakım için destek olabilecek kişi var mı?
1) Var 2) Yok

11. Size evde destek olacak kişi kimdir?

B) Geçmiş ve şimdiki sağlık özellikleri

12. Kronik hastalığınız var mı? Varsa belirtiniz. 1) Evet
2) Hayır

13. Ameliyat olmanıza karar verilen şikayetiniz neydi?
14. Mevcut hastalığınıza eşlik eden bir hastalığınız var mı? 1) Evet 2) Hayır
15. Geceleri uykudan uyandıran ağrılarınız oluyor muydu? 1) Evet 2) Hayır
16. Yürüme mesafeniz ne kadardır? 1)100m den az 2)100-500m arası
3)500m den fazla
17. Daha önce hastanede yattınız mı? 1) Evet 2) Hayır
18. Daha önce herhangi bir ameliyat oldunuz mu? 1) Evet 2) Hayır
19. Tıbbi tanı (dosyadan yazılacaktır):
20. Hastaneye yatış tarihi (dosyadan yazılacaktır):
21. Yapılan ameliyat bölgesi (dosyadan yazılacaktır):
1) Sağ diz 2) Sol diz 3) Her iki diz
22. Ameliyatın kaçınıcı günü:
23. Hastanede kalış süresi içinde bir sorun/komplikasyon gelişti mi?
1) Evet 2) Hayır
24. Yanıtınız evet ise gelişen sorun/sorunları işaretleyiniz.

Sorunlar	Evet (1)	Hayır (2)
Ağrı		
Kanama		
Bulantı-kusma		
İştahsızlık		
Ateş yükselmesi		
Yara enfeksiyonu		
Yara açılması		
Solunum sorunları (öksürük, solunum sıkıntısı)		
İdrar yapmada zorluk		
İdrar yolu enfeksiyonu		
Kabızlık		
İshal		
Gaz çıkarmada zorluk		
Diğer		

25. Şu anda sağlığınız nasıl hissediyorsunuz?

- 1) Mükemmel 2) Çok iyi 3) İyi 4) Orta 5) Kötü

C) HASTANEDE YAPILAN BİLGİLENDİRME VE EĞİTİM ÖZELLİKLERİ

26. Size verilen bilgileri ve bu bilgileri kimden aldığınızı işaretleyiniz.

VERİLEN BİLGİ	Evet (1)	Hayır (2)	Kim tarafından bilgi verildi?		
			Doktor	Hemşire	Diğer
AMELİYAT ÖNCESİ					
Yattığım servis hakkında					
Yapılan tetkiklerin (kan testleri, röntgen) nedeni ve nasıl yapılacağı					
Sürekli kullandınız ilaçlar hakkında					
Hastalık ile ilgili (nedeni, tedavisi, sonuçları)					
Ameliyat ile ilgili (ne yapılacağı, nasıl yapılacağı)					
Ameliyattan bir gece önce yeme ve içme kısıtlaması yapılacağı					
Ameliyat bölgesi temizliğinin nasıl yapılacağı					
Ameliyat sonrasında yapılacak solunum ve öksürük egzersizleri					
Ameliyattan sonra olabilecek sonda, dren ve kateter hakkında					
Ameliyat öncesi protez, takı ve ojelerin çıkarılacağı					
Ameliyat için özel giysi giyileceği					
Ameliyathane ortamının nasıl olduğu					
Diğer					
AMELİYAT SONRASI DÖNEM					
Ameliyattan sonra ne zaman ayağa kalkılacağı					
Ameliyattan sonra nasıl ayağa kalkılacağı					
Yatak içi egzersizlerin nasıl yapılacağı					
Ameliyattan sonra ne zaman ve nasıl beslenmeye geçileceği					
Tedavide kullanılacak ilaçlar					
Ameliyat sonrası görülen sorunlar					
Diğer					

27. Size taburculuk sırasında verilen eğitimleri ve kimden bilgi aldığınızı işaretleyiniz.

VERİLEN BİLGİ	Evet (1)	Hayır (2)	Kim tarafından bilgi verildi?		
			Doktor	Hemşire	Diğer
TABURCULUK SONRASI EVDE BAKIM					
Evde kullanılacak ilaçların alınma zamanı, kullanılma süresi, gelişebilecek yan etkiler					
Ameliyat bölgesinin bakımı					
Beslenmenin nasıl olacağı					
Ağrı kontrolü					
Hangi hareketlerin yapılacağı					
Hangi hareketlerin yapılmaması					
Ne zaman banyo yapılacağı					
Hangi durumlarda sağlık kuruluşuna başvurulacağı					
İlk kontrole gelme zamanı					
İşe ne zaman başlanacağı					
Diğer					



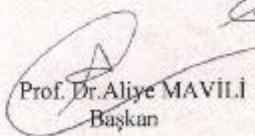



D) Taburculuğa hazır olma durumu hastaların taburculuk sonrası hazır oluşluk ve evde normal yaşama devam edebileceklerine inanma durumu oranlarının

28. Hastaneden taburculuk sonrası hazır oluşluluk ve evde normal yaşamınıza devam edebileceğinize inanıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır

29. Aşağıda verilen aktiviteleri yapma konusunda ne kadar hazırsınız?

	Hazırım (1)	Kısmen hazırım (2)	Hazır değilim (3)	Kararsızım (4)
Alışveriş yapma				
Temizlik yapma				
Ulaşım (toplu taşıma araçlarını kullanma)				
Yemek hazırlama				
Beslenme				
Yıkanma				
Giyinme				
Tuvalet gereksinimi				
Transfer (yatağa girip çıkma, sandalyeye oturma)				

EK-B: Etik Kurulu İzni

	<p>T.C. SELÇUK ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI</p>	
SAYI : 34967403-		23/02/2016
<p>Yrd. Doç. Dr. Şerife KURŞUN (S.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi)</p>		
<p>16.02.2016 tarihli, "Total Diz Protezi Uygulanan Hastaların Bilgilendirme Ve Taburculuğa Hazır Olma Durumları" başlıklı araştırma projeniz, 23.02.2016 tarihli Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Toplantısı'nda görüşülmüş olup; kurulun konu ile ilgili 2016/20 sayılı kararı ekte sunulmuştur.</p>		
<p> Prof. Dr. Aliye MAVİLİ Başkan</p>		
<small>Adres: S.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı, Atıfhanın Kaymaklı Kavşağı, Beşiktaş / KOYUNLU / T.C. / Tel: 0232 2416211 / Faks: 0232 240 06 06</small>		
	<p>T.C. SELÇUK ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARARI</p>	
Toplantı Sayısı: 02		Toplantı Tarihi : 23.02.2016
<p>Karar Sayısı 2016/20 Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Şerife KURŞUN'un, "Total Diz Protezi Uygulanan Hastaların Bilgilendirme Ve Taburculuğa Hazır Olma Durumları" başlıklı araştırmasının değerlendirilme talebi ile ilgili 16.02.2016 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü.</p>		
<p>Yapılan inceleme ve görüşmelerden sonra Yrd. Doç. Dr. Şerife KURŞUN'un, "Total Diz Protezi Uygulanan Hastaların Bilgilendirme Ve Taburculuğa Hazır Olma Durumları" adlı araştırmasının kabulüne oy birliği ile karar verildi.</p>		
<p> ASLI GİBİDİR 23/02/2016 Dolunay ALTINOZEN Sekreteryas</p>		

EK-C: Kurum İzni



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Isparta İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

ISPARTA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - ISPARTA İLİ KHBGS TIBBİ HİZMETLER
BAŞKANLIĞI
16.03.2016 16.05 - 80795514 - 663.08 - E.520
00020792114

Sayı : 80795514/663.08
Konu : Tez Çalışması

Sayın ÖZLEM ÇİFTÇİ

"Total diz protezi uygulanan hastaların bilgilendirme ve taburculuğa hazır olma durumları" başlıklı yüksek lisans tez çalışmanızı Isparta Devlet Hastanesinde yapma talebiniz, protokol hükümlerine uymak şartıyla Genel Sekreterliğimizce uygun değerlendirilmiştir.

Gereğini rica ederim.

Uzm. Dr. Osman AYDIN
Genel Sekreter

EKLER:
Protokol

Adres : İstiklal mah.113 cad.no:84 ISPARTA
Performans,Kalite ve Eğitim Birimi/Sağlık Turizmi ve Sağlık Otelciliği Birimi/Uzman E.GÜNAYDIN
e-posta:emel.gunaydin@saglik.gov.tr Tel:246 232 70 72 Fax: 246 232 79 79

Evrakin elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 199ffb40-266b-4518-9585-52b41a54498a kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-D: GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU

Total diz protezi uygulanan hastaların bilgilendirme ve taburculuğa hazır olma durumlarını belirlemek amacıyla bir yüksek lisans tezi yapmaktayım.

Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, araştırmacı tarafından araştırmanın amacı açıklanarak, sizden araştırmaya katılım izni alınacaktır. Daha sonra, size doldurmanız için bir form verilecektir. Çalışmamız bir anket formu ile gerçekleştiğinden herhangi bir risk taşımamaktadır. Bu çalışmaya, katılmama ve katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sizin isteğinize bakılmaksızın araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabilirsiniz. Bize verilen tüm bilgileriniz saklı tutulacaktır. Çalışmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyeceği gibi sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Teşekkür ederiz.

Sorumlu araştırmacılar:	
Yrd.Doç.Dr. Şerife KURŞUN S.Ü Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Tel: 0 332 2233528	Yüksek Lisans Öğr. Özlem ÇİFTÇİ Isparta Devlet Hastanesi Hemşirelik Anabilim Dalı Tel: 0246 2115573-74

Katılımcının adı-soyadı:

İmzası:

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1986 yılında Isparta'da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Isparta'da tamamladı. Lisans eğitimini 2005 yılında Süleyman Demirel Üniversitesi Burdur Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nde başladı ve 2009 yılında tamamladı. 2011 yılından itibaren Isparta devlet hastanesinde hemşire olarak görev yapmaktadır.

