



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Kalça Kırığı Ameliyatı Geçirmiş Yaşlı Hastalarda Evde Verilen Hemşirelik
Bakım'ının Yaşam Kalitesine Etkisi

SÜMEYRA KOÇYİĞİT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

DANIŞMAN

DOÇ.DR. HATİCE YORULMAZ

İSTANBUL-2017



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Kalça Kırığı Ameliyatı Geçirmiş Yaşlı Hastalarda Evde Verilen Hemşirelik
Bakım'ının Yaşam Kalitesine Etkisi

SÜMEYRA KOÇYİĞİT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

DANIŞMAN
DOÇ.DR. HATİCE YORULMAZ

İSTANBUL-2017

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Sümeyra KOÇYİĞİT tarafından hazırlanan **“Kalça Kırığı Ameliyatı Geçirmiş Yaşlı Hastalarda Evde Verilen Hemşirelik Bakımının Yaşam Kalitesine Etkisi”** konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 15.01.2018

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Doç.Dr. Hatice YORULMAZ
: Haliç Üniversitesi



Jüri Üyesi : Prof.Dr. Nevin KANAN
: İstanbul Üniversitesi




Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr. Makbule BATMAZ
: Haliç Üniversitesi



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Nuri TUNALI
Vekil Müdür



D) İNTİHAL RAPORU

Urkund Analysis Result

Analysed Document: Sümeyra Koçyiğit Yüksek Lisans.docx (D34219477)

Submitted: 12/27/2017 1:25:00 PM

Submitted By: gulcankendirkiran@halic.edu.tr

Significance: 3 %

Sources included in the report:

İÇİNDEKİLER - Kopya.doc (D26147714)

GÖKÇE KAVAK AKTAŞ.docx (D24615379)

19-1301860463.doc (D3918504)

fatma çıtrak.pdf (D16844721)

Instances where selected sources appear:



II) TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında ilgisini ve desteğini hissettiğim, her konuda bana destek veren, danışmanlık yapan çok değerli hocalarım Doç.Dr. Hatice Yorulmaz'a, Prof. Dr. Necmiye Sabuncu'ya, Öğr. Görev. Fatma Özhan'a ve Öğr.Görev. Gülcan Kendirkıran'a, tez çalışmamı yürüttüğüm İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi Kliniği çok kıymetli doktorlarından Dr. Alican Barış'a, çalışmaya gönüllü katılan tüm bireylere, yaşamım boyunca bana destek olan aileme, nişanlım Samet Çengel'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Sümevra Koçyiğit

III) İÇİNDEKİLER

I) İNTİHAL RAPORU.....	I
II) TEŞEKKÜR.....	II
III) İÇİNDEKİLER.....	III
IV) KISALTMALAR.....	V
V) TABLOLAR LİSTESİ.....	VI
VI) GRAFİKLERİN LİSTESİ.....	VII
1.ÖZET.....	1
2.SUMMARY.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER.....	5
4.1. Kalça Kırıkları.....	5
4.2. Etiyolojisi.....	5
4.3. Klinik Belirti ve Bulgular.....	6
4.4. Epidyomoloji-İnsidans.....	6
4.5. Risk Faktörleri.....	7
4.6. Tedavi.....	7
4.7. Preoperatif Değerlendirme.....	8
4.8. Cerrahi Sonrası Rehabilitasyonda Temel Prensipler.....	9
4.9. Kalça Kırıklarında Evde Bakım Ve Sağlık Çalışanının Rolü.....	10
4.10. Kalça kırıklarından korunma.....	12
4.11. Kalça Kırığı Ve Yaşam Kalitesi.....	13

5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	16
5.1. Araştırmanın Uygulama Şekli.....	16
5.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	16
5.3. Araç – Gereç.....	16
5.3.1. Hasta Bilgi Formu (Ek-1).....	17
5.3.2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-2).....	17
5.3.3. Kalça Değerlendirme Anketi (Ek-3).....	18
5.3.4. Kalça Kırığı Olmuş Bireylerde Ameliyat Sonrası Taburculuk Eğitimi (Ek-4).....	19
5.4. İstatistiksel Analiz.....	20
5.5. Etik Yön.....	20
5.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	20
6. BULGULAR.....	21
7. TARTIŞMA.....	49
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	58
9. KAYNAKLAR.....	61
10. EKLER.....	68
Ek-1. Hasta Bilgi Formu.....	68
Ek-2. Sf-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	70
Ek-3. Kalça Değerlendirme Anketi.....	74
Ek-4. Kalça Kırığı Olmuş Bireylerde Ameliyat Sonrası Taburculuk Eğitimi.....	78
Ek-5. Araştırma İzinleri.....	86
11. ÖZGEÇMİŞ.....	88

IV) KISALTMALAR

YK: Yaşam Kalitesi

KDA: Kalça Değerlendirme Anketi



V) TABLOLARIN LİSTESİ

Tablo 6.1. Grupların Sosyo-Demografik Değişkenlerine İlişkin Bulgularının Dağılımı

Tablo 6.2. Grupların Başka Hastalığa Sahip Olma ve Ameliyat Olma Durumu Değişkenlerine İlişkin Bulgularının Dağılımı

Tablo 6.3. Grupların Kalça Değerlendirme Anketine Verilen Yanıtlarının Eğitim öncesi (1.Ay) ve sonrası (3.Ay) Dağılımı

Tablo 6.3.1. Grupların Kalça Değerlendirme Anketi Toplam Puanı Ve Soru Bazında Verilen Yanıtlarının Eğitim öncesi (1.Ay) ve sonrası (3.Ay) Dağılımı

Tablo 6.4. Grupların Yaşam kalitesinin Eğitim öncesi (1.Ay) ve sonrası (3.Ay) Ana ve Alt Boyutlara İlişkin Bulgularının Dağılımı

Tablo 6.4.1. Gruplara Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası Fiziksel Fonksiyon Değişkenine İlişkin Dağılım

Tablo 6.4.3. Gruplara Göre Yaşam Kalitesinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Fiziksel Rol Değişkenine İlişkin Dağılımı

Tablo 6.4.5. Gruplara Göre Yaşam Kalitesinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Ağrı Değişkenine İlişkin Dağılımı

Tablo 6.4.7. Gruplara Göre Yaşam Kalitesinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Sağlık Algısı Değişkenine İlişkin Dağılımı

Tablo 6.4.9. Gruplara Göre Yaşam Kalitesinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Yaşamsallık Değişkenine İlişkin Dağılımı

Tablo 6.4.11. Gruplara Göre Yaşam Kalitesinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Sosyal İşlev Değişkenine İlişkin Dağılımı

Tablo 6.4.13. Gruplara Göre Yaşam Kalitesinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Mental Rol Değişkenine İlişkin Dağılımı

Tablo 6.4.15. Gruplara Göre Yaşam Kalitesinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Mental Sağlık Değişkenine İlişkin Dağılımı

Tablo 6.4.17. Gruplara Göre Yaşam Kalitesinin Eğitim Öncesi ve Sonrası FSS İlişkin Dağılımı

Tablo 6.4.19. Gruplara Göre Yaşam Kalitesinin Eğitim Öncesi ve Sonrası MSS İlişkin Dağılımı

VI) GRAFİKLERİN LİSTESİ

6.4.2. Gruplara Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası Fiziksel Fonksiyon Değişkenine İlişkin Dağılım Grafiği

6.4.4. Gruplara Göre Yaşam Kalitesinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Fiziksel Rol Değişkenine İlişkin Dağılım Grafiği

6.4.6. Gruplara Göre Yaşam Kalitesinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Ağrı Değişkenine İlişkin Dağılım Grafiği

6.4.8. Gruplara Göre Yaşam Kalitesinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Sağlık Algısı Değişkenine İlişkin Dağılım Grafiği

6.4.10. Gruplara Göre Yaşam Kalitesinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Yaşamsallık Değişkenine İlişkin Dağılım Grafiği

6.4.12. Gruplara Göre Yaşam Kalitesinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Sosyal İşlev Değişkenine İlişkin Dağılım Grafiği

6.4.14. Gruplara Göre Yaşam Kalitesinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Mental Rol Değişkenine İlişkin Dağılım Grafiği

6.4.16. Gruplara Göre Yaşam Kalitesinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Mental Sağlık Değişkenine İlişkin Dağılım Grafiği

6.4.18. Gruplara Göre Yaşam Kalitesinin Eğitim Öncesi ve Sonrası FSS İlişkin Dağılım Grafiği

6.4.20. Gruplara Göre Yaşam Kalitesinin Eğitim Öncesi ve Sonrası MSS İlişkin Dağılım Grafiği

1. ÖZET

Bu araştırmada, Kalça kırığı ameliyatı geçirmiş yaşlı hastalarda evde verilen hemşirelik bakım'ının yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Veriler, 15.11.2016 –15.01.2017 tarihleri arasında, bir devlet hastanesi ve bir sağlık ocağına başvuran, 60 hastada toplandı. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların yanı sıra Pearson ki-kare, Mann Whitney ve Wilcoxon işaret testleri kullanıldı. 65 yaş ve üstü alınan hastalar; kontrol ve deney grubu olarak ikiye ayrıldı. Kontrol grubuna; hastane veya sağlık ocağında verilen rutin bakım hizmeti verildi. Deney grubuna ise; taburcu olduktan sonraki 1. ve 3. aylarda araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim konularını içeren evde bakım hizmeti verildi. Hastalara, sosyodemografik değişkenleri içeren anket formu, 'Kalça Değerlendirme Anketi' ve 'Yaşam Kalitesi Ölçeği' uygulandı. Kontrol ve deney grubuna veri toplama araçları taburcu olduktan sonraki 1. ve 3.ay sonunda tekrar uygulandı. Bu çalışmada kontrol grubundaki hastaların; %30'unun 65-69 yaş aralığında olduğu, %56.7'sinin kadın olduğu, %53,3'nün daha önce kalça kırığı ameliyatı olmadığı görüldü. Deney grubundaki hastaların; %50'sinin 75-79 yaş aralığında olduğu, %56.7'sinin kadın olduğu, %70'inin daha önce kalça kırığı ameliyatı olmadığı görüldü. Kalça Değerlendirme Anketinde; 1.ay 'Kalça Ağrısı', 'Yürüme Mesafesi', 'Genel İşlerin Etkilenmesi', değişkenleri açısından, 3.ay 'Kalça Ağrısı', 'Banyo Yapma', 'Ulaşım', 'orap Giyme', değişkenleri açısından deney grubu hastalarında kontrol grubuna göre anlamlı derecede azalma gözlemlendi. Yaşam kalitesi ölçeğinde ise; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, genel sağlık algısı, fiziksel özet sağlık skoru ana ve alt boyutlarında eğitim sonrası deney grubunda kontrol grubuna göre puan ortalamaları yüksek bulundu ($p<0,05$). Kalça kırığı ameliyatı geçirmiş yaşlı hastalarda, evde verilen hemşirelik bakımının yaşam kalitesini arttırdığı görüldü.

Anahtar Kelimeler; Kalça Kırığı, Yaşam Kalitesi, Evde Bakım, Hemşirelik

2. SUMMARY

THE EFFECT OF NURSING CARE AT HOME ON THE QUALITY OF LIFE OF GERIATRIC PATIENTS WHO HAVE UNDERGONE HIP FRACTURE OPERATION

In this study, it was aimed to investigate the effect of nursing care at home on the quality of life of geriatric patients who have undergone Hip fracture operation. Between 15.11.2016 -15.01.2017, the data were collected with 60 patients who applied to a state hospital and a community clinic. Descriptive statistical methods as well as Pearson chi-square, Mann Whitney and Wilcoxon sign tests were used when the data were evaluated. Patients 65 years of age or older divided into control and experimental group. For the Control group; training is not provided except for the care service given at the hospital or community clinic; for the experimental group, at the first and third months after discharge, home care services were provided including training subjects to be prepared by the researcher. Questionnaire form including sociodemographic variables, 'Hip Assessment Questionnaire' and 'Quality of Life Scale' were applied to the patient. Data collection instruments for control and experimental group were reapplied after discharge and at the end of 3rd month. In this study, patients in the control group; 30% were in the age range 65-69, 56.7% were female and 53.3% had not had previous hip fracture surgery. Patients in the experimental group; 50% were in the age range of 75-79 years, 56.7% were women, and 70% had not had previous hip fracture surgery. In the Hip Assessment Questionnaire; a significant decrease was observed in the experimental group compared to the control group in terms of first month 'Hip Pain', 'Walking Distance', 'Affecting General Works', third month 'Hip Pain', 'Bathing', 'Transportation', 'Socks Wearing' If the quality of life scale; physical function, physical role, general health perception, physical summary health score in basic size and sub-dimension after the training, the average score of the experimental group was higher than the control group ($p < 0.05$) It has been observed that geriatric patients who have undergone hip fracture operation increase the quality of life by nursing care given at home.

Keywords; Hip Fracture, Quality of Life, Home Care, Nursing.

3. Giriş ve Amaç

Yaşlılık, fiziksel ve ruhsal güçlerin bir daha yerine gelmeyecek şekilde kaybedilmesine bağlı olarak, organizmanın iç ve dış etmenler arasında denge kurma potansiyelinin azalması, kişinin ruhsal ve sosyal yönden gerilemesidir (Göz ve Erkan 2008, Danış 2009).

Yaşlılık dönemi bireylerin statü kaybettiği, bağımlılık ve kaza riskinin arttığı ve fiziksel yeteneklerinin azaldığı bir dönem olup, 65 yaş üstü bireylerin yaklaşık 1/3'nün her yıl, en az bir kez düşme deneyimi yaşadığı bildirilmektedir (Yıldırım Y, 2004). Kalça kırıklarının osteoporoz, trafik kazası ve düşmeler sonucu oluştuğu bilinmektedir. Özellikle yaşlı nüfusta çok görülen, ölüm ve sakatlığa yol açan ciddi bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir (Kannus P, 1996).

Kalça kırığı, kırıktan sonraki 1 yıl içinde beklenen yaşam süresinde % 12-20'lik azalmaya, sakatlık oranında ise % 5-20'lik artışa neden olmaktadır. Kalça kırığı olan hastalar en iyi koşullarda bile yaşa ve kırığa bağlı komplikasyonlardan dolayı yüksek risk altındadır. Cerrahi girişim sonrasında da bu hastaların birçoğu eski bağımsızlıklarına kavuşamamakta, bir kısmı da hareket için yardımcı aletlere gereksinim duymaktadır (Erden Z. ve ark., 2000; National 2003; Huddleston, 2001; Formiga 2003).

Kalça kırığı ameliyatı olan yaşlı hastaların en fazla banyo, giyinme ve tuvalet gereksinimlerini gidermede zorlandıkları ve başkalarına bağımlı olma duygusu yaşadıkları belirlenmiştir. Ameliyat sonrası dönemde, bireylerin hemşirelik bakımı iyileşme ve normal yaşamlarına dönmede önemli rol oynadığı vurgulanmaktadır (Rosell, 2003).

Yaşam kalitesi, bireylerin kendi kültürleri ve değerler sistemi içinde kendi durumlarını algılayış biçimidir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, sağlığın bireylerin fonksiyonlarını yerine getirmedeki yeteneklerini ve bireylerin yaşamlarındaki algıladıkları fiziksel, mental ve sosyal alanı ifade eder (The WHOQOL.,1998; The WHOQL.,1996; Fidan 2003).

Yaşam kalitesi yüksek olan yaşlılar; bağımsız olarak yaşamlarını sürdürürler, gereksinimlerini ve günlük yaşam aktivitelerini kendileri karşılarlar. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergileyen yaşlıların, yüksek yaşam kalitesine sahip olduğu, sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları daha kolaylıkla yerine getirdikleri belirtilmektedir (Bırak.,1991; Sonel.,2002; Candan İ., 2002).

Hastada sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilip, sürdürülmesini sağlamak ve yaşam kalitesini yükseltmek hemşirenin sorumlulukları arasındadır. Bu nedenle hemşirelerin, bakım verdikleri hastanın sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve yaşam kalitelerini değerlendirmeleri, hastanın gereksinimlerine yönelik yardımı ve evde bakımını optimal düzeyde planlayıp uygulayabilmelerine fırsat verecektir (Crawford 2006; Komşuoğlu B., 2006; Gök H., 1998;Ware JE.,1992).

Bu nedenle araştırmada, kalça kırığı ameliyatı geçirmiş yaşlı hastalarda evde verilen hemşirelik bakım'ının yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amaçlandı.

Araştırmanın Soruları;

Kalça kırığı ameliyatı geçirmiş yaşlı hastalarda, evde verilen hemşirelik bakım'ı yaşam kalitesini nasıl etkiler?

Kalça kırığı ameliyatı geçirmiş yaşlı hastalarda, sadece rutin bakım hizmeti yaşam kalitesini nasıl etkiler?

Kalça kırığı ameliyatı geçirmiş yaşlı hastalarda, evde verilen hemşirelik bakım'ı; kalça ağrı'sı, banyo yapma, ulaşım, çorap giyme gibi değişkenlerde nasıl etkisi vardır?

Kalça kırığı ameliyatı geçirmiş yaşlı hastalarda, sadece rutin bakım hizmetinin; kalça ağrı'sı, banyo yapma, ulaşım, çorap giyme gibi değişkenlerde nasıl etkisi vardır?

4. Genel Bilgiler

4.1. Kalça Kırıkları

Kalçada meydana gelen herhangi bir patoloji geniş çaplı fonksiyonel bozukluklara neden olur. Kalça patolojileri çocuklarda ve yaşlılarda sık görülür. Çocuklarda kalçanın anormal pozisyonu dislokasyona neden olabilir. Yaşlılarda ise osteoporoz ve sık düşme dejeneratif kalça patolojileri ile sonuçlanabilir (Ünver B.,2002). Bu patolojiler ağrı, deformite, kas kuvveti zayıflığı ve hareket kısıtlılığı gibi komplikasyonlara yol açarak, kişinin kalça eklemine günlük yaşamda yeterli ve etkili şekilde kullanmasını önleyerek yaşam kalitesini düşürür (Algün C., 2002).

Kalça kırığı, yaşlı hasta grubunda hastaneye yatış gerektiren, ciddi mortalite ve morbiditesi olan en sık travmatik hastalıklardan biridir (Leur K.Ark,2014). Toplumdaki yaşlı nüfus oranındaki artışla birlikte kalça kırığı görülme sıklığı da artmaktadır. Kalça eklemine oluşturan uyluk kemiğinin boyun kısmında veya trokanterik bölge denen boyunun daha alt kısmında olan kırıklara kalça kırığı denmektedir. Kalça kırığı; tek bir şekilde görülen kırığı ifade etmeyip farklı birçok kırık tipine verilen ortak ad olarak düşünülmelidir. Ortopedide en sık görülen kalça kırıkları; femur kemiğinin boyun ve boyna yakın kısmında görülen kırıklardır (www.aydinpost.com/kalca-kiriklarina-dikkat., Erişim Tarihi:24.12.2009).

4.2. Etiyoloji

Kalça kırığına neden olarak; düşük kemik mineral yoğunluğu, ileri yaş, kadın cinsiyet, kronik hastalıklar, geçirilmiş kırık ve düşme hikayesi, hareketsiz yaşam tarzı, aşırı sigara ve alkol kullanımı, görme zayıflığı, düşük kalsiyum ve vitamin alımı, düşük vücut kitle endeksi, kas gücü zayıflığı gibi pek çok risk faktörü tanımlanmıştır (Marks R.,1970; Robbins J.,2007). Ancak bahsedilen risk faktörleri etnik, kültürel, coğrafik faktörlere göre değişiklik gösterebilir (Lau EM 2001). Femur trokanterik bölge kırıkları genç erişkinlerde yüksek enerjili travmalardan sonra görülmekte olup özellikle trafik kazaları ve yüksekten düşme önemli nedenler arasında sayılmaktadır. Buna karşın, yaşlı hasta grubunun neredeyse tamamında ise neden; basit ev içi düşmeleri gibi düşük enerjili travmalardır (Bucholz W and Heckman D., 2001; White BL. and fri.,19879).

4.3. Klinik Belirti ve Bulgular

Kalça kırığının bulgu ve semptomları: kasık ve kalça bölgesinde ciddi ağrı, hasarlanmış kalça tarafına vücut ağırlığının verilememesi, kalça bölgesinde şişme ve katılık, hasarlanmış kalça bölgesinde daha kısa bacak, hasarlanmış kalça tarafında bacağın dışa doğru rotasyonu klinik bulgular arasında sayılabilir (Ege R.,1996). Bu hastalarda travmanın oluş şekli, hastanın yaşı, mevcut hastalıkları ve klinik görünümü bize tanı ve tedavide yardımcı olur. Hastanın şuur durumu, mevcut dahili hastalıkları ve ilave travma hikayesi mutlaka sorgulanmalıdır (Tronzo GR.,1973).

4.4. Epidemiyoloji-İnsidans

Dünya Bankasının 1993 yılı Dünya Gelişim Raporu verilerine göre 1990 yılında yeni kalça kırıkları insidansı dünya çapında 1.31 milyon, kalça kırıklarına bağlı sakatlık prevalansı ise 4.48 milyon olarak hesaplanmıştır. Ülkemize ait net rakamlara ulaşılmamış olmakla birlikte aynı raporda Orta Doğu Ülkelerine ait değerler sırasıyla 87.900 ve 242.200 olarak bildirilmektedir (Johnell O.,2004). Dünyamızın ve ülkemizin yaşlı nüfusunun giderek büyüdüğü göz önüne alındığında (Akgün S.,2004) kalça kırıklarının gelecek yıllarda önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkacağını tahmin etmek güç değildir. Nitekim 2050 yılında beklenen kalça kırığı sayısı 6.3 milyon dolayında tahmin edilmektedir (Cooper C.,1992). Amerika'da her yıl 250.000 kalça kırığı görülmektedir, %50'si femur boyun kırığıdır.

Kalça kırıkları sonrasında tedavi yöntemi çok büyük oranda cerrahidir. Cerrahi girişim sonrasında birçok hasta uzun süreli immobilizasyon ve bunun komplikasyonlarını yaşamaktadır. Kırık sonrasındaki ilk bir yıl içinde ölüm oranının %15-30 arasında olduğu bildirilmektedir (Braithwaite RS, ve ark., 2003; Lee AY, 2007).

4.5. Risk Faktörleri

Yaşlılarda kalça kırığı gelişimi ile ilgili çok sayıda risk faktörü sayılmakla birlikte en önemlileri düşmeler ve osteoporozdur (Ellis TJ.,2003;Mont MA.,1997;Aktaş S.,2004). Özellikle kırığı kolaylaştıran risk faktörleri olarak kadın cinsiyet olmak, ileri yaş, demans, kötü sağlık durumu, östrojen eksikliği, sigara kullanımı, alkol, aktif olmayan yaşam tarzı, yetersiz kalsiyum alımı gibi durumlar sayılabilir (Bailey LM.,2003). 50 yaşın üzerindeki, beyaz ırktan olan kadınlarda, güneş görmeyen alanlarda yaşayanlarda, sigara içenlerde, ileri derecede alkol ve kafein alanlarda, fiziksel inaktivite durumlarında, daha önce kalçası kırılmış kişilerde, orta yaşta ileri derecede önemli kilo kayıplarında, yaşlılık bunaması olanlarda, postmenarş dönemlerde, osteoporozda, diyetle yetersiz kalsiyum alımı durumlarında kalça kırığı yönünden artmış risk söz konusudur (Kenneth J. Koval and Joseph D. Zucerman, 2000). Düşme riski altında olan hastalarda bu riskin gerçekleşmesini önlemek amacıyla güvenli çevreler oluşturulması, bakıcı denetimi sağlanması, yardımcı yürüme cihazları, intertrokanterik bölgeye yerleştirilen plastik veya silikon tamponlar kalça kırığının önlenmesinde etkin yöntemlerdir.

4.6. Tedavi

Kalça kırıklarının yaklaşık yarısı kalça eklemi kapsülünde (intra-kapsüler), diğerleri ise kalça eklemi kapsülü dışında (ekstrakapsüler) meydana gelir. 1950'lerde çeşitli implantların kullanıldığı cerrahi tedaviler ortaya çıkıncaya kadar kalça kırıkları traksiyon ve yatak istirahatinden ibaret olan geleneksel yöntemlerle tedavi ediliyordu (Parker MJ.,2004).Ekstrakapsüler kırıklar cerrahi redüksiyon ve internal fiksasyon ile tedavi edilirken, intrakapsüler kırıklar internal fiksasyondan, hemiarthroplasti ve total kalça replasmanına kadar değişen tekniklerle tedavi edilebilmektedir.Cerrahi olmayan tedavilerde bası yaraları, derin ven trombozu, atelektaziler gibi uzun süreli yatmaya bağlı komplikasyonlar sık olup yüksek morbidite ve mortalite oranları ile sonuçlanmaktadır. Bu nedenle cerrahi olmayan tedaviler ancak ciddi ve stabil olmayan

tıbbi sorunları olan, ağır demans olan veya ambulasyonu mümkün olmayan hastalarda düşünülebilir

Kalça kırıklarının önemli bir kısmını oluşturan intertrokanterik femur kırıkları çoğunlukla ileri yaştaki hastalarda görülür ve düşük enerjili yaralanmalarla meydana gelir. Bu nedenle tedavide öncelikli amaç, dengeli tespit sağlayarak erken hareket verilmesi ve mümkün olan en erken sürede kırık öncesi fonksiyonel düzeyin kazandırılmasıdır (Atay İ.,2012;Baumgaertner MR.,1998). İntertrokanterik kırıklarda anatomik dizilime ve stabil tespite olanak sağlayacak bir cerrahi tedavi ile erken dönemde hareketin sağlanması standart yaklaşım olarak kabul görmektedir. Çıkık kalça mümkün olduğunca kısa sürede redükte edilmeli, baş kırığı ise açık yöntemle redükte edildikten sonra uygun olarak tespit edilmelidir. Redüksiyon sonrası eklemden konsantrik redüksiyon olduğundan emin olunmalıdır. Klinik pratikte genellikle deplase olmayan kırıklarda açık redüksiyon ve internal fiksasyon, deplase kırıklarda hemiarthroplasti veya total kalça protezi (TKP) tercih edilmektedir (Ellis TJ.,2003). İntertrokanterik ya da ekstrakapsüler kırıklarda plak-vida ile fiksasyon standart tedavi olarak kabul görmektedir (Audigé L.,2003; . Parker MJ.,2000). Kırık oluştuktan sonra cerrahi müdahalenin zamanı konusunda da tartışmalar mevcuttur. Yapılan bazı araştırmalarda cerrahi müdahaledeki gecikmelerin istenmeyen sonuçları vurgulanırken, diğer yazarlar gecikmenin fazla bir önemi olmadığını belirtmektedirler (Dolk T.,1990; Grimes JP.,2002). Yapılan bir çalışmada, cerrahi gecikmenin 24 saati geçmesi durumunda mortalite riskinin arttığı belirlenmiştir (Hamlet WP,1997).

4.7. Preoperatif Değerlendirme

Hastanın ameliyat öncesi dönemde cerrahi girişimin tipi ve muhtemel sonuçları hakkında bilgilendirilmesi önemlidir. Ameliyat, posterior yaklaşımla yapılacaksa postoperatif dönemde kalça fleksiyonunun doksan derecenin üzerinde yapılmaması, kalça internal rotasyon ve adduksiyonun nötral hattı geçmemesi gerektiği bu dönemde hastaya öğretilmelidir. Ayrıca hastaya postoperatif dönemde yapacağı egzersizler bu dönemde anlatılmalıdır. Hastaların yaşlı olmaları komplikasyon sıklığındaki artışı beraberinde getirmektedir. Komplikasyonları ortopedik ve medikal komplikasyonlar olarak ikiye ayırmak mümkündür.

Ortopedik komplikasyonlar arasında dislokasyonlar, kırığın kaynamaması ve vasküler nekroz, bacak uzunluk farkı (sıklıkla kaçınılmazdır), heterotopik ossifikasyon, protez yada internal fiksatörde gevşeme, sinir yaralanmaları yara enfeksiyonları sayılabilir (Bernardini B.,1995; Seddon H.,1972). Kırığın internal fiksasyon ile tedavisi sonucunda %11-19 oranında avasküler nekroz, %4-37 oranında da kaynamama sözkonusu olduğu bildirilmiştir (Koval KJ.,1998; Myers AH.,1996). Hemiartroplasti ve total kalça protezi sonrasında ise kalça dislokasyonunun görüldüğü, özellikle de total artroplasti sonrasında bu oranın %10-20 olduğu bildirilmektedir. Yaşlıların kalça kırığı sonrasında gelişebilen medikal komplikasyonlar arasında ise derin ven trombozu (DVT), kardiovasküler hastalıklar, pulmoner fonksiyon bozuklukları (pulmoner ödem, pnömoni, atelettezi), idrar yolu enfeksiyonu, bası yaraları ve deliryum yer almaktadır (Ereth M.,1992 ;Bitsch M.,2004).

4.8. Cerrahi Sonrası Rehabilitasyonda Temel Prensipler

Hastanın kalça kırığından önceki fonksiyonel durumuna dönmesi, kırık öncesi fonksiyonel durum, yaş, mental düzey, sosyal destek ve etnik köken gibi farklı parametrelerden etkilenebilir (Dolan MM., 2000; Magaziner J.,2003; Koval KJ.,1998; Myers AH.,1996). Kırık sonrasında önceki fonksiyonel durumuna döndürülemeyen hastalarda, hastanede yatış süreleri ve dolayısıyla hastane masrafları büyük oranda artmaktadır (Marottoli RA. ark, 1994; Brainsky A,1997). Kalça kırığı tedavisini akut, subakut ve kronik olmak üzere üç dönem halinde incelemek mümkündür.

Akut dönemde; hastanın hastaneye kabulü, kırığın cerrahi tedavisi, yatmaya bağlı komplikasyonların önlenmesi, hastanın subakut dönemi geçireceği yerin belirlenmesi, mobilitenin artırılması, ambulasyona başlanması, güçlendirme egzersizleri yer alır. Bu dönemde hastanın destek sistemleri, ev çevresi, aktivite düzeyi ve günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyi dikkate alınarak subakut dönemi geçireceği yer belirlenmelidir. Ameliyat sonrası akut dönemde hasta muhtemel perioperatif komplikasyonlar açısından takip edilmelidir. Bu komplikasyonlar arasında aşırı kan kaybı, kardiyak aritmi veya arrest, damar-sinir kesileri ya da yaralanmaları, venöz tromboz, pulmoner emboli, erken ve geç enfeksiyonlar sayılabilir. Akut dönemde hastanın yatışı pozisyonu önemlidir. Yatak içinde supin pozisyonda iken bacaklar

arasına abduksiyon yastığı konması, uygun eklem pozisyonu açısından önerilebilir. Hastanın ameliyat olmuşbacak üzerine yatmasına cerrah ile görüşülmeden izin verilmemelidir. Hastanın transfer eğitimi önemlidir. Bu dönemde yürüteç ya da kanadyen ile yürüme eğitimine vakit kaybetmeden başlanmalıdır. Kanadyen sağam tarafta tutulmalıdır. Hasta bu dönemde önce yürüteci, sonra ameliyat olan bacağını daha sonra sağlam bacağını atarak yürümelidir. Basamak çıkmada önce sağlam taraf, basamak inişlerde önce ameliyatlı taraf kullanılmalıdır. Erken postoperatif dönemde genel egzersiz programına solunum egzersizlerinin de eklemesi uygun olacaktır (Beaupre LA.,2005; Mont MA.,1997; Brander V.,2005).

Subakut dönem; hastanede, bakım yurdunda veya evde geçirilebilir. Bu dönemde hedef daha fazla bağımsızlık ve ileri rehabilitasyon evresine hazırlıktır. Hastanın sürekli ikamehganını ziyaret, potansiyel bariyerlerin belirlenmesi ve tedavinin buna göre yönlendirilmesi açısından önemlidir. Duş ve araba gibi daha ileri transfer aktiviteleri, uzun mesafeli ambulasyon ve merdiven çıkma gibi daha ileri ambulasyon aktiviteler için çalışılır. Güçlendirme egzersizlerine devam edilir ve fonksiyonel özelliği daha fazla olan egzersizlere geçilir. Postoperatif kronik dönemde hastanın sürekli olarak yaşayacağı yerde uygulanmalıdır. Bu evrede hedef, hastanın mümkün olan en üst bağımsızlık düzeyini sağlayacak maksimal fonksiyonel duruma ulaştırılmasıdır. Rehabilitasyonun amaçları arasında akut dönemde olduğu gibi dislokasyondan korumak, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık sağlanması ve yaşam kalitesinin artırılması bulunmaktadır. Kronik dönemde hedefler, kas gücünü ve kitesini arttırmak, denge ve koordinasyonu geliştirmek, adaptif araçların etkin kullanımı sağlamak, yardımcı cihazlarla bağımsız transfer ve ambulasyonun öğretilmesi, postürün düzeltilmesi, deformatelerin engellemesi, eklem hareketliliği ve stabilitesinin sağlanması ve taburcu sonrası verilen evde bakım programına devamın sağlanmasıdır (Mont MA., 1997).

4.9. Kalça Kırıklarında Evde Bakım Ve Sağlık Çalışanın Rolü

Evde bakım kavramı; koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık bakımı sürekliliğinin etkili biçimde sürdürülmesi amacını güden, birey ve aileye yaşadığı ortamda sunulan sağlık bakım hizmetleri yaklaşımıdır. Sunulan bu sağlık hizmetlerinin kapsamında kronik hastalıkların izlem ve tedavisi, terminal dönem sorunları, fizik tedavi ve konuşma tedavileri, solunum tedavileri, bazı ilaç uygulamaları, total, parental beslenme ve daha bir çok mevcut ya da potansiyel sağlık sorunları yer alır (Ünlüoğlu ve ark. 1998, Cimete 1998, Ewers 2002, Hakamada et al 2003).

Evde bakım hizmetlerinin yöneldiği yaş grupları, ağırlıklı olarak 65 yaş ve üzerindeki kronik ve uzun süreli bakımı gereken yaşlı hastaların yanı sıra kronik hastalığı olan her yaş grubu, bebek ve çocuklar da çok yönlü bakım hizmetlerini güvenli ev koşullarında alabilmektedirler (Karahana, 2002; Yılmaz ve ark., 2010).

Evde bakım hizmetinin hedefi; yaşlı bireyin yaşamını mümkün olduğunca bağımsız sürdürmesine olanak sağlayacak şekilde yaşadığı ortamda gereksinim duyduğu tedavi ve bakımın planlanmasıdır.

Evde bakım hizmetinin içinde yer alan en önemli kavramlardan birisi taburculuk eğitimidir. Taburculuk eğitimi, hasta bireyin kendi bakım aktivitelerini üstlenerek, kısa sürede bağımsız duruma gelmesini sağladığı için sık hastaneye yatışı engeller. Ayrıca hastanın daha sonra evde bakım hizmeti almaya bile gereksinim duymayacak düzeye ulaşmasını sağlayarak aile ve ülke ekonomisine olumlu katkısı olabilir (Aksayan ve Cimete, 1998a; Çifçi, 2006).

Evde bakım hizmeti ve bu konuda eğitim verilen hastalar evde bakım gereksinimlerini daha iyi karşıladıklarından hemşirelerin de desteğiyle hastanede yattıkları süre içinde kendi kendine yetebilen duruma gelebilmektedirler. Bu konuda hemşirelerin sorumluluğunda olan hastalarının en az bağımlılıkla yaşamlarını sürdürebilmelerini sağlamak için, eğitimi ve evde bakım hizmeti en iyi şekilde verilmeli hastaların yaşam kalitesi artırılmalıdır (Biol ve ark.1997b; Kuyurtar 1998).

Kalça kırığı ameliyatı uygulamasının başarısı, cerrahın teknik bilgi ve becerisinin yanı sıra, hemşirenin de yer alacağı ekip çalışmasının niteliğine bağlıdır. Hemşirenin temel işlevi ve amacı, sağlıklı bireyin sağlığını sürdürmesi ve geliştirmesi, hastanın yeniden sağlığına kavuşması için gerekli olan bilgi, istek ve güce kavuşmasına yardım

etmektedir. Bireyin sağlık durumunu sürdürme ve yükseltmede, hastalıkta ise sağlıklı duruma gelme, sağlığı yeniden kazanmada, bilgilenme, davranış kazanma ve bu hedefle aktif katılımı desteklemede hemşirenin çağdaş rollerinden biri olan eğitimci rolünü gerçekleştirmesi büyük önem taşımaktadır (Masson M.,2003). Ameliyat öncesi ve sonrası devrede hastalara uygulanan hemşirelik bakımının amacı, hastalarda herhangi bir komplikasyon oluşmasını önlemek ve en kısa sürede hastayı sağlıklı yaşamına döndürmektir. Kalça kırığı ameliyatı yapılan hastaya sunulan hemşirelik bakımında; hastanın günlük yaşamak aktivitelerini gerçekleştirmek için bağımsızlığını kazanana kadar gereksinimlerinin karşılanması önemlidir. Ameliyat sonrasında komplikasyonları ve anksiyeteyi önlemeye yönelik hastayı rahatlatıcı önlemlerin alınması, ağrının yönetimi, ağırlık vermeye hazırlama ve hastanın psikolojik ve sosyo-kültürel yaşamında kendi kendine yeterli duruma gelmesini sağlamaya dikkat edilmesi gerekir. Kalça kırığı ameliyatı sonrası erken dönemdeki hasta bakımı; ağrının yönetimini, sıvı elektrolit dengesi ve yaşam bulgularının izlenmesini, nörovasküler durumun değerlendirilmesini, pansuman yerinin ve drenajının gözlenmesini, kapsar. Ve yine hasta ayıldıktan sonra iki saatte bir ayak bacak egzersizlerini başlatmayı, derin solunum ve öksürmede cesaretlendirmeyi, derin ven trombozunun gelişmesinin önlenmesini, hidrasyonu, yatak istirahatı boyunca iki saatte bir pozisyon değişikliğini, yastık ile bacak abduksiyonunun sağlanmasını ve fizyoterapiye başlamayı da kapsamalıdır. Ameliyat sonrası komplikasyonların önlenmesi, hızlı iyileşmenin yanı sıra, hastanın hastanede kalış süresini azaltarak; mali kaybının, üzüntü ve ağrısının minimum düzeyde tutulmasını ve en önemlisi de yaşamın ve yaşam kalitesinin korunmasını sağlayacaktır. Etkin bir tedavi ve bakım hizmeti sunulmadığı takdirde ise hastalar yatağa bağımlı hale gelebilmektedir (Şimşek Yaban Z ve Karaöz S.,2007).

Kırk yılı aşkın süredir başarıyla uygulanmasına rağmen diğer cerrahi girişimlerde olduğu gibi kalça kırığı ameliyatının da bazı komplikasyonları vardır. Her ne kadar bu komplikasyonların gelişmesi kırığın tipi ve ameliyat tekniği gibi faktörlerle ilişkili ise de, ameliyat sonrası uygun hemşirelik bakımı ile önemli ölçüde önlenmektedir (Marottoli RA.,1991; Alfonso DT,2008). Kalça kırığı ameliyatı olan hastalarda karşılaşılabilecek belli başlı komplikasyonlar kısaca; kanama, enfeksiyon, pulmoner emboli, basınç ülseri ve ağrıdır.

4.10. Kalça kırıklarından korunma

Kalça kırıkları genellikle evde veya yolda basit düşmeler sonucu olmaktadır. Öncelikle düşme önlenmeye çalışılmalıdır. Takılarak düşmeye neden olabilecek halı parçaları, kapı eşikleri ve bağlantı kabloları kaldırılmalı, halılar sabitlenmeli, banyoya kaymayan zemin örtüleri yerleştirilmeli, banyo ve tuvaletlere tutamak konulmalı ve yaşam alanının yeterli aydınlatılmalıdır. Yaşlılarda, ortalama olarak on düşmede bir kalça kırığı meydana geldiği gösterilmiştir. Kalça yanlarında koruyucu yumuşak yastıkları olan özel şortlar özellikle sık düşen insanlar için faydalı olabilir. Bilhassa yalnız yaşayan yaşlıların yardıma ihtiyaçları olduğunda kendilerini haber verebilmeleri için tuvalete giderken bile yanlarında cep telefonu bulundurmaları veya boyunlarına düdük asmaları önerilmektedir. Baston kullanmak eklemlere binen yükü azalttığı gibi dengeye de katkı sağlar. Düşme riskini azaltmak amacıyla evden çıkmamaya karar vermek yapılan en büyük hatalardandır. Evde kapalı ortamda ve hareketsiz kalmak iskelet sistemini iyice zayıflatıp osteoporozu yol açacağından zannedilenin aksine kırık riskini artırmaktadır. Osteoporozun önlenmesi veya varsa tedavisi de kalça kırığından korunmada çok önemlidir. Osteoporozdan korunmanın en iyi yolu kilo almamak, yaşa uygun düzenli egzersiz ve yürüyüş yapmak, düzenli olarak güneşe çıkmak ve gıdalarla yeterli kalsiyum almaktır. Özellikle menapoz dönemi kadınlarda kemik yoğunluğu ölçümü kemik kalitesi hakkında daha net bilgi edinmeye yardımcı olur (www.sagligimicinhersey.com, Erişim tarihi:01.08.2015).

4.11. Kalça Kırığı Ve Yaşam Kalitesi

Oldukça geniş kapsamlı bir kavram olan yaşam kalitesi ile ilgili birçok tanım bulunmakla birlikte evrensel olarak kabul görmüş bir tanımı yoktur. Ancak genel manada yaşam kalitesi, *“kişinin hayatından memnun olması, istek ve gereksinimlerinin yeterli düzeyde karşılanması ve genel olarak tam bir iyilik haline ulaşması”* olarak tanımlanabilir. Yaşam kalitesi aile, iş yaşamı ve sosyoekonomik koşulları içermekle birlikte; bireyin hedefleri, beklentileri, umutları ve düşleri ile gerçekler arasındaki farklılığı yani bireyin günlük yaşamından aldığı doyum ve iyilik algısını da içermektedir (Ertem G., 2009). Yaşam kalitesine ilişkin yapılan tanımlamalar ise çeşitlidir. Yaşamda nelerden zevk aldığımızı, ne olmak ve nasıl yaşamak istediğimizi ifade eder. Kaliteli bir

yaşam için herhangi bir kriter yoktur, bu nedenle yaşam kalitesi kavramı soyuttur, tanımları farklıdır, görecelidir ve ölçülmesi zordur.

Yaşlılık, yaşam kalitesinin azaldığı durumların başında gelmektedir. Yaşlı bireylerin günlük yaşam aktiviteleri azalmakta, bu aktivitelerdeki kısıtlılıklar yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir. 65 yaş ve üstündeki bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin bir veya daha fazlasında bağımlı olduğu belirtilmektedir. Günümüzde yaşlılıkta yaşanan yılların süresinden çok kalitesi önem kazanmıştır (Tel H,2011).

Sağlık ile yaşam kalitesi birbirini kapsayan kavramlardır. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (SYK) bütüncül olarak yaşam kalitesinin bir alt bileşenidir. SYK, bireyin fiziksel, emosyonel ve sosyal sağlığına yönelik görüşlerini kapsar. Yaşam koşulları içinde elde edilebilecek kişisel doyumun düzeyini etkileyen hastalıklara ve günlük yaşamın fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkilerine verilen kişisel tepkileri gösteren bir kavramdır. Genellikle hastanın o anki kişisel sağlık fonksiyonlarını nasıl algıladığını yansıtır (Üstündağ H.2007).Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin, fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutları vardır. Fiziksel boyut, kişinin enerji harcayarak günlük iş ve uğraşları ne kadar yerine getirebildiğini algılaması ile ilgilidir. Sosyal boyut, kişinin aile bireyleri, komşuları, çalışma arkadaşları ve diğer topluluklardaki bireylerle ne derece ilişki kurabildiği ve kaynaştığını algılaması konularını kapsamaktadır. Psikolojik boyut ise, depresyon, anksiyete, korku, kızgınlık, mutluluk gibi emosyonel ve ruhsal durumları içermektedir (Mandzuk, L.,2005;Telater 2004). Kalça kırığı ameliyatı kişide önemli fiziksel sorunlara yol açan, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir sorundur. Bireylerin kendi kendine bakma yetisinin kaybolması ve günlük yaşam aktivitelerini yapmakta yaşanan zorluklar nedeni ile bu beklenen bir bulgudur (Bilir ark.,2009). Vücudunun herhangi bir yerini kullanamama durumunun devam ettiği olgular, herhangi bir yerini kullanmakta zorluk çekmeyen bireylere göre beklenildiği üzere yaşam kalitesinin birçok alanından düştüğü görülmüştür. Cerrahi hastaların tedavi ve bakımı uygulanan girişime göre değişiklik gösterir. Hastanın tedavileri sırasında bakımının kaliteli ve güvenli olabilmesi, tıbbi hataların en aza indirilmesi, yattığı sırada ya da taburculuk sonrası gelişebilecek sorunlar ve oluşabilecek komplikasyonların önlenbilmesi ya da azaltılmasında, hastanın bakım gereksinimlerinin sağlanması, yeterli ve dengeli beslenmenin devam ettirilmesi, günlük yaşam aktivitelerini yerine

getirebilmesinde ve bu doğrultuda hasta ve ailesinin evde bakımı hizmetinde hemşirelerin izlemi çok önemlidir (Özcan H.,2008).

Yaşam kalitesi, hemşirelik bakımının etkilerini değerlendirmede uygun sonuçlar verir. Hasta bakımında hemşirenin rolü sıklıkla tedavinin yan etkilerinden koruma vücut imajı, fonksiyon ve fiziki görünümdeki sürekli değişikliklere hastanın uyumunu sağlamaktır. Hastaların yaşam kalitelerinin sürdürülmesi sadece hastanın var olan kişiliğini korumakla gerçekleşmez aynı zamanda iyi bir hemşirelik ile hastaya gerekli değişiklik ve düzenlemeleri yaparak yardımcı olabilir. Bu değişiklikler, hastaların aile, sosyal, cinsel ve iş yaşamındaki rolünü olumsuz etkileyerek yaşam kalitesini düşürmektedir (Kaya ark., 2009). Hastada sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilip sürdürülmesini sağlamak ve yaşam kalitesini yükseltmek hemşirenin sorumlulukları arasındadır. Hastanın tolere edebileceği şekilde, sürede ve süreçte bilgilendirilmelidir. Bu nedenle hemşirelerin hastaların bilgi gereksinimini karşılarken, tanı sürecinden tedavi ve taburculuk eğitimine kadar olan süreçte bütüncül bir bakım ve eğitim prosedürü planlaması ve hastanın her istediğinde profesyonel yardım alabileceğini hastalara bildirmesi gerekmektedir (Yeter ve ark.,2009). Bu sayede bireyin öz bakıma bağlanarak, bireyi etkileyen ve motive eden faktörleri gelişen ihtiyaçlarını anlamada fayda sağladığını yaşam kalitesinin de buna oranla arttığı gözlenmiştir (Dizer ve ark. 2009).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Kalça kırığı ameliyatı geçirmiş yaşlı hastalarda evde verilen hemşirelik bakım'ının yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışma yarı-deneysel olarak gerçekleştirildi.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, ekim 2016-aralık 2017 tarihleri arasında yapıldı. Araştırmanın verileri 15.11.2016 – 15.01.2017 tarihleri arasında üç ay süreyle toplandı. Araştırma verileri bir sağlık ocağına ve bir devlet hastanesine başvuran 65 yaş üstü kalça kırığı ameliyatı geçiren ve taburcu olan hastalardan toplandı.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırma evrenini veri toplama tarihleri arasında, İstanbul il sınırında yer alan bir sağlık ocağı ve bir devlet hastanesine başvuran 300 hasta, örneklemini ise bu hastalardan araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 60 hasta oluşturdu. Çalışmada örneklem sayısı, %90 güven aralığında yeterli bulundu. Kontrol grubu 30 hasta, deney grubu 30 hastadan oluştu.

5.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma örneklemini 65 yaş ve üzeri kalça kırığı ameliyatı geçirmiş hastalarda, okuma yazma bilen, zihinsel yeterliliğe sahip hastalardan oluşturuldu. Çalışmanın sonuçları araştırma kapsamına alınan hastalardan elde edilen sonuçlarla sınırlıdır.

5.5. Etik Yön

Araştırmaya başlamadan önce 'Haliç Üniversitesi Etik Kurul'undan ve araştırma yapılacak hastanelerin genel sekreterliğinden kurum izni alındı (Ek-5).

5.6. Verilerin Toplanması

Araştırmaya alınacak hastalar iki gruba ayrıldı. Kontrol ve Deneş grubu. Kontrol grubuna; hastane veya sağlık ocağında verilen rutin bakım hizmeti verilir, Deneş grubuna ise; taburcu olduktan sonraki 1. ve 3. aylarda araştırmacı tarafından hazırlanacak eğitim konularını içeren evde bakım hizmeti verildi (Ek-4). İlk evde bakım hizmeti' ne hastalar taburcu olduktan bir ay sonra başlandı. Deneş ve kontrol grubuna araştırmannın genel olarak amacı belirtilip, yüz yuze görüşme tekniği kullanıldı. Hastalara veri toplama araçlarının nasıl cevaplandırılacağı hakkında bilgi verilir, daha sonra hasta bilgi formu (Ek-1) kalça değerlendirme formu (Ek-2) ve yaşam kalitesi leği'ni (Ek-3) cevaplamaları istendi. Kontrol ve deneş grubuna veri toplama araçları taburcu olduktan 1 ay sonra ve 3.ayın sonunda tekrar uygulandı. Araştırma süresince hastalara araştırmannın amacı açıklanarak çalışmaya gönüllü olarak katılmaları sağlandı.

5.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından incelenerek hazırlanmış sosyodemografik özellikler ve hastalığa ilişkin bilgilerden oluşan hasta bilgi formu (Ek-1), kalça değerlendirme anket formu (Ek-2), “SF 36 Yaşam Kalitesi”(Ek-3) leği ve sadece deneş grubuna eğitim formu(Ek-4) uygulandı.

5.6.1. Hasta Bilgi Formu (Ek-1)

Hasta bilgi formunda, sosyodemografik özelliklere ve hastalığa ilişkin bilgilere ait, 11 sorudan oluştu. Anket formunda yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, başka hastalık varlığı, yaşamını paylaştığı kişi/kişiler, meslek ile ilgili sorular yer aldı.

5.6.2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-2)

Yaşam Kalitesi Ölçeği, bireyin kendi yaşam kalitesini değerlendirme ölçeğidir. Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur. Türkçe versiyonunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Koçyiğit ve ark. tarafından yapılmıştır. Ölçekte sağlık, 8 alt boyut ve 36 madde ile incelenmektedir (Koçyiğit ve ark.,1999). Otuz altı ifade içeren ölçek, 8 sağlık kavramı (fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, zindelik/yorgunluk, ağrı, genel sağlık algısı, sosyal fonksiyon, emosyonel rol, mental sağlık) ve 2 ana (fiziksel boyut ve mental boyut) başlığı değerlendiren çok başlıklı ölçek şeklindedir. Puanlamada ölçekteki geçen yıl süresince sağlıktaki değişimi sorgulayan “geçen yıl ile kıyasladığımda şimdiki sağlık durumum” diye başlayan ifade dikkate alınmaz. Fiziksel ana boyutunun değerlendirilmesi; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, zindelik/yorgunluk, ağrı, genel sağlık algısı alt boyutlarının toplanıp 5’e bölünmesi ile; mental ana boyutunun değerlendirmesi sosyal fonksiyon, emosyonel rol, mental sağlık, zindelik/yorgunluk, genel sağlık algısı alt boyutlarının toplanıp 5’e bölünmesi ile yapılır. Zindelik/yorgunluk ve genel sağlık algısı her iki ana boyuta da girmektedir. SF-36, her sağlık alanının puanı yükseldikçe sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi artacak şekilde puanlanmıştır (pozitif puanlama). Ölçekteki sağlıkla ilişkili yaşam alanlarının ölçek puanları en düşük puandan en yüksek puana kadar 0 ile 100 arası değişen değerler alır. Ölçeğin Türkçe uyarlamasının güvenilirlik katsayıları 0.73-0.90 arasında değişmektedir. Bu araştırmada güvenilirlik katsayısı fiziksel sağlık ana boyutu için 80, mental sağlık ana boyutu için .83 olarak bulunmuştur.

5.6.3. Kalça Değerlendirme Anketi (Ek-3)

Kalça Değerlendirme Anketi, Oxford Üniversitesi Nuffield Ortopedi Merkezi’nden Dawson, Fitzpatrick, Carr ve Murray (1996) tarafından geliştirilmiş, geçerlik ve güvenilirliği aynı araştırmacılar tarafından yapılmıştır. (Dawson ve ark.1996) Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliği Şendir (2000) tarafından yapılmıştır. Şendir’in çalışmasında (2000) anketin zamana göre değişmezlik korelasyon katsayısı 0.94 olarak belirlenmiş; iç tutarlığın değerlendirmesi sonucunda, anketin Cronbach’s Alpha değeri hasta kabulünde 0.78, ameliyat sonrası 3. ayda 0.89 olarak bulunmuştur (Şendir M.2000). Kalça Değerlendirme Anketi hastaların kalça eklemlerine bağlı sıklıkla yaşadıkları sorunları bildiren 12 ifadeden oluşmaktadır. Bu ifadeler; ağrı, banyo yapma,

ulaşım, çorap giyme, alışveriş, yürüme süresi, merdiven çıkma, sandalyeden kalkma, topallama, kalça ağrısı şekli, gece ağrısı ve ağrının günlük aktivitelere etkisinden oluşmaktadır. Her bir ifade için 1'den 5'e kadar (yaşanan en az zorluktan en fazla zorluğa kadar) değişen likert tipi puanlama yapılmıştır.

Anketteki ifadelere verilen puanlar toplanarak tek bir anket puanı hesaplanmaktadır. Anketin toplam en düşük puanı 12, en yüksek puanı 60'dır. Anketten alınan düşük puanlar hastalıktan en az etkilenme, yüksek puanlar ise hastalıktan etkilenmenin fazla olduğu şeklinde yorumlanmaktadır. Kalça Değerlendirme Anketi'nde ağrı; 'hiç' 1 puan, 'çok hafif' 2 puan, 'hafif' 3 puan, 'orta' 4 puan, 'çok fazla' 5 puan şeklinde puanlandırılmıştır. Banyo yaparken kalçada herhangi bir sorun olup olmadığı; 'hiç rahatsız olmadım' 1 puan, 'çok az rahatsız oldum' 2 puan, 'orta derecede rahatsız oldum' 3 puan, 'aşırı derecede rahatsız oldum' 4 puan, 'yapmam mümkün değildi' 5 puan olarak değerlendirilmiştir. Ulaşım sırasında arabaya binip inerken ve toplu taşıma araçlarını kullanırken sorun yaşama durumu; 'hiç sorunum olmadı' 1 puan, 'çok az sorunum oldu' 2 puan, 'orta derecede sorunum oldu' 3 puan, 'aşırı derecede sorunum oldu' 4 puan ve 'yapmam mümkün değildi' 5 puan şeklinde puanlandırılmıştır. orabı rahatlıkla giyme; 'evet, kolaylıkla' 1 puan, 'çok az zorlukla' 2 puan, 'orta dereceli zorlukla' 3 puan, 'aşırı derecede zorlukla' 4 puan ve 'hayır, mümkün değil' 5 puan üzerinden değerlendirilmiştir. Kendi başına alışveriş yapabilme; 'evet, kolaylıkla' 1 puan, 'çok az zorlukla' 2 puan, 'orta dereceli zorlukla' 3 puan, 'aşırı derecede zorlukla' 4 puan ve 'hayır, mümkün değil' 5 puan olarak puanlandırılmıştır. Kalçada ağrı yaşamadan yürüyebilme mesafesinin puan dağılımı 'ağrısız/30 dakikadan fazla' 1 puan, '16-30 dakika' 2 puan, '5-15 dakika' 3 puan, 'sadece evde' 4 puan, 'hiç yürüyemiyordum' 5 puan şeklinde dir. Bir kat merdiven çıkabilme aktivitesi; 'evet, kolaylıkla' 1 puan, 'çok az zorlukla' 2 puan, 'orta dereceli zorlukla' 3 puan, 'aşırı derecede zorlukla' 4 puan ve 'hayır, mümkün değil' 5 puan üzerinden değerlendirilmiştir. Sandalyeden kalkarken kalçada ağrı yasama durumu; 'hiç ağrı olmuyor' 1 puan, 'hafif ağrı oluyor' 2 puan, 'orta derecede ağrı oluyor' 3 puan, 'çok ağrı oluyor' 4 puan, 'çekilmez/dayanılmaz ağrı oluyor' 5 puan şeklinde puanlandırılmıştır. Yürürken topallama; 'nadiren/asla' 1 puan, ara sıra ve 'yalnızca ilk adımda' 2 puan, 'sıklıkla yalnızca ilk adımda değil' 3 puan, 'çoğu zaman' 4 puan ve 'her zaman' 5 puan olarak değerlendirilmiştir. Etkilenen kalçada "baticı", "keskin" veya

“kasılma” şeklinde ani ciddi ağrı yaşama durumuna ilişkin puan dağılımı ‘hiçbir zaman (gün)/hayır olmuyor’ 1 puan, ‘sadece 1 veya 2 gün’ 2 puan, ‘bazı günler’ 3 puan, ‘çoğu zaman (günler)’ 4 puan, ‘her gün’ 5 puan seklindedir. Kalçadaki ağrının genel olarak işleri etkileme durumu ‘hiç etkilemiyor’ 1 puan, ‘biraz etkiliyor’ 2 puan, ‘orta derecede etkiliyor’ 3 puan, ‘büyük ölçüde etkiliyor’ 4 puan, ‘tam olarak işlerimi etkiliyor’ 5 puan olarak puanlandırılmıştır. Gece yatakta kalçada ağrı yaşama durumu; ‘hiç rahatsız etmiyor’ 1 puan, ‘sadece 1 veya 2 gece’ 2 puan, ‘bazı geceler’ 3 puan, ‘çoğu geceler’ 4 puan, ‘her gece’ 5 puan olarak değerlendirilmiştir.

5.6.4. Kalça Kırığı Olmuş Bireylerde Ameliyat Sonrası Taburculuk Eğitimi (Ek-4)

Eğitim içeriğinde ağrı yönetimi, yara bakımı, günlük yaşam aktiviteleri, egzersiz, öz bakım, beslenme, komplikasyon belirtilerini izleme, ilaçların kullanımı, evde güvenlik önlemleri, fiziksel sınırlılıklar, sosyal ve cinsel yaşamda dikkat edeceği noktalar, yürürken yardımcı araç kullanımı, doktorun önerdiği fizik tedavi ve poliklinik kontrolüne uymanın önemi gibi konuları kapsamıştır.

5.7. İstatistiksel Analiz

Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 22.0 istatistik paket programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) yanı sıra normal dağılımın incelenmesi için Kolmogorov - Smirnov dağılım testi kullanıldı.

Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi ve FisherExact test kullanıldı. Parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U, grup içi karşılaştırmalarda ise Wilcoxon işaret testi kullanıldı.

Sonuçlar % 95 güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

6. BULGULAR

Bu araştırmanın bulguları 'Kalça Kırığı Ameliyatı Geçirmiş Yaşlı Hastaların Evde Verilen eğitim öncesi/sonrası ve hemşirelik Bakım'ının sosyo-demografik özellikleri ile hastalık değişkenleri, kalça değerlendirme anketi ile, yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi' içermektedir.

Çalışmanın bulguları aşağıdaki başlıklar altında toplanmıştır;

6.1. Grupların Sosyo-Demografik Değişkenlerine İlişkin Bulgularının Dağılımı

6.2. Grupların Başka Hastalığa Sahip Olma ve Ameliyat Olma Durumu Değişkenlerine İlişkin Bulgularının Dağılımı

6.3. Grupların Kalça Değerlendirme Anketine Verilen Yanıtlarının Eğitim öncesi (1.Ay) ve sonrası (3.Ay) Dağılımı

6.3.1. Grupların Kalça Değerlendirme Anketi Toplam Puanı Ve Soru Bazında Verilen Yanıtlarının Eğitim öncesi (1.Ay) ve sonrası (3.Ay) Dağılımı

6.4. Grupların Yaşam kalitesinin Eğitim öncesi (1.Ay) ve sonrası (3.Ay) Ana ve Alt Boyutlara İlişkin Bulgularının Dağılımı

Grupların Sosyo-Demografik Değişkenlerine İlişkin Bulgularının Dağılımı Tablo 6.1’ de; Başka Hastalığa Sahip Olma ve Ameliyat Olma Durumu Değişkenlerine İlişkin Bulgularının Dağılımı ise Tablo 6.2’de sunulmuştur.

Tablo 6.1. Grupların Sosyo-Demografik Değişkenlerine İlişkin Bulgularının Dağılımı

		Kontrol (n=30)		Deney (n=30)		p
		n	%	n	%	
Yaş	65-69	6	%20,0	3	%10,0	$X^2=4,273$
	70-74	9	%30,0	5	%16,7	$p=0,233$
	75-79	8	%26,7	15	%50,0	
	80 ve üstü	7	%23,3	7	%23,3	
Cinsiyet	Kadın	17	%56,7	17	%56,7	-
	Erkek	13	%43,3	13	%43,3	
Eğitim Durumu	Okur-yazar olmayan	11	%36,7	11	%36,7	$X^2=0,128$
	Okur-yazar	14	%46,7	13	%43,3	$p=0,938$
	İlkokul	5	%16,7	6	%20,0	
Medeni Durumu	Evli	11	%36,7	12	%40,0	$X^2=0,081$
	Bekar	5	%16,7	5	%16,7	$p=0,961$
	Dul	14	%46,7	13	%43,3	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	6	%20,0	13	%43,3	$X^2=3,774$
	Çalışmıyor	24	%80,0	17	%56,7	$p=0,047$
Meslek	Serbest Meslek	2	%6,7	6	%20,0	$X^2=6,492$
	İşçi	6	%20,0	7	%23,3	$p=0,165$
	Memur	6	%20,0	2	%6,7	
	Emekli	1	%3,3	4	%13,3	
	İşsiz	15	%50,0	11	%36,7	
Gelir Düzeyi	Gelir Giderden Az	11	%36,7	5	%16,7	$X^2=3,826$
	Gelir Gidere Eşit	13	%43,3	20	%66,7	$p=0,148$
	Gelir Giderden Fazla	6	%20,0	5	%16,7	
Yaşamını Paylaştığı Kişi/kişiler	Aile	19	%63,3	23	%76,7	$X^2=1,270$
	Huzurevi ve Tek	11	%36,7	7	%23,3	$p=0,199$

Yaş değişkeni açısından, deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=4,273$; $p=0,233>0.05$). Kontrol grubundaki hastaların 6'sının (%20,0) 65-69 yaş aralığında, 9'unun (%30,0) 70-74 yaş aralığında, 8'inin (%26,7) 75-79 yaş aralığında, 7'sinin ise (%23,3) 80 yaş ve üstü bulundu; deney grubundaki hastaların 3'ünün (%10,0) 65-69 yaş aralığında, 5'inin (%16,7) 70-74 yaş aralığında, 15'inin (%50,0) 75-79 yaş aralığında 7'sinin ise (%23,3) 80 yaş ve üstü olduğu görüldü.

Kontrol grubundaki hastaların 17'si (%56,7) kadın, 13'ünün (%43,3) erkek; deney grubundaki hastaların 17'si (%56,7) kadın, 13'ünün (%43,3) erkek olduğu saptandı.

Eğitim Durumu değişkeni açısından, deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=0,128$; $p=0,938>0.05$). Kontrol grubundaki hastaların; 11'i (%36,7) okur-yazar olmayan, 14'ünün (%46,7) okur-yazar olan, 5'inin (%16,7) ilkokul mezunu; deney grubundaki hastalarının 11'i (%36,7) okur-yazar olmayan, 13'ünün (%43,3) okur-yazar olan, 6'sının (%20,0) ilkokul mezunu olduğu görüldü.

Medeni Durumu değişkeni açısından, deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=0,081$; $p=0,961>0.05$). Kontrol grubundaki hastaların 11'i (%36,7) evli, 5'i (%16,7) bekar, 14'ünün (%46,7) dul olduğu; deney grubundaki hastaların 12'si (%40,0) evli, 5'i (%16,7) bekar, 13'ünün (%43,3) dul olduğu bulundu.

Çalışma Durumu değişkeni açısından, deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=3,774$; $p=0,047<0.05$). Kontrol grubundaki hastalarının 6'sının (%20,0) çalışıyor, 24'ünün (%80,0) çalışmıyor olduğu; deney grubundaki hastaların 13'ünün (%43,3) çalışıyor, 17'sinin ise (%56,7) çalışmıyor olduğu görüldü.

Meslek değişkeni açısından, deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=6,492$; $p=0,165>0.05$). Kontrol grubundaki hastaların 2'sinin (%6,7) serbest meslek, 6'sının (%20,0) işçi, 6'sının (%20,0) memur, 1'inin (%3,3) emekli, 15'inin (%50,0) işsiz olduğu; deney grubundaki hastaların 6'sının (%20,0) serbest meslek, 7'sinin (%23,3) işçi, 2'sinin (%6,7) memur, 4'ünün (%13,3) emekli, 11'inin ise (%36,7) işsiz olduğu saptandı.

Gelir Düzeyi değişkeni açısından, deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=3,826$; $p=0,148>0.05$). Kontrol grubundaki hastaların 11'inin (%36,7) gelirinin giderinden az olduğu, 13'ünün (%43,3) gelirinin giderine eşit olduğu, 6'sının (%20,0) gelirinin giderinden fazla olduğu; deney grubundaki hastaların 5'inin

(%16,7) gelirinin giderinden az olduğu, 20'sinin (%66,7) gelirinin giderine eşit olduğu, 5'inin (%16,7) gelirinin giderinden fazla olduğu görüldü.

Yaşamını Paylaştığı Kişi/kişiler değişkeni açısından, deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=1,270$; $p=0,199>0.05$). Kontrol grubundaki hastaların 19'unun (%63,3) ailesi ile yaşadığı, 11'inin (%36,7) huzurevinde veya tek yaşadığı; deney grubundaki hastaların 23'ünün (%76,7) ailesi ile yaşadığı, 7'sinin ise (%23,3) huzurevinde veya tek yaşadığı saptandı.

Tablo 6.2. Grupların Başka Hastalığa Sahip Olma ve Ameliyat Olma Durumu Değişkenlerine İlişkin Bulguların Dağılımı

			Kontrol (n=30)		Deney (n=30)		p
			n	%	n	%	
Başka Hastalığa Sahip Olma	Evet		19	%63,3	20	%66,7	$X^2=0,073$ $p=0,500$
		Hayır	11	%36,7	10	%33,3	
Kalça Kırığı Ameliyatı Olma	Evet		14	%46,7	9	%30,0	$X^2=1,763$ $p=0,144$
		Hayır	16	%53,3	21	%70,0	

Başka Hastalığa Sahip Olma değişkeni açısından, deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=0,073$; $p=0,500>0.05$). Kontrol grubundaki hastaların 19'unun (%63,3) başka hastalığa sahip olduğu, 11'inin (%36,7) başka hastalığa sahip olmadığı; deney grubundaki hastaların ise 20'sinin (%66,7) başka hastalığa sahip olduğu, 10'unun (%33,3) sahip olmadığı saptandı.

Kalça Kırığı Ameliyatı Olma değişkeni açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=1,763$; $p=0,144>0.05$). Kontrol grubundaki hastaların 14'ünün (%46,7) daha önce kalça kırığı ameliyatı olduğu, 16'sinin ise (%53,3) olmadığı; deney grubundaki hastaların ise 9'unun (%30,0) kalça kırığı ameliyatı olduğu 21'sinin ise (%70,0) olmadığı görüldü.

Grupların Kalça Değerlendirme Anketine Verilen Yanıtlarının Eğitim öncesi (1.Ay) ve sonrası (3.Ay) Dağılımı Tablo 6.3'te ve Grupların Kalça Değerlendirme Anketi Toplam Puanı Ve Soru Bazında Verilen Yanıtlarının Eğitim öncesi (1.Ay) ve sonrası (3.Ay) Dağılımı ise Tablo 6.3.1'de sunulmuştur;

Tablo 6.3. Grupların Kalça Değerlendirme Anketine Verilen Yanıtlarının Eğitim öncesi (1.Ay) ve sonrası (3.Ay) Dağılımı

			Kontrol		Deney		p
			n	%	n	%	
Kalça Ağrısı	1.ay	Hafif	0	0,0%	6	20,0%	$X^2=11,407$
		Orta	11	36,7%	16	53,3%	p=0,003
		Çok fazla	19	63,3%	8	26,7%	
	3.ay	Çok hafif	0	0,0%	7	23,3%	$X^2=19,576$
		Hafif	7	23,3%	15	50,0%	p=0,000
		Orta	16	53,3%	8	26,7%	
		Çok fazla	7	23,3%	0	0,0%	
Banyo Yapma	1.ay	Orta derecede rahatsız oldum	4	13,3%	3	10,0%	$X^2=0,326$
		Aşırı derecede zorlanıyordum	13	43,3%	15	50,0%	p=0,850
		Yapmam mümkün değildi	13	43,3%	12	40,0%	
	3.ay	Çok az rahatsız oldum	0	0,0%	13	43,3%	$X^2=37,842$
		Orta derecede rahatsız oldum	5	16,7%	15	50,0%	p=0,000
		Aşırı derecede zorlanıyordum	17	56,7%	2	6,7%	
		Yapmam mümkün değildi	8	26,7%	0	0,0%	
Ulaşım	1.ay	Aşırı derecede sorunum oldu	14	46,7%	17	56,7%	$X^2=0,601$
		Yapmam mümkün değildi	16	53,3%	13	43,3%	p=0,303
		Çok az sorunum oldu	0	0,0%	16	53,3%	$X^2=39,636$
	3.ay	Orta derecede sorunum oldu	8	26,7%	14	46,7%	p=0,000
		Aşırı derecede sorunum oldu	16	53,3%	0	0,0%	
		Yapmam mümkün değildi	6	20,0%	0	0,0%	
Çorap Giyme	1.ay	Orta dereceli zorlukla	1	3,3%	3	10,0%	$X^2=1,792$
		Aşırı derecede zorlukla	15	50,0%	17	56,7%	p=0,408
		Hayır, mümkün değil	14	46,7%	10	33,3%	
	3.ay	Çok az zorlukla	0	0,0%	8	26,7%	$X^2=39,429$
		Orta dereceli zorlukla	4	13,3%	20	66,7%	p=0,000
		Aşırı derecede zorlukla	19	63,3%	2	6,7%	
		Hayır, mümkün değil	7	23,3%	0	0,0%	
Alışveriş Yapma	1.ay	Orta dereceli zorlukla	6	20,0%	3	10,0%	$X^2=1,181$
		Aşırı derecede zorlukla	14	46,7%	16	53,3%	p=0,554
		Hayır, mümkün değil	10	33,3%	11	36,7%	
	3.ay	Çok az zorlukla	0	0,0%	11	36,7%	$X^2=38,222$
		Orta dereceli zorlukla	6	20,0%	18	60,0%	p=0,000
		Aşırı derecede zorlukla	17	56,7%	1	3,3%	
		Hayır, mümkün değil	7	23,3%	0	0,0%	

Tablo 6.3.Devamı;							
Yürüme	1.ay	16-30 dakika	3	10,0%	4	13,3%	$X^2=9,291$
		5-15 dakika	8	26,7%	10	33,3%	p=0,026
		Sadece evde	11	36,7%	16	53,3%	
		Hiç yürüyemiyordum	8	26,7%	0	0,0%	
Mesafesi	3.ay	16-30 dakika	3	10,0%	11	36,7%	$X^2=8,953$
		5-15 dakika	10	33,3%	12	40,0%	p=0,030
		Sadece evde	14	46,7%	6	20,0%	
		Hiç yürüyemiyordum	3	10,0%	1	3,3%	
Merdiven	1.ay	Orta dereceli zorlukla	9	30,0%	7	23,3%	$X^2=3,606$
		Aşırı derecede zorlukla	11	36,7%	18	60,0%	$p=0,165$
		Hayır, mümkün değil	10	33,3%	5	16,7%	
		Evet, kolaylıkla	0	0,0%	5	16,7%	$X^2=41,800$
Çıkma	3.ay	Çok az zorlukla	0	0,0%	18	60,0%	p=0,000
		Orta dereceli zorlukla	13	43,3%	7	23,3%	
		Aşırı derecede zorlukla	17	56,7%	0	0,0%	
		Orta derecede ağrı oluyor	4	13,3%	5	16,7%	$X^2=1,927$
Sandalyeden	1.ay	Çok ağrı oluyor	14	46,7%	18	60,0%	$p=0,382$
		Çekilmez/dayanılmaz ağrı oluyor	12	40,0%	7	23,3%	
		Hafif ağrı oluyor	0	0,0%	15	50,0%	$X^2=29,032$
		Orta derecede ağrı oluyor	16	53,3%	15	50,0%	p=0,000
Kalkarken Ağrı	3.ay	Çok ağrı oluyor	14	46,7%	0	0,0%	
		Sıklıkla yalnızca ilk adımda değil	0	0,0%	5	16,7%	$X^2=5,573$
		Çoğu zaman	17	56,7%	13	43,3%	$p=0,062$
		Her zaman	13	43,3%	12	40,0%	
Yürürken	1.ay	Nadiren/ asla	0	0,0%	3	10,0%	$X^2=43,579$
		Ara sıra veya yalnızca ilk adımda	0	0,0%	14	46,7%	p=0,000
		Sıklıkla yalnızca ilk adımda değil	6	20,0%	13	43,3%	
		Çoğu zaman	15	50,0%	0	0,0%	
Topallama	3.ay	Her zaman	9	30,0%	0	0,0%	
		Çoğu zaman (günler)	13	43,3%	15	50,0%	$X^2=0,268$
		Her gün	17	56,7%	15	50,0%	$p=0,398$
		Sadece 1 veya 2 gün	0	0,0%	10	33,3%	$X^2=49,714$
Ani / Ciddi Ağrı	3.ay	Bazı günler	0	0,0%	17	56,7%	p=0,000
		Çoğu zaman (günler)	18	60,0%	3	10,0%	
		Her gün	12	40,0%	0	0,0%	
		Orta derecede etkiliyor	0	0,0%	6	20,0%	$X^2=9,333$
Genel İşlerin Etkilenmesi	1.ay	Büyük ölçüde etkiliyor	12	40,0%	15	50,0%	p=0,009
		Tam olarak islerimi etkiliyor	18	60,0%	9	30,0%	
		Biraz etkiliyor	0	0,0%	1	3,3%	$X^2=26,275$
		Orta derecede etkiliyor	0	0,0%	15	50,0%	p=0,000
Gece Yatakta Ağrı	3.ay	Büyük ölçüde etkiliyor	15	50,0%	12	40,0%	
		Tam olarak islerimi etkiliyor	15	50,0%	2	6,7%	
		Bazı geceler	0	0,0%	7	23,3%	$X^2=10,982$
		Çoğu geceler	15	50,0%	17	56,7%	p=0,004
Gece Yatakta Ağrı	1.ay	Her gece	15	50,0%	6	20,0%	
		Sadece 1 veya 2 gece	0	0,0%	14	46,7%	$X^2=38,667$
		Bazı geceler	8	26,7%	16	53,3%	p=0,000

Tablo 6.3.Devamı;				
Çoğu geceler	17	56,7%	0	0,0%
Her gece	5	16,7%	0	0,0%

1.ay Kalça Ağrısı açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=11,407$; $p=0,003<0.05$). Kontrol grubundaki hastaların 11'inin (%36,7) orta derecede ağrı hissettiği, 19'unun (%63,3) çok fazla ağrı hissettiği; deney grubundaki hastaların 6'sının (%20,0) hafif ağrı hissettiği, 16'sının (%53,3) orta derecede ağrı hissettiği, 8'inin ise (%26,7) çok fazla ağrısının olduğu görüldü.

1.ay Banyo Yapma değişkeni açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=0,326$; $p=0,850>0.05$). Kontrol grubundaki hastaların 4'ünün (%13,3) orta derecede rahatsız oldum, 13'ünün (%43,3) aşırı derecede zorlanıyordum, 13'ünün (%43,3) yapmam mümkün değildi cevabını verdiği; deney grubundaki hastaların 3'ünün (%10,0) orta derecede rahatsız oldum, 15'inin (%50,0) aşırı derecede zorlanıyordum, 12'sinin (%40,0) yapmam mümkün değildi cevabını verdiği saptandı.

1.ay Ulaşım değişkeni açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=0,601$; $p=0,303>0.05$). Kontrol grubundaki hastaların 14'ünün (%46,7) aşırı derecede sorunum oldu, 16'sının (%53,3) yapmam mümkün değildi dediği; deney grubundaki hastaların 17'sinin (%56,7) aşırı derecede sorunum oldu, 13'ünün (%43,3) yapmam mümkün değildi dediği bulundu.

1.ay Çorap Giyme değişkeni açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=1,792$; $p=0,408>0.05$). Kontrol grubundaki hastaların 1'inin (%3,3) orta dereceli zorlukla, 15'inin (%50,0) aşırı derecede zorlukla, 14'ünün (%46,7) hayır,mümkün değil cevabını verdiği; deney grubundaki hastaların 3'ünün (%10,0) orta dereceli zorlukla, 17'sinin (%56,7) aşırı derecede zorlukla, 10'unun (%33,3) hayır, mümkün değil cevabını verdiği gözlemlendi.

1.ay Alışveriş Yapma değişkeni açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=1,181$; $p=0,554>0.05$). Kontrol grubundaki hastaların 6'sının (%20,0) orta dereceli zorlukla, 14'ünün (%46,7) aşırı derecede zorlukla, 10'unun (%33,3) hayır, mümkün değil dediği; deney grubundaki hastaların 3'ünün (%10,0) orta dereceli zorlukla, 16'sının (%53,3) aşırı derecede zorlukla, 11'inin (%36,7) hayır, mümkün değil dediği saptandı.

1.ay Yürüme Mesafesi değişkeni açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=9,291$; $p=0,026<0.05$). Kontrol grubundaki hastaların 3'ünün (%10,0) 16-30 dakika yürüdüğü, 8'inin (%26,7) 5-15 dakika yürüdüğü, 11'inin (%36,7) sadece evde yürüdüğü, 8'inin ise (%26,7) hiç yürüyemediği; deney grubundaki hastaların 4'ünün (%13,3) 16-30 dakika yürüdüğü, 10'unun (%33,3) 5-15 dakika yürüdüğü, 16'sının ise (%53,3) sadece evde yürüdüğü görüldü.

1.ay Merdiven Çıkma değişkeni açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=3,606$; $p=0,165>0.05$). Kontrol grubundaki hastaların 9'unun (%30,0) orta dereceli zorlandığı, 11'inin (%36,7) aşırı derecede zorlandığı, 10'unun (%33,3) mümkün değil cevabı verdiği; deney grubundaki hastaların 7'sinin (%23,3) orta dereceli zorlandığı, 18'sinin (%60,0) aşırı derecede zorlandığı, 5'sinin ise (%16,7) mümkün değil cevabı verdiği saptandı.

1.ay Sandalyeden Kalkarken Ağrı açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=1,927$; $p=0,382>0.05$). Kontrol grubundaki hastaların 4'ünün (%13,3) orta derecede ağrı oluyor, 14'ünün (%46,7) çok ağrı oluyor, 12'sinin (%40,0) çekilmez/dayanılmaz ağrı oluyor cevabını verdiği; deney grubundaki hastaların 5'inin (%16,7) orta derecede ağrı oluyor, 18'inin (%60,0) çok ağrı oluyor, 7'sinin (%23,3) çekilmez/dayanılmaz ağrı oluyor cevabını verdiği gözlemlendi.

1.ay Yürürken Topallama değişkeni açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=5,573$; $p=0,062>0.05$). Kontrol grubundaki hastaların 17'sinin (%56,7) çoğu zaman, 13'ünün (%43,3) her zaman cevabını verdiği; deney grubundaki hastaların 5'inin (%16,7) sıklıkla yalnızca ilk adımda değil, 13'ünün (%43,3) çoğu zaman, 12'sinin ise (%40,0) her zaman topalladığı cevabını verdiği görüldü.

1.ay Ani / Ciddi Ağrı açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=0,268$; $p=0,398>0.05$). Kontrol grubundaki hastaların 13'ünün (%43,3) çoğu zaman (günler), 17'sinin (%56,7) her gün ağrısının olduğu; deney grubundaki hastaların 15'inin (%50,0) çoğu zaman (günler), 15'inin (%50,0) her gün ağrısının olduğu gözlemlendi.

1.ay Genel İşlerin Etkilenmesi değişkeni açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=9,333$; $p=0,009<0.05$). Kontrol grubundaki hastaların 12'sinin (%40,0) büyük ölçüde etkiliyor, 18'inin (%60,0) tam olarak işlerimi etkiliyor

cevabını verdiği; deney grubundaki hastaların 6'sının (%20,0) orta derecede etkiliyor, 15'inin (%50,0) büyük ölçüde etkiliyor, 9'unun (%30,0) tam olarak işlerimi etkiliyor cevabını verdiği saptandı.

1.ay Gece Yatakta Ağrı değişkeni açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=10,982$; $p=0,004<0.05$). Kontrol grubundaki hastaların 15'inin (%50,0) çoğu geceler, 15'inin (%50,0) her gece ağrısının olduğu; deney grubundaki hastaların 7'sinin (%23,3) bazı geceler, 17'sinin (%56,7) çoğu geceler, 6'sının (%20,0) her gece ağrısının olduğu bulundu.

3.ay Kalça Ağrısı açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=19,576$; $p=0,000<0.05$). Kontrol grubundaki hastaların 7'si (%23,3) hafif, 16'sının (%53,3) orta, 7'si (%23,3) çok fazla; deney grubundaki hastaların 7'si (%23,3) çok hafif, 15'i (%50,0) hafif, 8'i (%26,7) orta ağrısı olduğu görüldü.

3.ay Banyo Yapma değişkeni açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=37,842$; $p=0,000<0.05$). Kontrol grubundaki hastaların 5'inin (%16,7) orta derecede rahatsız oldum, 17'sinin (%56,7) aşırı derecede zorlanıyordum, 8'inin (%26,7) yapmam mümkün değildi cevabı verdiği; deney grubundaki hastaların 13'ünün (%43,3) çok az rahatsız oldum, 15'inin (%50,0) orta derecede rahatsız oldum, 2'sinin ise (%6,7) aşırı derecede zorlanıyordum cevabını verdiği saptandı.

3.ay Ulaşım değişkeni açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=39,636$; $p=0,000<0.05$). Kontrol grubundaki hastaların 8'inin (%26,7) orta derecede sorunum oldu, 16'sının (%53,3) aşırı derecede sorunum oldu, 6'sının (%20,0) yapmam mümkün değildi cevabını verdiği; deney grubundaki hastaların 16'sının (%53,3) çok az sorunum oldu, 14'ünün (%46,7) orta derecede sorunum oldu cevabını verdiği bulundu.

3.ay Çorap Giyme değişkeni açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=39,429$; $p=0,000<0.05$). Kontrol grubundaki hastaların 4'ünün (%13,3) orta dereceli zorlukla, 19'unun (%63,3) aşırı derecede zorlukla, 7'sinin (%23,3) hayır, mümkün değil cevabını verdiği; deney grubundaki hastaların 8'inin (%26,7) çok az zorlukla, 20'sinin (%66,7) orta dereceli zorlukla, 2'sinin (%6,7) aşırı derecede zorlukla cevabını verdiği görüldü.

3.ay Alışveriş Yapma değişkeni açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=38,222$; $p=0,000<0.05$). Kontrol grubundaki hastaların 6'sının (%20,0) orta dereceli zorlukla, 17'sinin (%56,7) aşırı derecede zorlukla, 7'sinin (%23,3) hayır, mümkün değil cevabını verdiği; deney grubundaki hastaların 11'inin (%36,7) çok az zorlukla, 18'inin (%60,0) orta dereceli zorlukla, 1'inin (%3,3) aşırı derecede zorlukla olduğu cevabını verdiği saptandı.

3.ay Yürüme Mesafesi değişkeni açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=8,953$; $p=0,030<0.05$). Kontrol grubundaki hastaların 3'ünün (%10,0) 16-30 dakika yürüdüğü, 10'unun (%33,3) 5-15 dakika yürüdüğü, 14'ünün (%46,7) sadece evde yürüdüğü, 3'ünün (%10,0) hiç yürüyemediği; deney grubundaki hastaların 11'inin (%36,7) 16-30 dakika yürüdüğü, 12'sinin (%40,0) 5-15 dakika yürüdüğü, 6'sının (%20,0) sadece evde yürüdüğü, 1'inin (%3,3) hiç yürüyemediği görüldü.

3.ay Merdiven Çıkma değişkeni açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=41,800$; $p=0,000<0.05$). Kontrol grubundaki hastaların 13'ünün (%43,3) orta dereceli zorlukla, 17'sinin (%56,7) aşırı derecede zorlukla merdiven çıktığı; deney grubundaki hastaların 5'inin (%16,7) evet, kolaylıkla, 18'inin (%60,0) çok az zorlukla, 7'sinin ise (%23,3) orta dereceli zorlukla merdiven çıktığı gözlemlendi.

3.ay Sandalyeden Kalkarken Ağrı açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=29,032$; $p=0,000<0.05$). Kontrol grubundaki hastaların 16'sının (%53,3) orta derecede ağrı oluyor, 14'ünün (%46,7) çok ağrı oluyor cevabını verdiği; deney grubundaki hastaların 15'inin (%50,0) hafif ağrı oluyor, 15'inin (%50,0) orta derecede ağrı oluyor cevabını verdiği bulundu.

3.ay Yürürken Topallama değişkeni açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=43,579$; $p=0,000<0.05$). Kontrol grubundaki hastaların 6'sının (%20,0) sıklıkla yalnızca ilk adımda değil, 15'inin (%50,0) çoğu zaman, 9'unun (%30,0) her zaman cevabını verdiği; deney grubundaki hastaların 3'ünün (%10,0) nadiren/ asla, 14'ünün (%46,7) ara sıra veya yalnızca ilk adımda, 13'ünün (%43,3) sıklıkla yalnızca ilk adımda değil cevabını verdiği görüldü.

3.ay Ani / Ciddi Ağrı açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=49,714$; $p=0,000<0.05$). Kontrol grubundaki hastaların 18'inin

(%60,0) çoğu zaman (günler), 12'sinin (%40,0) her gün ağrısının olduğu; deney grubundaki hastaların 10'unun (%33,3) sadece 1 veya 2 gün, 17'sinin (%56,7) bazı günler, 3'ünün (%10,0) çoğu günler ağrısının olduğu bulundu.

3.ay Genel İşlerin Etkilenmesi değişkeni açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=26,275$; $p=0,000<0.05$). Kontrol grubundaki hastaların 15'inin (%50,0) büyük ölçüde etkiliyor, 15'inin (%50,0) tam olarak islerimi etkiliyor cevabını verdiği; deney grubundaki hastaların 1'inin (%3,3) biraz etkiliyor, 15'inin (%50,0) orta derecede etkiliyor, 12'sinin (%40,0) büyük ölçüde etkiliyor, 2'sinin (%6,7) tam olarak islerimi etkiliyor cevabını verdiği saptandı.

3.ay Gece Yatakta Ağrı değişkeni açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=38,667$; $p=0,000<0.05$). Kontrol grubundaki hastaların 8'inin (%26,7) bazı geceler, 17'sinin (%56,7) çoğu geceler, 5'inin (%16,7) her gece ağrısının olduğu; deney grubundaki hastaların 14'ünün (%46,7) sadece 1 veya 2 gece, 16'sinin (%53,3) bazı geceler ağrısının olduğu gözlemlendi.

Tablo 6.3.1. Grupların Kalça Değerlendirme Anketi Toplam Puanı Ve Soru Bazında Verilen Yanıtlarının Eğitim öncesi (1.Ay) ve sonrası (3.Ay) Dağılımı

		Kontrol		Deney		MW	p
		Ort	Ss	Ort	Ss		
Kalça Ağrısı	1.ay	4,630	0,490	4,070	0,691	252,000	0,001
	3.ay	4,000	0,695	3,030	0,718	172,500	0,000
Wilcoxon Z / p		-3,649	0,000	-3,772	0,000		
Banyo Yapma	1.ay	4,300	0,702	4,300	0,651	445,500	0,942
	3.ay	4,100	0,662	2,630	0,615	64,500	0,000
Wilcoxon Z / p		-1,269	0,204	-4,625	0,000		
Ulaşım	1.ay	4,530	0,507	4,430	0,504	405,000	0,442
	3.ay	3,930	0,691	2,470	0,507	56,000	0,000

Tablo 6.3.1.Devamı							
Wilcoxon Z / p		-3,175	0,001	-4,856	0,000		
Çorap Giyme	1.ay	4,430	0,568	4,230	0,626	376,000	0,217
	3.ay	4,100	0,607	2,800	0,551	67,000	0,000
Wilcoxon Z / p		-2,236	0,025	-4,652	0,000		
Alışveriş Yapma	1.ay	4,130	0,730	4,270	0,640	408,000	0,495
	3.ay	4,030	0,669	2,670	0,547	68,500	0,000
Wilcoxon Z / p		-0,607	0,544	-4,824	0,000		
Yürüme Mesafesi	1.ay	3,800	0,961	3,400	0,724	340,000	0,083
	3.ay	3,570	0,817	2,900	0,845	261,000	0,003
Wilcoxon Z / p		-1,096	0,273	-2,413	0,016		
Merdiven Çıkma	1.ay	4,030	0,809	3,930	0,640	417,500	0,603
	3.ay	3,570	0,504	2,070	0,640	45,500	0,000
Wilcoxon Z / p		-2,562	0,010	-4,769	0,000		
Sandalyeden Kalkarken Ağrı	1.ay	4,270	0,691	4,070	0,640	376,000	0,225
	3.ay	3,470	0,507	2,500	0,509	120,000	0,000
Wilcoxon Z / p		-3,967	0,000	-4,815	0,000		
Yürürken Topallama	1.ay	4,430	0,504	4,230	0,728	392,500	0,343
	3.ay	4,100	0,712	2,330	0,661	39,000	0,000
Wilcoxon Z / p		-2,041	0,041	-4,848	0,000		
Ani / Ciddi Ağrı	1.ay	4,570	0,504	4,500	0,509	420,000	0,608
	3.ay	4,400	0,498	2,770	0,626	27,000	0,000
Wilcoxon Z / p		-1,213	0,225	-4,867	0,000		
Genel İşlerin Etkilenmesi	1.ay	4,600	0,498	4,100	0,712	279,000	0,005

		Tablo 6.3.1. Devamı					
	3.ay	4,500	0,509	3,500	0,682	135,000	0,000
Wilcoxon Z / p		-0,775	0,439	-2,990	0,003		
Gece Yatakta Ağrı	1.ay	4,500	0,509	3,970	0,669	262,500	0,002
	3.ay	3,900	0,662	2,530	0,507	64,000	0,000
Wilcoxon Z / p		-3,382	0,001	-4,696	0,000		
Kalça Değerlendirme Anketi Toplam	1.ay	52,233	4,384	49,500	3,170	285,000	0,014
	3.ay	47,567	3,104	32,200	2,524	0,000	0,000
Wilcoxon Z / p		-4,236	0,000	-4,786	0,000		

1.ay Kalça Ağrısı açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur (Mann Whitney U=252,0; p=0,001<0,05). Kontrol grubundaki hastaların kalça ağrısı ortalamaları (4,630), deney grubundaki hastaların kalça ağrısı ortalamalarından (4,070) yüksek olduğu bulundu.

1.ay Genel İşlerin Etkilenmesi değişkeni açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur (Mann Whitney U=279,0; p=0,005<0,05). Kontrol grubundaki hastaların genel işlerin etkilenmesi değişkeni ortalamaları (4,600), deney grubundaki hastaların genel işlerin etkilenmesi ortalamalarından (4,100) yüksek olduğu saptandı.

1.ay Gece yatakta ağrı değişkeni açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur (Mann Whitney U=262,5; p=0,002<0,05). Kontrol grubundaki hastaların gece yatakta ağrı ortalamaları (4,500), deney grubundaki hastaların gece yatakta ağrı ortalamalarından (3,970) yüksek olduğu gözlemlendi.

1.ay Kalça değerlendirme anketi toplam puanı açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur (Mann Whitney U=252,0; p=0,001<0,05). Kontrol grubundaki hastaların kalça değerlendirme anketi toplam puanı ortalamaları (52,233),

deney grubundaki hastaların kalça değerlendirme anketi toplam puanı ortalamalarından (49,500) yüksek bulundu.

1.ay Hastaların banyo yapma, ulaşım, çorap giyme, alışveriş yapma, yürüme mesafesi, merdiven çıkma, sandalyeden kalkarken ağrı, yürürken topallama, ani / ciddi ağrı ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

3.ay Kalça değerlendirme anketi toplam puanı ve her bir soru açısından anlamlı fark vardı. ($p<0,05$). Deney grubunda 3.ay Kalça değerlendirme anketi toplam puanı ve sorularına verilen yanıtların ortalaması, kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşüktü. ($p<0,05$).

Kalça Ağrısı açısından hasta ve kontrol grubunda 1.aydan 3.aya meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı. ($p<0,05$).

Banyo Yapma değişkeni açısından hasta grubunda 1.aydan 3.aya meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı. ($p<0,05$). Ancak kontrol grubunda meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlı değildi. ($p>0,05$).

Ulaşım değişkeni açısından hasta ve kontrol grubunda 1.aydan 3.aya meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı. ($p<0,05$).

Çorap Giyme değişkeni açısından hasta ve kontrol grubunda 1.aydan 3.aya meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı. ($p<0,05$).

Alışveriş Yapma değişkeni açısından hasta grubunda 1.aydan 3.aya meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı. ($p<0,05$). Ancak kontrol grubunda meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlı değildi. ($p>0,05$).

Yürüme Mesafesi değişkeni açısından hasta grubunda 1.aydan 3.aya meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı. ($p<0,05$). Ancak kontrol grubunda meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlı değildi. ($p>0,05$).

Merdiven çıkma değişkeni açısından hasta ve kontrol grubunda 1.aydan 3.aya meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı. ($p<0,05$).

Sandalyeden kalkarken ağrı değişkeni açısından hasta ve kontrol grubunda 1.aydan 3.aya meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı. ($p<0,05$).

Yürürken topallama açısından hasta ve kontrol grubunda 1.aydan 3.aya meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı. ($p<0,05$).

Ani / ciddi ağrı açısından hasta grubunda 1.aydan 3.aya meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı. ($p<0,05$). Ancak kontrol grubunda meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlı değildi. ($p>0,05$).

Genel işlerin etkilenmesi değişkeni açısından hasta grubunda 1.aydan 3.aya meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı. ($p<0,05$). Ancak kontrol grubunda meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlı değildi. ($p>0,05$).

Gece yatakta ağrı açısından hasta ve kontrol grubunda 1.aydan 3.aya meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı. ($p<0,05$).

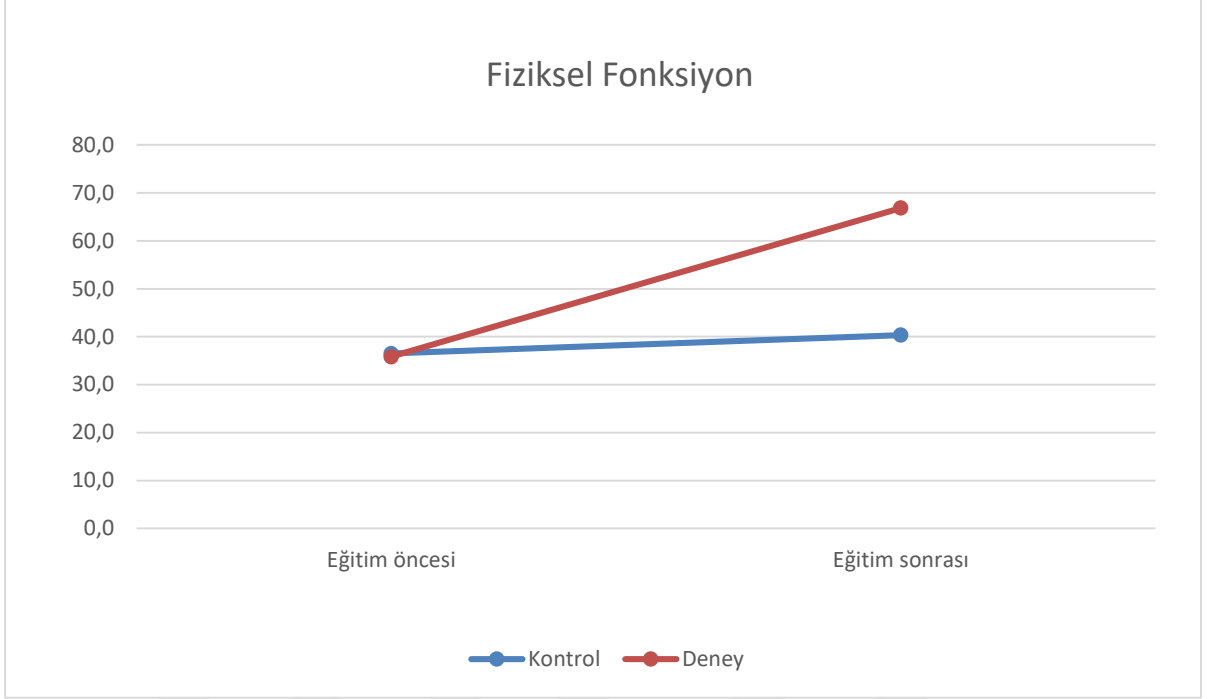
Kalça Değerlendirme anketi toplam açısından hasta ve kontrol grubunda 1.aydan 3.aya meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı. ($p<0,05$).

Grupların Yaşam kalitesinin Eğitim öncesi (1.Ay) ve sonrası (3.Ay) Ana ve Alt Boyutlara İlişkin Bulgularının Dağılımı, Tablo 6.4.1 - Tablo 6.4.19 arasında; Grafiklerinin Dağılımı ise 6.4.2-6.4.20 arasında sunulmuştur;

Tablo 6.4.1. Gruplara Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası Fiziksel Fonksiyon Değişkenine İlişkin Dağılım

			Kontrol		Deney		MW	p
			(n=30)		(n=30)			
			Ort	Ss	Ort	Ss		
Fiziksel Fonksiyon	Eğitim	Öncesi	36,500	15,545	35,833	11,528	441,5	0,899
	(1.Ay)							
	Eğitim	Sonrası	40,333	14,320	66,833	11,483	53,5	0,000
	(3.Ay)							
Wilcoxon Z / p			-1,147	0,252	-4,747	0,000		

6.4.2. Gruplara Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası Fiziksel Fonksiyon Değişkenine İlişkin Dağılım Grafiği

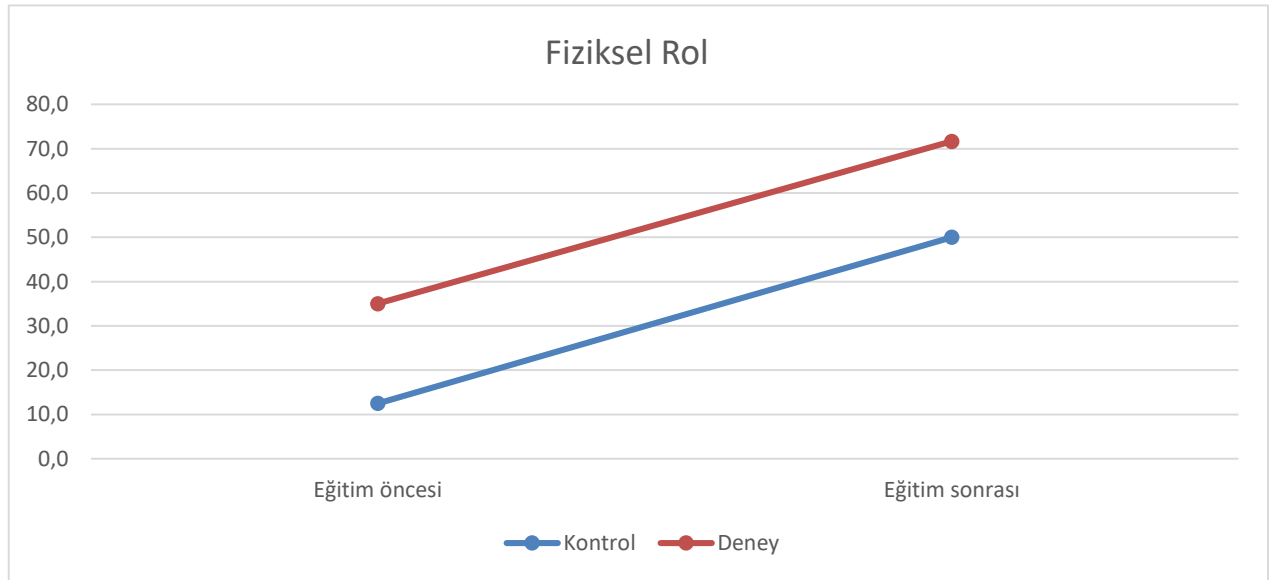


Eğitim öncesi fiziksel fonksiyon açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Mann Whitney $U=441,5$; $p=0,899>0,05$). Eğitim sonrası fiziksel fonksiyon açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulundu (Mann Whitney $U=53,5$; $p=0,000<0,05$). Deney grubundaki hastaların eğitim sonrası fiziksel fonksiyon ortalamaları (66,833), kontrol grubundaki hastaların eğitim sonrası fiziksel fonksiyon ortalamalarından (40,333) yüksek bulundu.

Tablo 6.4.3. Gruplara Göre Yaşam Kalitesinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Fiziksel Rol Değişkenine İlişkin Dağılımı

		Kontrol		Deney		MW	p
		(n=30)		(n=30)			
		Ort	Ss	Ort	Ss		
Fiziksel Rol	Eğitim Öncesi (1.Ay)	12,500	12,714	35,000	26,749	225,0	0,000
	Eğitim Sonrası (3.Ay)	50,000	30,794	71,667	24,330	264,0	0,004
	<i>WilcoxonZ/p</i>	-3,941	0,000	-4,037	0,000		

6.4.4. Gruplara Göre Yaşam Kalitesinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Fiziksel Rol Değişkenine İlişkin Dağılım Grafiği



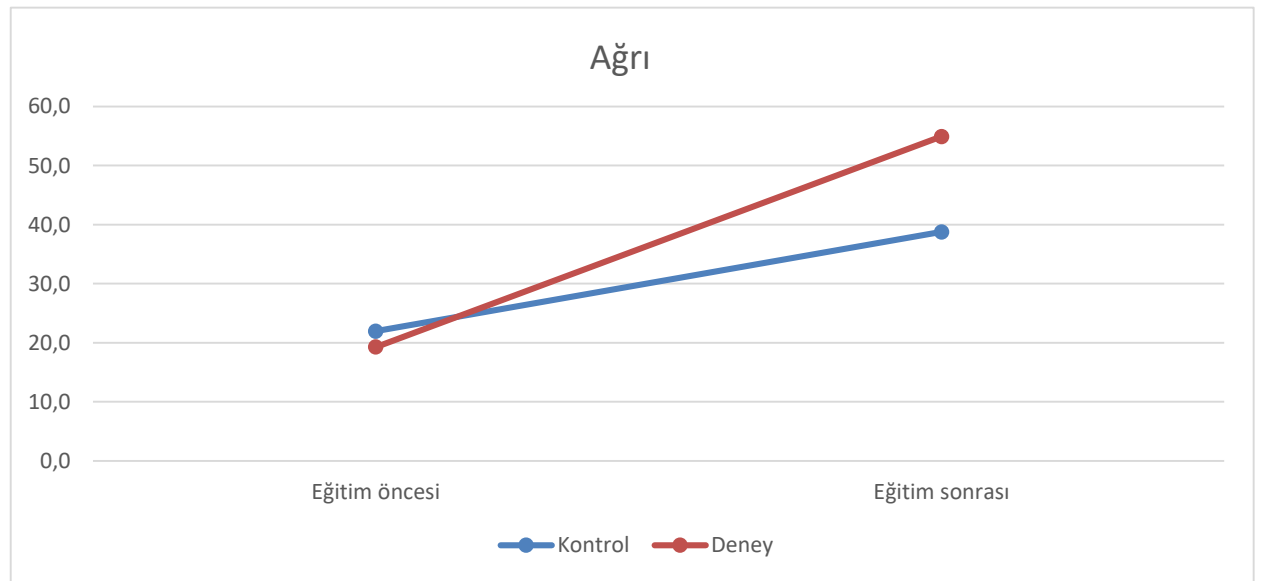
Eğitim öncesi Fiziksel Rol açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur (Mann Whitney $U=225,0$; $p=0,000<0,05$). Deney grubundaki hastaların eğitim öncesi Fiziksel Rol ortalamaları (35,000), kontrol grubundaki hastaların eğitim öncesi Fiziksel Rol ortalamalarından (12,500) yüksek bulundu. Eğitim sonrası Fiziksel

Rol açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur (Mann Whitney U=264,000; p=0,004<0,05). Deney grubundaki hastaların eğitim öncesi Fiziksel Rol ortalamaları (71,667), kontrol grubundaki hastaların eğitim öncesi Fiziksel Rol ortalamalarından (50,000) yüksek bulundu.

Tablo 6.4.5. Gruplara Göre Yaşam Kalitesinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Ağrı Değişkenine İlişkin Dağılımı

		Kontrol (n=30)		Deney (n=30)		MW	P
		Ort	Ss	Ort	Ss		
Ağrı	Eğitim Öncesi (1.Ay)	21,967	15,747	19,267	9,913	402,0	0,471
	Eğitim Sonrası (3.Ay)	38,767	12,519	54,900	10,499	152,5	0,000
	<i>Wilcoxon Z / p</i>	-3,601	0,000	-4,713	0,000		

6.4.6. Gruplara Göre Yaşam Kalitesinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Ağrı Değişkenine İlişkin Dağılım Grafiği

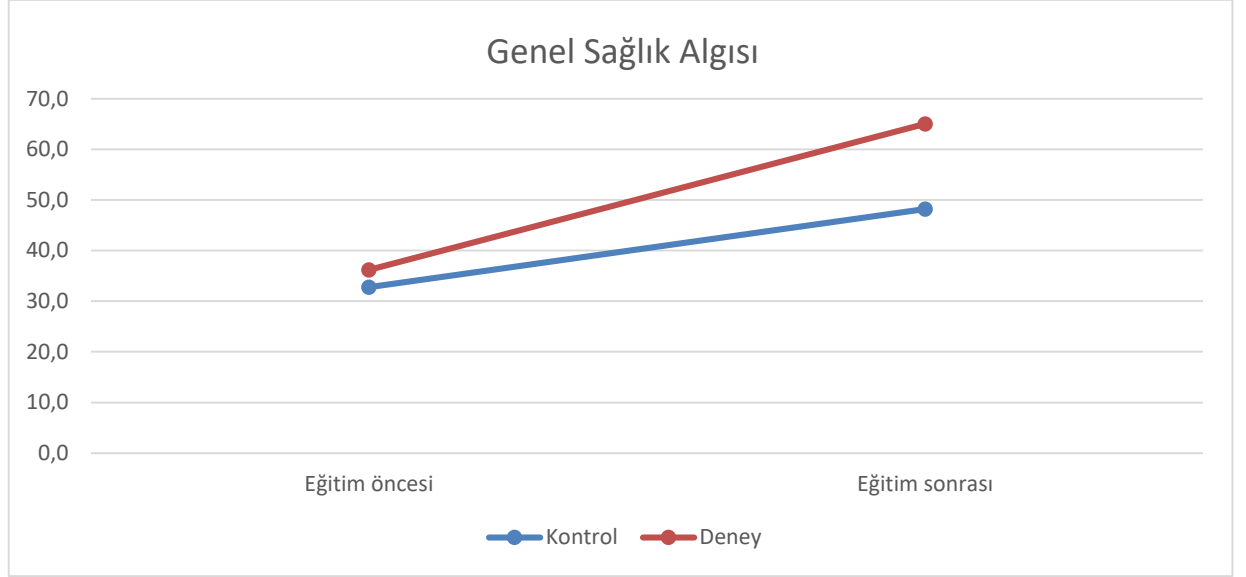


Eğitim ncesi ağrı açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Mann Whitney $U=402,0$; $p=0,471>0,05$). Eğitim sonrası ağrı açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulundu (Mann Whitney $U=152,500$; $p=0,000<0,05$). Deney grubundaki hastaların eğitim sonrası ağrı ortalamaları (54,900), kontrol grubundaki hastaların eğitim sonrası ağrı ortalamalarından (38,767) yüksek bulundu.

Tablo 6.4.7. Gruplara Göre Yaşam Kalitesinin Eğitim ncesi ve Sonrası Sağlık Algısı Değişkenine İlişkin Dağılımı

		Kontrol (n=30)		Deney (n=30)		MW	P
		Ort	Ss	Ort	Ss		
Sağlık Algısı	Eğitim ncesi (1.Ay)	32,767	6,647	36,167	5,032	310,0	0,034
	Eğitim Sonrası (3.Ay)	48,200	7,083	65,000	5,017	16,5	0,000
	<i>Wilcoxon Z / p</i>	-4,790	0,000	-4,829	0,000		

6.4.8. Gruplara Göre Yaşam Kalitesinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Sağlık Algısı Değişkenine İlişkin Dağılım Grafiği

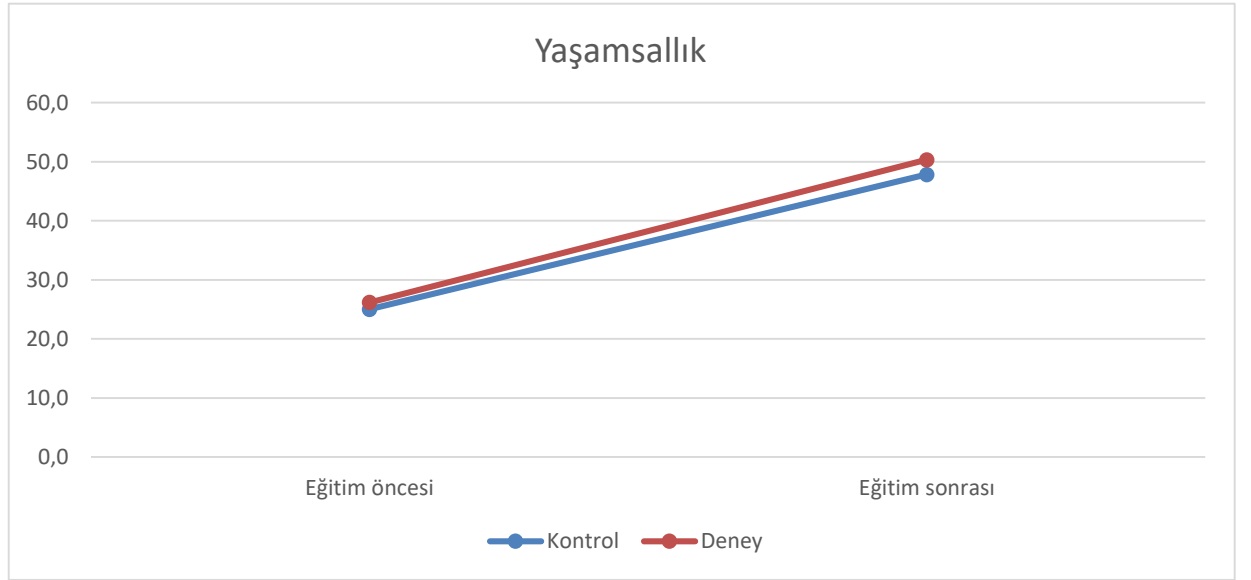


Eğitim öncesi Genel Sağlık Algısı açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur (Mann Whitney $U=310,0$; $p=0,034<0,05$). Deney grubundaki hastaların eğitim öncesi Genel Sağlık Algısı ortalamaları (36,167), kontrol grubundaki hastaların eğitim öncesi Genel Sağlık Algısı ortalamalarından (32,767) yüksek bulunmuştur. Eğitim sonrası Genel Sağlık Algısı açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulundu (Mann Whitney $U=16,5$; $p=0,000<0,05$). Deney grubundaki hastaların eğitim öncesi Genel Sağlık Algısı ortalamaları (65,000), kontrol grubundaki hastaların eğitim öncesi Genel Sağlık Algısı ortalamalarından (48,200) yüksek bulundu.

Tablo 6.4.9. Gruplara Göre Yaşam Kalitesinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Yaşamsallık Değişkenine İlişkin Dağılımı

		Kontrol		Deney		MW	P
		(n=30)		(n=30)			
		Ort	Ss	Ort	Ss		
Yaşamsallık	Eğitim Öncesi (1.Ay)	25,000	8,305	26,167	7,154	422,0	0,673
	Eğitim Sonrası (3.Ay)	47,833	7,154	50,333	6,940	376,5	0,265
	Wilcoxon Z / p	-4,724	0,000	-4,815	0,000		

6.4.10. Gruplara Göre Yaşam Kalitesinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Yaşamsallık Değişkenine İlişkin Dağılım Grafiği

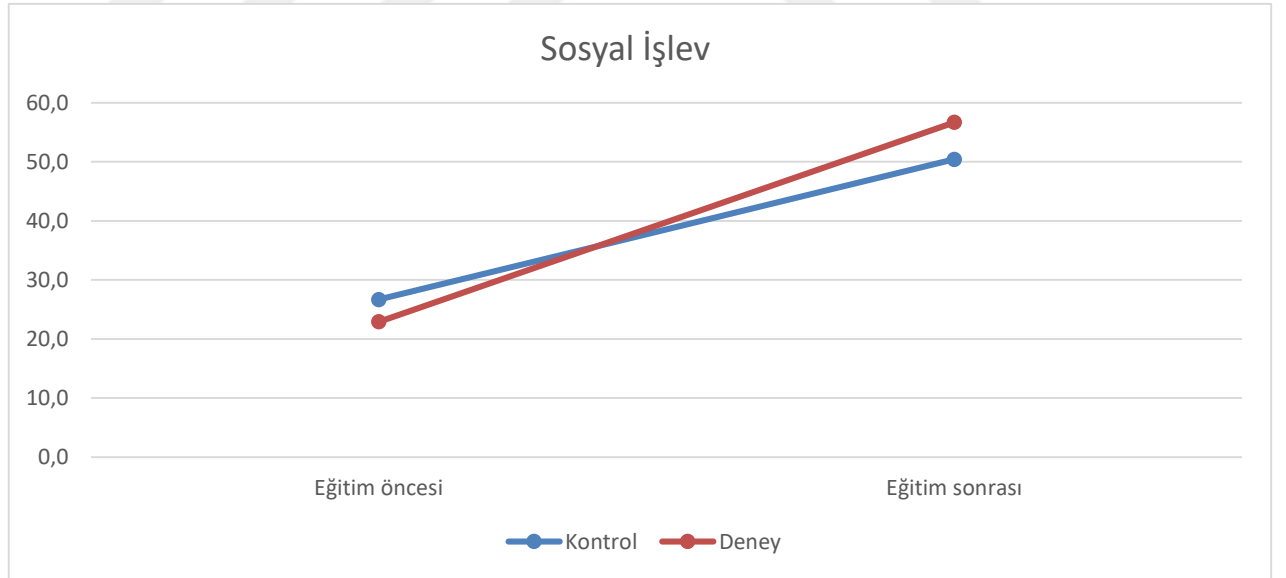


Eğitim öncesi ve sonrası Yaşamsallık açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 6.4.11. Gruplara Göre Yaşam Kalitesinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Sosyal İşlev Değişkenine İlişkin Dağılımı

		Kontrol (n=30)		Deney (n=30)		MW	p
		Ort	Ss	Ort	Ss		
Sosyal İşlev	Eğitim Öncesi (1.Ay)	26,667	11,244	22,917	12,749	368,0	0,200
	Eğitim Sonrası (3.Ay)	50,417	11,124	56,667	10,241	332,0	0,061
	<i>Wilcoxon Z / p</i>	-4,475	0,000	-4,820	0,000		

6.4.12. Gruplara Göre Yaşam Kalitesinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Sosyal İşlev Değişkenine İlişkin Dağılım Grafiği

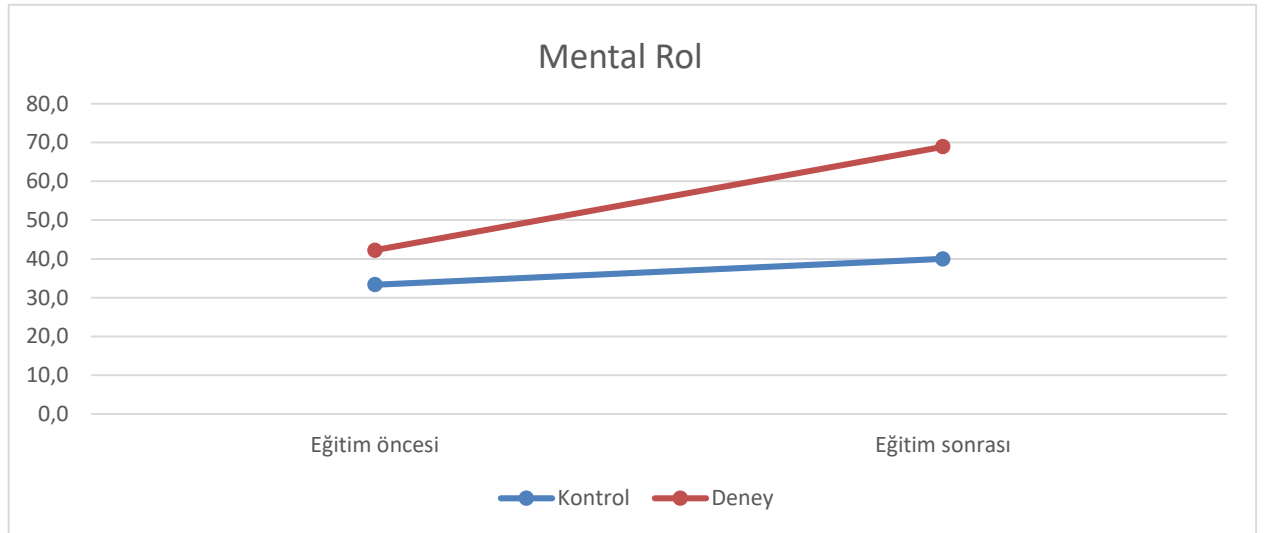


Eğitim öncesi ve sonrası sosyal işlev açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$).

Tablo 6.4.13. Gruplara Göre Yaşam Kalitesinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Mental Rol Değişkenine İlişkin Dağılımı

		Kontrol (n=30)		Deney (n=30)		MW	P
		Ort	Ss	Ort	Ss		
Mental Rol	Eğitim Öncesi (1.Ay)	33,333	31,562	42,222	38,090	394,0	0,384
	Eğitim Sonrası (3.Ay)	40,000	28,230	68,889	23,050	206,0	0,000
	<i>Wilcoxon Z / p</i>	-1,061	0,289	-3,123	0,002		

6.4.14. Gruplara Göre Yaşam Kalitesinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Mental Rol Değişkenine İlişkin Dağılım Grafiği



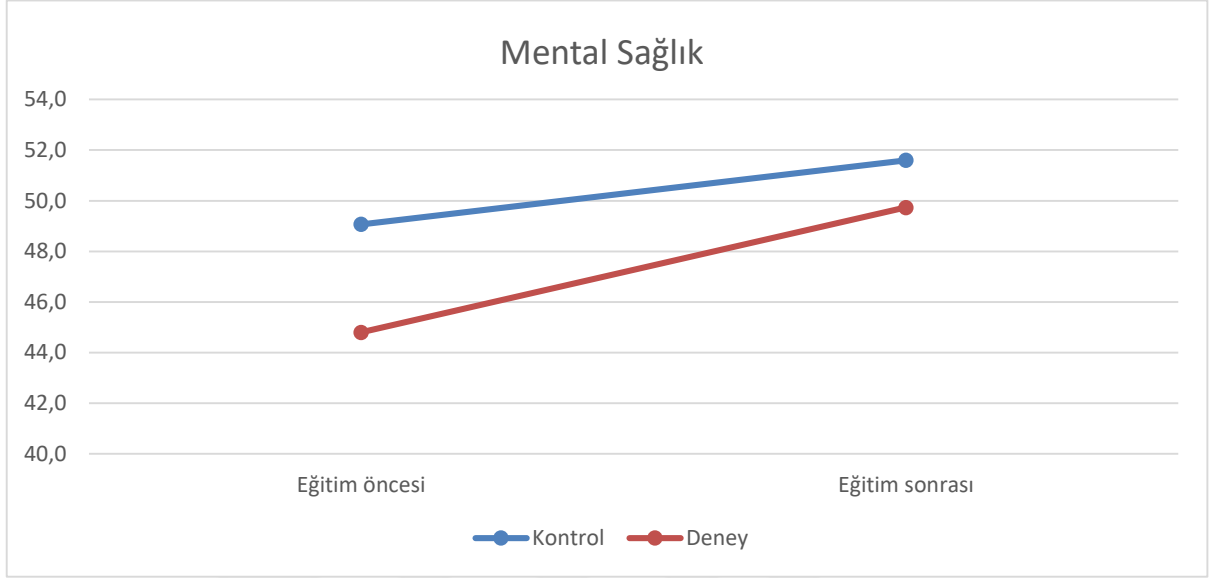
Eğitim öncesi Mental Rol açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulundu (Mann Whitney $U=394,0$; $p=0,384>0,05$). Eğitim sonrası Mental Rol açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulundu (Mann Whitney $U=206,0$; $p=0,000<0,05$). Deney grubundaki hastaların eğitim sonrası Mental Rol ortalamaları

(68,889), kontrol grubundaki hastaların eğitim sonrası Mental Rol ortalamalarından (40,000) yüksek bulundu.

Tablo 6.4.15. Gruplara Göre Yaşam Kalitesinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Mental Sağlık Değişkenine İlişkin Dağılımı

			Kontrol		Deney		MW	P
			(n=30)		(n=30)			
			Ort	Ss	Ort	Ss		
Mental Sağlık	Eğitim	Öncesi						
	(1.Ay)		49,067	8,399	44,800	8,751	322,0	0,055
	Eğitim	Sonrası						
	(3.Ay)		51,600	8,361	49,733	5,324	394,0	0,399
Wilcoxon Z / p			-1,353	0,176	-2,262	0,024		

6.4.16. Gruplara Göre Yaşam Kalitesinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Mental Sağlık Değişkenine İlişkin Dağılım Grafiği

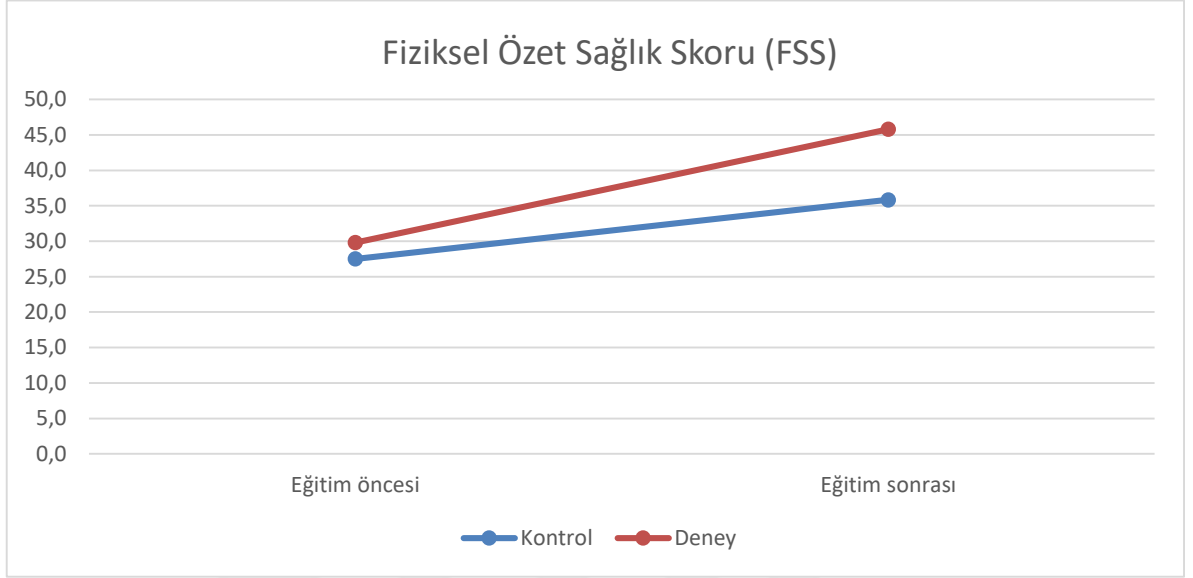


Eğitim öncesi ve sonrası mental sağlık açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 6.4.17. Gruplara Göre Yaşam Kalitesinin Eğitim Öncesi ve Sonrası FSS İlişkin Dağılımı

		Kontrol (n=30)		Deney (n=30)		MW	P
		Ort	Ss	Ort	Ss		
Fiziksel Sağlık (FSS)	Özet Skoru						
	Eğitim Öncesi (1.Ay)	27,514	4,829	29,820	4,264	305,0	0,032
	Eğitim sonrası (3.Ay)	35,831	4,354	45,806	4,015	45,0	0,000
		<i>Wilcoxon Z / p</i>		-4,247	0,000	-4,782	0,000

6.4.18. Gruplara Göre Yaşam Kalitesinin Eğitim Öncesi ve Sonrası FSS İlişkin Dağılım Grafiği

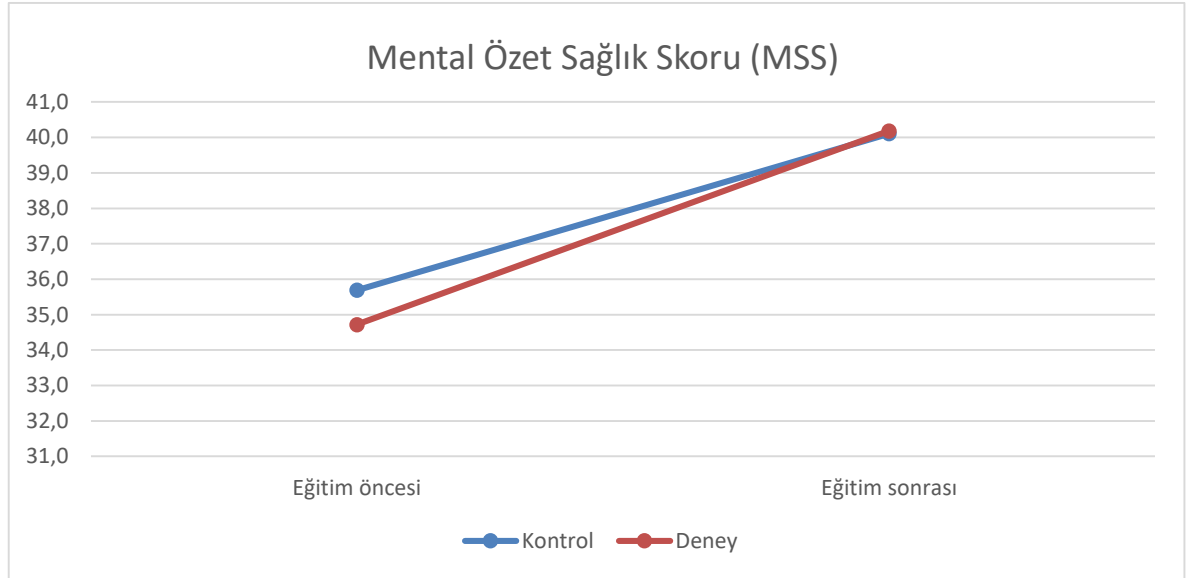


Eğitim öncesi Fiziksel Özet Sağlık Skoru açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulundu (Mann Whitney $U=305,0$; $p=0,032<0,05$). Deney grubundaki hastaların eğitim öncesi Fiziksel Özet Sağlık Skoru ortalamaları (29,820), kontrol grubundaki hastaların eğitim öncesi Fiziksel Özet Sağlık Skoru ortalamalarından (27,514) yüksek bulundu. Eğitim sonrası Fiziksel Özet Sağlık Skoru açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulundu (Mann Whitney $U=45,0$; $p=0,000<0,05$). Deney grubundaki hastaların eğitim öncesi Fiziksel Özet Sağlık Skoru ortalamaları (45,806), kontrol grubundaki hastaların eğitim öncesi Fiziksel Özet Sağlık Skoru ortalamalarından (35,831) yüksek bulundu.

Tablo 6.4.19. Gruplara Göre Yaşam Kalitesinin Eğitim Öncesi ve Sonrası MSS İlişkin Dağılımı

			Kontrol (n=30)		Deney (n=30)		MW	P
			Ort	Ss	Ort	Ss		
Mental Sağlık (MSS)	Özet Skoru	Eğitim Öncesi (1.Ay)	35,689	5,265	34,719	5,344	402,0	0,478
		Eğitim Sonrası (3.Ay)	40,109	4,301	40,185	3,827	438,0	0,859
	<i>Wilcoxon Z / p</i>			-3,383	0,001	-3,733	0,000	

6.4.20. Gruplara Göre Yaşam Kalitesinin Eğitim Öncesi ve Sonrası MSS İlişkin Dağılım Grafiği



Eğitim öncesi ve sonrası Mental Özet Sağlık Skoru açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Kontrol grubundaki hastaların eğitim öncesine göre fiziksel fonksiyon, Mental Rol ve Mental Sağlık düzeylerinde, eğitim sonrasında meydana gelen değişim istatistiksel olarak anlamlı değildi. ($p>0,05$). Kontrol grubundaki hastaların eğitim öncesine göre fiziksel rol, ağrı, genel sağlık algısı, yaşamsallık, sosyal işlev, fiziksel özet sağlık skoru (FSS), mental özet sağlık skoru (MSS) düzeylerinde, eğitim sonrasında meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlıydı. ($p<0,05$).

Deney grubundaki hastaların eğitim öncesine göre fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık algısı, yaşamsallık, sosyal işlev, mental rol, mental sağlık, fiziksel özet sağlık skoru (FSS), mental özet sağlık skoru (MSS) düzeylerinde, eğitim sonrasında meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlıydı. ($p<0,05$).



7. TARTIŞMA

'Kalça Kırığı Ameliyatı Geçirmiş Yaşlı Hastalarda Evde Verilen Hemşirelik Bakımı'nın Yaşam Kalitesine Etkisi'nin incelendiği çalışmanın bulgularının tartışılması aşağıdaki gibidir;

Bu çalışmada kontrol grubundaki hastaların; %30'unun (n=9) 65-69 yaş aralığında olduğu, %56.7'sinin (n=17) kadın olduğu, %46.7'sinin (n=14) okur-yazar olduğu, %46.7'sinin (n=14) dul olduğu, %80'inin (n=24) çalışmadığı, %50'sinin (n=15) işsiz olduğu, %43.3'nün (n=13) gelirinin giderine eşit olduğu, %63.3'ünün (n=19) ailesi ile yaşamını paylaştığı, %63'nün (n=19) ek hastalığının olduğu, %53,3'nün (n=16) daha önce kalça kırığı ameliyatı olmadığı görüldü. Deney grubundaki hastaların; %50'sinin (n=15) 75-79 yaş aralığında olduğu, %56.7'sinin (n=17) kadın olduğu, %43.3'nün (n=13) okur yazar olduğu, %43.3'nün (n=13) dul olduğu, %56.7'sinin (n=17) çalışmadığı, %36.7'sinin (n=11) işsiz olduğu, %66.7'sinin (n=20) gelirinin giderine eşit olduğu, %76.7'sinin (n=23) ailesi ile yaşamını paylaştığı, %66,7'sinin (n=20) ek hastalığının olduğu, %70'inin (n=21) daha önce Kalça Kırığı Ameliyatı olmadığı görüldü. Bulgulara göre, kontrol ve deney grubundaki hastaların sosyo-demografik özelliklerinin benzer olduğu görülmüştür (Tablo 6.1 ve Tablo 6.2).

Yapılan bir çalışmada ortopedi hastalarının çoğunlukla 55 yaş ve üzerinde kadın olduğu, %32'sinin okuryazar olmadığı çoğunluğunun evli, yarısından fazlasının eşiyile yaşadığı gelirinin giderine eşit olduğu saptanmıştır. Bilik ve ark. kalça kırığı hastalarıyla ilgili yaptığı çalışmada hastaların çoğunluğunu kadın hastalar oluşturmuştur. Yapılan çalışmalarda kalça kırığı ameliyatı olan hastaların ağırlıklı olarak kadın olduğu görülmüştür. Bu çalışmada da kadın hastaların fazla olduğu görüldü. Kalça protezi dışında yaşlı bakımına yönelik yapılan başka bir çalışmada ilkokul mezunu olanların oranı %31.9 olarak saptanmıştır. Çölgeçen ve Tümerdem'in (1997) yaşlı bireyler ile yaptığı bir çalışmada, yaşlıların %58'nin evli, %37'sinin dul olduğu görülmektedir. Kalça kırığı ameliyatları sıklıkla ileri yaşta yapıldığından, bu yaş grubundaki bireylerin genel olarak evli ve birçoğunun da dul olması olağan görülmektedir. Evliliğin, kalça kırığı ameliyatı uygulanan bireylerde evde bakımı kolaylaştıran ve destekleyen bir faktör olduğu düşünülmektedir. Şendir'in yaşlı bireylerle yaptığı çalışmada ev hanımı olanların oranı %58 iken, emeklilerin oranı %32; Dal'ın çalışmasında (2002), bireylerin

%75'inin ev hanımı ve %15'inin emekli olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada işsiz sayısının yüksek çıkması, hastaların çoğunun kadın ve yaş grubunun yaşlılık dönemine denk gelmesiyle açıklanabilir.

Çölgeçen ve Tümerdem'in (1997) yaşlılarla ilgili bir çalışmasında, yaşlıların genellikle evde eşiyile yaşadığı, %20,6'sının çocuklarının evinde yaşadığı, %11.3'nün yalnız yaşadığı saptanmıştır. Ekici ve Özdemir'in (1998) yaşlılarla yaptığı bir çalışmada, %43'nün eşiyile birlikte, %38'nin çocuklarıyla birlikte, %19'nun da kendi evinde yalnız yaşadığı belirlenmiştir. Çalışmada çoğu bireylerin eşlerini kaybettiği, genel olarak çocukları ve aile bireyleriyle yaşadığı görülmüştür.

Yaşlılarda düşmeye bağlı kalça kırığı oluşumu açısından risk faktörleri incelendiğinde; bireyin kadın olması ve menopoz döneminde bulunması, geçmişte kırık deneyimi olması, depresyonun olması, diyabet hastalığının olması, fazla ilaç kullanması, denge problemi yaşaması, yürürken yardımcı araç kullanması, görmesinin azalması, düşme korkusu ve çevresel faktörler gibi etmenler bulunmaktadır. Menopoz sonrası dönemdeki kadınların 1/3'ünde gelişen osteoporozda kemik mineral yoğunluğu azaldığı için, travma sonrası kırıklar ortaya çıkmaktadır (Akbayrak N., 1994; Delmas, P.D.,1999; Lappe, J. M., 2001; Taft, L. B.,2000). Menopozun kalça kırığı riskini arttırdığı belirtilmektedir (Nicodemus, K., 2001; Woolf, A. D., 2003). Menopoz sonrası dönemde kalça kırıklarının %90'nın osteoporozla bağlı geliştiği bildirilmiştir (Taft, L. B., 2000).

Esengen ve ark. (2000) yaptığı çalışma da hastaların %36,3'ünde iki kronik hastalık, %29,2'sinde üç kronik hastalık, %19,5'inde dört kronik hastalığa sahip olduğu gösterilmiştir (Esengen ve ark 2000). Yaşlı bireylerde birden fazla kronik hastalık görülmesi de oldukça yaygın bir durumdur (Diker 2000; Arpacı, Açikel ve Şimşek 2008; Dolu ve Bilgili 2010; Topbaş, Yarış, ve Can 2013). İlerleyen yaşla birlikte artan akut ve kronik hastalıklar uzun süreli ve çoklu ilaç kullanımını da beraberinde getirmektedir (Esengen ve ark 2000). Bu çalışmada da kontrol grubundaki on dokuz hastanın ve deney grubunda ise yirmi hastanın, ek hastalığının olduğu bulunmuştur. Ek hastalıkların yaşam kalitesini azalttığı düşünülmektedir (Tablo 6.2). Yaşlı hastalarda kas kuvvetinde azalma, denge bozukluklarına yol açarak düşme sıklığını arttırmakta ve bunun kaçınılmaz bir sonucu olarak kalça kırığı gelişiminde rol oynadığı tahmin edilmektedir. Yapılan çalışmalar yaşlı hastaların hayatlarında bir kere düştüğünü ve

kalça kırığı ameliyatından dolayı hastaneye yattığını göstermektedir. Çalışmada kontrol grubundaki on dört hastanın, deney grubundaki dokuz hastanın daha önce kalça kırığı ameliyatı olduğu görülmektedir (Tablo 6.2).

Grupların kalça değerlendirme anketine verilen yanıtlarının eğitim öncesi (1.ay) sonrası (3.ay) dağılımının ve kalça değerlendirme anketi toplam puanı ve soru bazında verilen yanıtlarının dağılımının tartışılması aşağıdaki gibidir;

Bu çalışmada; eğitim öncesi (1.ay) ve eğitim sonrası (3.ay) kalça ağrısı açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı farklar saptanmıştır. 1.ay kontrol grubundaki hastaların %63,3'ünün çok fazla ağrı hissettiği deney grubunun ise %26,7'sinin çok fazla ağrı hissettiği bulunmuştur. Aynı zamanda 3.ayda kontrol grubunda ağrıyı çok fazla hissedenlerin oranının %23,3'e düştüğü deney grubunda ise çok fazla ağrı hissedenlerin olmadığı görüldü (Tablo 6.3). Deney grubunda hisseden ağrı oranı önemli derecede azalmıştır. Kalça Değerlendirme Anketi puanları incelendiğinde; hem kontrol, hem deney grubunda 3.aydaki puan ortalamaları 1.aya göre azaldığı ancak deney grubundaki azalmanın daha da anlamlı olduğu görüldü (Tablo 6.3.1).Kalça protezi ile ilgili yapılan bir çalışmada bireylerin %12'sinin ameliyattan sonra ağrısı olduğu görülmüştür. Kalça ameliyatı sonrası genelde ağrı 3. ayda azalmaya başlamış, en iyi sonuçlar 6. ayda alınmıştır. Bu çalışmada ağrının hastalara verilen eğitimin etkinliği ile azaldığı görülmüştür.

Yürüme Mesafesi değişkeni açısından eğitim öncesi (1.ay) ve eğitim sonrası (3.ay) deney ve kontrol grubu arasında farklar saptanmıştır. 1.ay kontrol grubundaki hastaların %26,7'sinin hiç yürüyemediği, deney grubunda ise %53'ünün sadece evde yürüdüğü görüldü. 3.Ayda kontrol grubunda hiç yürüyemeyen hastaların oranı %10 iken deney grubunda bu oranın %3,3'e düştüğü, eğitim sonrası hastaların daha rahat ve daha fazla yürüyebildiği saptanmıştır (Tablo 6.3). Yürüme Mesafesi puanları incelendiğinde; hem kontrol, hem deney grubunda 3.aydaki puan ortalamaları 1.aya göre azaldığı ancak deney grubundaki azalmanın daha da anlamlı olduğu görüldü (Tablo 6.3.1).Yapılan çalışmalar, hastaların kalça kırığı ameliyatından sonra yürümelerinin birkaç ayda gelişim gösterdiğini verilen eğitimlerdeki hareketlerin uygulanması ile hastaların normal yaşantılarına daha çabuk döndüklerini göstermiştir (Phipps .,1999).

Genel İşlerin Etkilenmesi değişkeni açısından eğitim öncesi (1.ay) ve eğitim sonrası (3.ay) deney ve kontrol grubu arasında farklar saptanmıştır. 1.ay kontrol grubundaki hastaların %60'ının tam olarak işlerinin etkilendiği, deney grubunda ise %30'unun tam olarak işlerinin etkilendiği gözlenmiştir. 3.ayda genel işlerin etkileneceği değişkeni deney grubunda %50 iken kontrol grubunda anlamlı azalma olup bu oran %6.7'e düşmüştür (Tablo 6.3). Bu, hastalarda eğitimin etkinliğini göstermiştir. Genel İşlerin Etkilenmesi puanları incelendiğinde; deney grubunda 3.aydaki puan ortalamaları 1.aya göre azaldığı ve deney grubundaki azalmanın daha anlamlı olduğu görüldü (Tablo 6.3.1). Kalça kırığı ameliyatı hastanın her işlevi etkileyen ve hastayı psikolojik açıdan depresif hale sokan bir durumdur. Hastaların bu dönemde psikolojik ve sosyal açıdan desteklenmesi hastalığın atlatılmasında rol oynamaktadır. Evde verilen bakım ve eğitim hastaların, daha çabuk toparlanmasını sağladığı düşünülmektedir.

Eğitim öncesi (1.ay) ve eğitim sonrası (3.ay) gece yatakta ağrı değişkeni açısından, deney ve kontrol grubu arasında farklar saptanmıştır. 1.Ay Kontrol grubundaki hastaların %50'sinin her gece ağrısı olduğu deney grubunda ise %20'sinin her gece ağrısı olduğu bulunmuştur. 3.Ay kontrol grubunda %16.7'sinin her gece ağrısı olduğu, deney grubunda ise hastaların her gece ağrı hissetmediği bu oranın %0'a düştüğü görülmüştür (Tablo 6.3). Evde verilen hemşirelik bakımı ve eğitim etkinliği görülmektedir. Kalça Değerlendirme Anketi puanları incelendiğinde; hem kontrol, hem deney grubunda 3.aydaki puan ortalamaları 1.aya göre azaldığı ancak deney grubundaki azalmanın daha da anlamlı olduğu görüldü (Tablo 6.3.1). Laupacis ve arkadaşlarının kalça proteziyle ilgili yaptıkları çalışmada; ameliyat öncesi dönemde 8.1 ± 1.5 olan gece ağrısı ameliyattan sonra 3. ayda 1.40 ± 1.90 ; 6. ayda 0.80 ± 1.50 , 1.yılda 0.60 ± 1.60 ve 2. yılda 1.30 ± 2.40 olarak saptanmıştır.

'Banyo Yapma', 'Ulaşım', 'Çorap Giyme', 'Alışveriş Yapma', 'Merdiven Çıkma', 'Sandalyeden Kalkarken Ağrı', 'Yürürken Topallama' ve 'Ani / Ciddi Ağrı' değişkenleri açısından eğitim öncesi (1.Ay) deney ve kontrol grubu arasında fark bulunmamış olup eğitim sonrası (3.Ay) farklar bulunmuş; 'Banyo yapma' değişkeni oranı %26.7'den, 'Ulaşım' değişkeni oranı %20'den 'Çorap giyme' değişkeni oranı %23'den 'Alışveriş Yapma' değişkeni oranı %23'ten 'Merdiven Çıkma' değişkeni oranı %56.7'den 'Sandalyeden Kalkarken Ağrı' değişkeni oranı %46.7'den 'Yürürken Topallama' değişkeni oranı %30'dan 'Ani/Ciddi Ağrı' değişkeni oranı %40'dan %0'a

düşmüştür (Tablo 6.3). Kalça Değerlendirme Anketi puanları incelendiğinde; Bu değişkenlerde deney grubunda 3.aydaki puan ortalamaları 1.aya göre azaldığı ve deney grubundaki azalmanın daha anlamlı olduğu görüldü (Tablo 6.3.1).

Evde bakım hizmetleri, tüm sağlık harcamaları ve sağlık hizmetleri üzerine olan maliyet-etkililik ve maliyet-yararlılık avantajlarının yanı sıra hospitalizasyon sonrası veya iyileşme sürecinde olan bireylerin yaşadıkları gerçek ortamları olan evlerinde bakım almalarını sağlar (Ayşe sayan, 2004).

Bakım ve tedavinin evde sürdürülmesi ile bireyde, hastanede uzun süreli yatış sonucu görülen birçok fiziksel (hastane enfeksiyonları riski) psikolojik (aile, eş, dost ve sosyal çevreden izole olma duygusu) sosyal ve mali (ilaç, doktor ve yatış hizmetlerinin maliyeti) sorunların oluşmasını önlenir. Kalça kırığı ameliyatları bireyi yaşantısının her bölümünü etkiler. Hemşirenin rolü bu zorlu süreci hastanın en iyi şekilde taburcu olup, taburculukta kaliteli bakım ile hastanın iyileşmesini sağlamaktır. Sonuçlara göre taburculuktan sonra evde verilen eğitim ve hemşirelik bakımı hastaların bu süreci daha çabuk ve iyi atlamalarını sağlamıştır (Wit and van Dam., 2001; Ewers 2002; Caserett et al 2001; Jacobs et al 2002).

Grupların yaşam kalitesinin eğitim öncesi (1.ay) ve sonrası (3.ay) ana ve alt boyutlara ilişkin bulgularının dağılımının tartışılması aşağıdaki gibidir;

Yaşam kalitesinin tanımı, 1958'de Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapıldığında iyilik hali için fiziksel, mental ve sosyal yaşam alanları ayrıştırılmış, üç ayrı boyut tanımlanmıştır. Bunlardan, fiziksel iyilik halinde, fizyolojik olarak bireyin gücü, kendi kendinin ihtiyaçlarını karşılayabiliyor olması, günlük hayatında bedensel olarak herhangi bir problemin söz konusu olmayışı olarak ifade edilmektedir. Mental iyilik hali ise, kişinin ruhsal olarak herhangi bir sorununun olmaması ve böylelikle farkındalığının ve bilinçlilik düzeyinin olumlu seviyede işlevselliğini mümkün kılması olarak algılanmaktadır. Son olarak, sosyal iyilik hali de, sosyal ilişkilere sorunsuz katılım, diğer insanlarla etkileşim halindeyken kendini sağlıklı bir şekilde ifade edebilme yani sağlıklı iletişim kurabilme ve ilişkilerin sağlıklı devamlılığını sağlama ile karakterizedir. Bu veriler dahilinde, çalışmamın temelini oluşturan kalça kırığı için, fizyolojik bir rahatsızlığa bağlı kaybedilen işlevselliğin ve yaşanan ilgili problemlerin, fizyolojik ve mental niteliklere ilişkin bozuklukların görüldüğü bir hastalıktır (WHO 2005).

Eğitim ncesi fiziksel fonksiyon açısından deney ve kontrol grubu arasında fark bulunmamış olup, eğitim sonrası fark bulundu. Deney grubundaki hastaların eğitim sonrası fiziksel fonksiyon ortalamaları, kontrol grubu hastalarının ortalamalarından yüksek olduğu saptandı (Tablo6.4.1). Fiziksel fonksiyonun aılımlında gün içinde yapılabilecek; koşma, ağırlık kaldırma, merdiven çıkma, eğilme, uzun mesafede yürüme, yıkanma giyinme gibi aktiviteler yer almaktadır. Fiziksel fonksiyon alt boyutundan alınan düşük puan yıkanma ve giyinme dahil tüm fiziksel etkinlikleri yerine getirmede kısıtlılığı, yüksek puan ise en zor olanlar dahil tüm aktiviteleri herhangi bir kısıtlılık olmadan gerçekleştirme durumunu göstermektedir. Yaşam kalitesi kavramı, bireyin tüm gereksinimlerini karşılaması, yaşamdan doyum sağlaması, eğlenmeye zaman ayırması, emosyonel ve fiziksel durumun istedik düzeyde olması, kişiler arasındaki ilişkilerini sürdürebilmesi olarak tanımlanır (zkan ve Yılmaz, 2008; Yalnkaya ve ark. 2007). Bu sonuç evde verilen hemşirelik bakımının hastaların aktivitelerini yapmada etkili olduğunu göstermiştir.

Eğitim ncesi ve sonrası Fiziksel Rol puanları açısından deney ve kontrol grubu arasında farklar bulundu. Deney grubundaki hastaların eğitim öncesi ve sonrası Fiziksel Rol puan ortalamaları, kontrol grubundaki hastaların eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamalarından yüksek olduğu gözlendi (Tablo 6.4.3). Bu alandan alınan düşük puan fiziksel sağlığın bozulması sonucu işte veya diğer günlük etkinliklerin yapılmasında zorluk; yüksek puan ise fiziksel sağlığın bozulmamış olması sebebiyle günlük etkinliklerde sorun olmaması anlamına gelmektedir. Çalışma hayatı, yaşamın önemli bileşenlerinden biridir. Günün önemli bir kısmının geçirildiği çalışma ortamı, çalışanların sağlığını bozabilecek kaza ve riskler taşıması durumunda bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Dindar ve ark., 2004). İnanlar yaşamlarını devam ettirebilmek için çalışmak zorundadırlar. Ancak insanlar bazen çalıştıkları ortamdaki kaynaklanan birtakım sağlık sorunları yaşayabilmektedirler (Karadağ ve Kabasakal, 2013). Bireyin yaşam aktiviteleri ile yaşam kalitesinde meydana getirebileceği değişimleri bilmesi ve bireye bu konuda eğitim verilmesi gerekir (Kutsal., 2006).

Eğitim ncesi ağrı açısından deney ve kontrol grubu arasında fark bulunmamış olup eğitim sonrası fark gözlenmiştir. Deney grubunda hastaların eğitim sonrası ağrı ortalamaları, kontrol grubundaki hastaların ortalamalarından yüksek bulunmuştur

(Tablo 6.4.5). Bu alt boyuttan alınan düşük puan ağrı nedeniyle meydana gel rol kısıtlılıklarını tanımlarken yüksek puan ağrıya bağlı kısıtlılık olmamasını göstermektedir. Hastalara verilen eğitim ile azalan ağrının yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkisi olduğu düşünülmektedir. Bu muhtemel etkinin nedeni, eğitim ile iyileşen şartların daha konforlu ve nitelikli bir yaşamı mümkün kılmasıdır. Bu beklenti ile elde edilen bulguların fiziksel fonksiyon ve ağrı ögelerinde kendini gösterdiği anlaşılmıştır. Bhalla ve ark. (2012) eğitim durumunun yaşam kalitesini etkileyen bir faktör olduğunu ifade etmişlerdir. Bu bulguyu değerlendirirken; bilgi sahibi olmanın, başa çıkma strateji ve tutumlarını değiştirdiğinden daha olumlu etki yarattığını düşündüklerini dile getirmişlerdir.

Eğitim öncesi ve sonrası genel sağlık algısı puanları açısından deney ve kontrol grubu arasında farklar saptandı. Deney grubundaki hastaların eğitim öncesi ve sonrası genel sağlık algısı ortalamaları, kontrol grubundaki hastaların ortalamalarından yüksek bulundu (Tablo 6.4.7). Bu alandan alınan düşük puan, sağlığının kötü olduğuna ve giderek kötüleşeceğine olan inancı gösterirken, yüksek puan ise sağlığının mükemmel olduğuna olan inancı göstermektedir. Hastaların bu alandan aldıkları puan kendilerini genel anlamda sağlıklı bulduklarını işaret etmektedir. Hemşirelikte amaç, sağlığın korunması, yükseltilmesi ve geliştirilmesidir. Kalça kırığı tüm hayatı etkileyen bir hastalıktır. Evde bakım hastalığın daha kısa sürede atlatılması toparlanma süreci için en önemli bakımdır. Hastanın, hem fizyolojik hem sosyolojik hem de psikolojik açısından kendini en iyi hissettiği yer kendi evidir. Yaşam kalitesinin evde verilen bakım ile arttığı düşünülmektedir.

Eğitim öncesi ve sonrası mental Rol değişkeni açısından deney ve kontrol grubu arasında farklar saptandı. Deney grubundaki hastaların eğitim öncesi ve sonrası mental rol ortalamaları, kontrol grubundaki hastaların ortalamalarından yüksek bulundu (Tablo 6.4.13). Mittal ve arkadaşları yalnız yaşayan hastalarda mental rol skorunun başkalarıyla beraber yaşayanlara göre daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (Mittal et al,2001). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, bir hastalık veya tedaviyle bağlantılı olan fiziksel sağlık ve semptomlar, genel sağlık, mental iyilik hali ve sosyal işlevselliği kapsayan çok boyutlu, hasta merkezli bir kavramdır. Mental rol faktörünün eğitim sonrası artması hastaların kendilerini iyi hissetmelerine ve mental olarak yeterliliğe, eğitimin ve evde verilen bakımın etkinliğini göstermiştir.

Eğitim 6ncesi ve sonrası Yaşamsallık puanları açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 6.4.9).

Eğitim 6ncesi ve sonrası sosyal işlev puanları açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 6.4.11). Bu alt boyuttan alınan d6şuk puan fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı olarak toplumsal aktivitelere aşırı ve sık kesinti olması anlamına gelirken; y6ksek puan fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı kesinti olmaksızın olağan toplumsal aktiviteleri y6r6tme anlamını taşımaktadır. Araştırmada kadın hastalar çoğunlukta olduğu ve T6rk toplumunda sosyal aktivitesi çok olmayan kadınların genelde evde olmasından 6t6r6 bu puan t6r6nde bir anlamlılık saptanamadığı d6ř6n6lmektedir. Bu sonuç yaşlı ve genelde evde olan hastaların sosyal açıdan desteklenmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Eğitim 6ncesi ve sonrası mental sağlık puanları açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 6.4.15). Mental Sağlık alanından alınan d6şuk puan, s6rekli sinirlilik ve depresyon duygularına işaret ederken; y6ksek puan s6rekli sakin, rahat ve mutlu hissetmeyi g6stermektedir. Stres altında olan hasta bireylere daha da sıkıntı veren bir ameliyattan sonra evde verilen hemşirelik bakımına rağmen fark saptanmaması hastaların mental olarak desteklenmesi gerektiğini, hastaların en yakını olan hemşirelerin bu konuda bilinçlendirilmesi gerektiğini g6stermektedir.

Eğitim 6ncesi ve sonrası fiziksel 6zet sağlık skoru puanları açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur. Deney grubundaki hastaların eğitim 6ncesi ve sonrası fiziksel 6zet sağlık skoru ortalamaları, kontrol grubundaki hastaların ortalamalarından y6ksek bulunmuştur (Tablo 6.4.17). Fiziksel fonksiyon, yemek yapmak ve yemek, giyinmek, y6r6mek, banyo yapmak, tuvalete gitmek, y6r6y6ř yapmak, merdiven çıkmak vb. faaliyetleri içerir. Eğitim sonrası fiziksel 6zet sağlık skoru ortalamalarındaki artış eğitimin etkinliğini g6stermiştir.

Eğitim 6ncesi ve sonrası Mental 6zet Sağlık Skoru puanları açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 6.4.19). Yaşlılarda yapılan bir çalışmada; Fiziksel b6l6m 6zeti puan ortalaması, mental b6l6m 6zeti puan ortalamasına g6re daha y6ksek bulundu. Bunun nedeni araştırmaya katılan yaşlıların 6nemli b6l6m6n6n duygusal ve sosyal anlamda kendilerine destek olan kişi ya da kişilerin varlığını bilmemeleri olabilir.

Endüstrileşme ve kentleşme nedeniyle aile yapıları değişmiş, geniş aileden çekirdek aileye dönüşümle birlikte, çalışma hayatında rol alan kadın sayısında artış görülmüştür. Bu durum aile içinde bakım verici roldeki kişilerin azalması ve artan bakım sorunlarına yol açmıştır. Evde bakım olgusu, özürlü, yaşlı veya kronik hastalığı olan bireylerin bakımında aile dışı insan gücü ve teknolojisinin kullanım gereksinimlerinin artışına paralel olarak çağımızın önemli sağlık uygulamaları arasında yer almıştır. Eğitim de evde bakım hizmetleri yönünden hemşirenin önemli işlevlerindedir. Burada hemşire, bizzat eğitim verebileceği gibi (evdeki yaşlının mobilizasyonu ve aktivitesi için eğitim programları) özürlü ve evde bakımı sağlanan çocuğun yapabildiği ve yetenekleri ölçüsünde başvurabileceği eğitim kurumlarının neler olduğunu belirleyip aileye bilgi verebilir, rehberlik edebilir (Martinson et al 1997, Murray 2000, Savaşer 2000). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi'nin “bir hastalık veya tedaviyle bağlantılı olan fiziksel, duygusal ve sosyal öğeleri kapsayan çok boyutlu bir kavram” olduğu kabul edilmektedir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi; iki komponenti olan iyilik hali olup bunlardan birincisi fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halini temsil eden günlük faaliyetleri yürütebilme yeteneği, ikincisi ise işlev görme ve hastalıkların kontrol düzeyi ile ortaya çıkan hasta doyumudur (Erdoğan ve ark., 2006).

Kalça kırığı ameliyatı geçirmiş yaşlı hastalarda evde verilen hemşirelik bakımının yaşam kalitesini arttırdığı gözlenmiş, hemşirelerin de hastalarında bu konularda sürekli eğitilmesi gerektiği anlaşılmıştır.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

'Kalça Kırığı Ameliyatı Geçirmiş Yaşlı Hastalarda Evde Verilen Hemşirelik Bakımı'nın Yaşam Kalitesine Etkisi'nin incelendiği çalışmadan elde edilen sonuçlar;

- Çalışmada kontrol grubundaki hastaların; %30'unun (n=9) 65-69 yaş aralığında, deney grubundaki hastaların; %50'sinin (n=15) 75-79 yaş aralığında olduğu, grupların yaş ortalamaları, cinsiyet, eğitim durumu, gelir düzeyi, medeni durumu, ek hastalık varlığı, daha önce kalça kırığı ameliyatı olma durumu açısından benzer özellikte oldukları görüldü.
- Grupların Kalça Değerlendirme Anketine Verilen Yanıtlarının Eğitim öncesi (1.Ay) ve sonrası (3.Ay) Dağılımında; 1.ay kalça ağrısı, yürüme mesafesi, genel işlerin etkilenmesi, gece yatakta ağrı değişkenleri açısından farklar bulunmuş olup, 3.ay kalça ağrısı, banyo yapma, ulaşım, çorap giyme, alışveriş yapma, yürüme mesafesi, merdiven çıkma, sandalyeden kalkarken ağrı, yürürken topallama, ani / ciddi ağrı, genel işlerin etkilenmesi, gece yatakta ağrı değişkenleri açısından deney grubu hastalarında kontrol grubuna göre anlamlı derecede azalma gözlemlendi.
- Grupların Kalça Değerlendirme Anketi Toplam Puanı Ve Soru Bazında Verilen Yanıtlarının Eğitim öncesi (1.Ay) ve sonrası (3.Ay) Dağılımında; 1.ay kalça ağrısı, genel işlerin etkilenmesi değişkeni, kalça değerlendirme anketi toplam puanı açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur (Mann Whitney U=252,0; p=0,001<0,05 Kontrol grubundaki hastaların ortalamaları deney grubundaki hastaların ortalamalarından yüksek bulunmuştur. 3.ay Kalça değerlendirme anketi toplam puanı ve her bir soru açısından anlamlı fark vardı. (p<0,05). Deney grubunda 3.ay Kalça değerlendirme anketi toplam puanı ve sorularına verilen yanıtların ortalaması, kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşüktü. (p<0,05).

- Yaşam kalitesi Ölçeğinde; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık algısı, mental rol ve fiziksel özet sağlık skoru ana ve alt boyutlarında eğitim sonrası (3.ay) deney grubunda kontrol grubuna göre puan ortalamaları yüksek bulunmuştur.

Bu sonuçlar çerçevesinde aşağıdaki önerilerde bulunulabilir:

- Kalça kırığı ameliyatı olan hastalarının hastaneye yatış sıklığını azaltmak için hasta ve ailesinin eğitimin programlarının hasta, hastaneye yattığında başlatılması ve taburculuk eğitiminin de kapsamlı şekilde planlanıp yürütülmesi hastane sonrasında evde bakımda takibi sağlanması,
- Hastanın eğitim gereksinimlerinin, bireye özgü olarak ele alınması, sosyoekonomik düzeyi, eğitim durumu, kişisel özellikleri, yaşadığı yerin özellikleri ve birlikte yaşadığı kişiler dikkate alınarak danışmanlık yapılması,
- Kalça kırığı ameliyatı olan hastalarda ameliyat sonrası dönemde denge / mobilite sorunu için egzersiz programlarının oluşturulması,
- Mental durumu kötü olan hastalarda kalça kırığı oluşumunu önlemek için hastanın sık gözlemlenmesi,
- Hastaya bakım veren hemşireler, hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen faktörler konusunda bilgilendirilmeleri ve bu bilgilerini hemşirelik uygulamalarına yansıtabilmesi,
- Hemşireler hastalara taburculukta, evde bakımda eğitim vermek durumundadır. Hemşirelerin bu fonksiyonlarını yapabilmeleri için öncelikle hemşireler için hizmet içi eğitim, sempozyum ve konferanslar düzenlenmesi önerilir.

9.KAYNAKLAR

Akbayrak, N. (1994). Kaliteli Bakım Standartları, Kalite güvenliği, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksekokulu Yayını, No:8, Ankara, s:17-25

Akgün S, Bakar C, Budakoğlu I. Dünya’da ve Türkiye’de yaşlı nüfus eğilimi, sorunları ve iyileştirme önerileri. Türk Geriatri Dergisi 2004; 7(2): 105-110.

Aktas S, Celik Y. An evaluation of the underlying causes of fallinduced hip fractures in elderly persons. Ulus Travma Derg 2004 ;10 (4):250-252.

Alfonso DT, Howell RD, Caceres G, Kozlowski P, Di Cesare PE. Total hip arthroplasty in the underweight. Postoperative rehabilitation in patients with hip fracture, J Arthroplasty 2008;23:956-9.

Algun C. Türk Toplumunda Total Kalça Protezi Uygulanan Hastaların Beklentilerinin İncelenmesi, Uygulamalı Fizik Tedavi Rehabilitasyon; 3. Baskı: 351-363, 2002.

Audigé L, Hanson B, Swiontkowski MF. Implant-related complications in the treatment of unstable intertrochanteric fractures: meta-analysis of dynamic screw-plate versus dynamic screw-intramedullary nail devices. Int Orthop 2003;27:197-203.

Atay İM, Aslan A, Atay T ve ark. Genel ve spinal anestezi uygulanan yaşlı kalça kırığı olgularında deliryum yaygınlığı, risk faktörleri ve bilişsel fonksiyonlar. Turkish Journal of Geriatrics 2012;15(3):273-8.

Ayşe Sayan Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 7, Sayı: 3,Günümüzde Evde Bakım. 2004

Baumgaertner MR, Curtin SL, Lindskog DM. Intramedullary versus extramedullary fixation for the treatment of intertrochanteric hip fractures. Clin Orthop Relat Res. 1998;(348):87-94

Bailey LM, Gorrill-Behm J. Rehabilitation of the Elderly Hip Fracture Patient: Goals and Objectives. CEU Marketplace Course. Copyright 2003-2004 by Behm Enterprises, Inc. Tiffin, OH. pp 1-3.

Beaupre LA, Cinats JG, Senthilselvan A, Scharfenberger A, Johnston DW, Saunders LD. Does standardized rehabilitation and discharge planning improve functional recovery in elderly patients with hip fracture Arch Phys Med Rehabil 2005;86:2231-9.

Bernardini B, Meinecke C, Pagani M. Comorbidity and adverse clinical events in the rehabilitation of older adults after hip fracture. J of American Geriatrics Society 1995; 43: 894-898

Bilginer B, Tuncer A, Apan E. Adana Huzurevi ve Yenibaraj Sağlık Ocağı Bölgesinde 65 Yaş ve Üzeri Yaşlıların Demografik Özellikleri. V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı. İstanbul, 1996, 168-171.

Bilir Kaya B, İçağasıoğlu A. Romatoid Artritli Hastalarda Kısa Form 36'nın Güvenilirlik ve Geçerliliği. Tıpta Uzmanlık Tezi. 2009

Birak K, Sırmacı N, (1991), Pratik Kardiyoloji Kitabı, Sandoz Yayınları, İstanbul, s;100-109

Bitsch M, Foss N, Kristensen B, Kehlet H. Pathogenesis of and management strategies for postoperative delirium after hip fracture. Acta Orthop Scand 2004;75(4):378-89.

Braithwaite RS, Col NF, Wong JB. Estimating hip fracture morbidity, mortality and costs. J Am Geriatr Soc 2003;51:364-70

Brainsky A, Glick H, Lydick E, Epstein R, Fox KM, Hawkes W, et al. The economic cost of hip fractures in community-dwelling older adults: a prospective study. J Am Geriatr Soc 1997;45:281.

Brander V, Stulberg SD. Rehabilitation after lower limb joint reconstruction. In: DeLisa J, editor. Physical medicine and rehabilitation, principles and practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 855-70.

Bucholz W, Heckman D. Rocwood and greens fractures in adults.5 th ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2001

Candan İ, Oral D, 2002, Kardiyoloji Kitabı, Ankara Tıp Yayınevleri, s: 330-350

Carr J A, Gibson B, Robinson P G: Measuring of life isquality of life determined by expectations or experience. BMJ2001; 322: 1240-3.

Cooper C, Campion G, Melton LJ3rd: Hip fractures in the elderly: a world-wide projection. Osteoporos Int 1992; 2:285- 289.

Crawford M.H, (2006), Current Kardiyoloji Tanı ve Tedavi, Ç. Erol, K. Biberoglu, E. Atalay (Eds). Güneş Tıp Kitapevi.

Danış MZ. (2009). Türkiye’de yaşlı nüfusun yalnızlık ve yoksulluk durumları ve sosyal hizmet uygulamaları açısından bazı çıkarımlar. Toplum ve Sosyal Hizmet, 20(1): 67-83

Dawson J., Fitzpatrick R., Carr A., Murray D. (1996). Questionnaire On The Perceptions of Patients About Total Hip Replacement. J Bone Joint Surg; 78(2): 185-190.

Delmas, P.D., Fraser, M. (1999). Strong bones in later life: luxury or necessity? Bulletin of the World Health Organization, 77(5): 416-422

Dizer B, Yava A, Hatipoğlu F. Perceived control and involvement in self-care in patients withcolorectal cancer. Journal Clinical Nursing. 2009; 19:2372-2373

Dolk T. Operation in hip fracture patients-analysis of the time factor. Injury 1990;21:369-72.

Doç.Dr. Mustafa Seyhan Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanı-Röportajı 2012-Ethica İncirli Dergisi, syf:34-36

Dolan MM, Hawkes WG, Zimmerman SI, Morrison RS, Gruber-Baldini AL, Hebel JR, et al. Delirium on hospital admission in aged hip fracture patients: prediction of mortality and 2-year functional outcomes. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2000;55:M527-34.

Ege R: Kalça Cerrahisi ve Sorunları. Türk Hava Kurumu Basımevi, Ankara, 1996, s.843-909.

Ellis TJ. Hip Fractures in the Elderly. Current Women's Health Reports 2003; 3:75-80.

Erden, Z. ve ark.(2000). Kalça kırığı olan yaşlı hastaların erken dönem fonksiyonellikleri ve Bakım Olanakları, Hacettepe Ortopedi Dergisi, 130-133.

Ertem G, Kalkım A, Bulut S, Sevil Ü. Radyoterapi alan hastaların evde bakım gereksinimleri ve yaşam kaliteleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi. 2009; 2(2):3-11.

Ereth M, Weber J, Abel M. Cemented versus noncemented total hip arthroplasty: Embolism, hemodynamics and intrapulmonary shunting. Mayo Clin Proc 1992; 67: 1066-74.

Fidan D, Ünal B, Demiral Y: Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi kavramı ve ölçüm yöntemleri. Sağlık ve Toplum 2003;3.3-8.

Formiga, F. ve ark. (2003). Mortality and Morbidity in Nonagenarian Patients Following Hip Fracture Surgery, Gerontology, 49,41-45.

Gök H, (1996), Klinik Kardiyoloji Kitabı 1.Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara.S;209-212.

Göz F, Erkan M. (2008). Yaşlılık Sorunları ve Bakım İlkeleri. Medikal Yayıncılık, İstanbul.

Grimes JP, Gregory PM, Noveck H, Butler MS, Carson JL. The effects of time-to-surgery on mortality and morbidity in patients following hip fracture. Am J Med 2002;112:702-9.

Hamlet WP, Lieberman JR, Freedman EL, Dorey FJ, Fletcher A, Johnson EE. Influence of health status and the timing of surgery on mortality in hip fracture patients. Am J Orthop 1997;26:621-7.

Huddleston, J.M. ve Whitford, K.J. (2001). Medical care of elderly patients With hip fractures. Mayo Clin Proc, 76, 295-298.

Johnell O, Kanis JA. An estimate of the worldwide prevalence, mortality and disability associated with hip fracture. Osteoporos Int. 2004;15(11):897-902.

Kannus,P., Parkkari, J., Sievanen, H., Heinonen, A., Vuori, I., Jarvinen, M.(1996). Epidemiology of hip fractures, Bone Vol.18, No.1. Suppl, 575-635.

Kaya T., Karatepe G., Demirhan A., Günaydın R., Koç A., 'Romatoid Artritli Hastalarda Yorgunluğun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi' Türkiye Klinikleri J Med Sci 2009;29(4):911-6

Karahan, 2002; Yılmaz ve ark., Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:4, Sayı:12, Yaşlılık ve Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler, 2010

Kenneth J. Koval, Joseph D. Zuccerman: Hip fractures Apractical guide to management. Springer, 2000, NewYork, s:37-49

Komşuoğlu B, (2006), Klinik Kardiyoloji Kitabı, Nobel Tıp Kitapevi S:133-138

Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N ve ark. (1999) SF-36'nın Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği. Ege Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi.

Koval KJ, Skovron ML, Aharonoff GB, Zuckerman JD. Predictors of functional recovery after hip fracture in the elderly. Clin Orthop Relat Res 1998;348:22-8.

Lappe, J. M. (2001). Designer Estrogen vs. hormone Replacement Therapy: The Menopausal Woman's Dilemma, Orthopaedic Nursing, July/ August 20(4): 66-73

Lau EM, Suriwongpaisal P, Lee JK, et al. Risk factors for hip fracture in Asian men and women: the Asian osteoporosis study. J Bone Miner Res 2001;16:572-80.

Lee AY, Chua BS, Howe TS. One-year outcome of hip fracture patients admitted to a Singapore hospital: quality of life post-treatment. Singapore Med J 2007;48:996-9.

Leur K, Vroemen JP, Vos DI, Elmans L, van der Laan L. Outcome after osteosynthesis of hip fractures in nonagenarians. Clin Interv Aging 2014;9:41-9.

Magaziner J, Fredman L, Hawkes W, Hebel JR, Zimmerman S, Orwig DL, et al. Changes in functional status attributable to hip fracture: a comparison of hip fracture patients to community-dwelling aged. Am J Epidemiol 2003;157:1023-31.

Marottoli RA, Berkman LF, Leo-Summers L, Cooney LM Jr. Predictors of mortality and institutionalization after hip fracture: the New Haven EPESE cohort. Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly. Am J Public Health 1994;84:1807-12.

Masson M, Parker MJ, Fleischer S. Internal fixation versus arthroplasty for intracapsular proximal femoral fractures in adults. Cochrane Database Syst Rev 2003;2:CD001708. Update in: Cochrane Database Syst Rev 2006;4:CD001708.

Mandzuk, L L., McMillan, D E. (2005). A Concept Analysis Of Quality Of Life. Journal of Orthopaedic Nursing, 9, 12–18.

Mont MA, Tankersley WS, Hungerford DS. Hip rehabilitation after surgery In: Young MA, O'Yang B, Steins SA, editors. Rehabilitation secrets. Philadelphia: Hanley and Belfus; 1997. p. 330-7.

Marks R. Hip fracture epidemiological trends, outcomes, and risk factors, 1970-2009. *IntJ Gen Med* 2010;3:1-17.

Myers AH, Palmer MH, Engel BT, Warrenfeltz DJ, Parker JA. Mobility in older patients with hip fractures: examining prefracture status, complications, and outcomes at discharge from the acute-care hospital. *J Orthop Trauma* 1996;10:99-107.

National Institutes of Health Osteoporosis and Related Bone Diseases-Natioanl Resource Center. (2003). Osteoporosis in Men.

Nicodemus, K. K. and Folsom, A. R. (2001). Type 1 and Type 2 Diabetes and Incident Hip Fractures in Postmenopausal Women, *Diabetes Care*, 24(7): 1192-1197

Özcan H. Açık kalp ameliyatı sonrası hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitiminin hastalar tarafından kullanılma oranları. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Edirne: 2008.

Özkan S, Yılmaz E. (2008). Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3: 90-105.

Ünver B, Plaklı total kalça protezi uygulamalarında iki farklı rehabilitasyon programının karşılaştırılması Doktora Tezi. İzmir, 2002.

Parker MJ, Gurusamy K. Arthroplasties (with and without bone cement) for proximal femoral fractures in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;2:CD001706. Update in: *Cochrane Database Syst Rev* 2006;3:CD001706

Parker MJ, Handoll HH, Bhonsle S, Gillespie WJ. Condylcephalic nails versus extramedullary implants for extracapsular hip fractures. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;2:CD000338.

Phipps, W.J., Sands, J.K., Marek, J.F. (1999). Medical Surgical, Nursing Concepts & Clinical Practice. Sixth Edition, Mosby, St Lois, p:1982

Robbins J, Aragaki AK, Kooperberg C, et al Factors associated with 5-year risk of hip fracture in postmenopausal women. JAMA 2007;298:2389-98.

Rosell, P.A.E. ve Parker, M.J. (2003). Functional outcome after hip fracture a 1-year prospective outcome study of 275 patients, Injury, Int. J. Care Injured, 34,529-532.

Seddon H. Surgical disorders of the peripheral nerves. Williams and Wilkins, Baltimore 1972.

Sevim Savaşer, 2000 Kanserli Çocuğun Taburculuğa Hazırlanması Ve Evde Bakımında Hemşirenin Rolü,

Sonel A, (2002), Sonel Kardiyoloji, Yasemin Kalp Vakfı Dergisi s:30-35

Şendir, M. (2000). Total Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Hasta Eğitiminin Ameliyat Sonrası Fiziksel Uyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yayınlanmış Doktora Tezi, İstanbul.

Taft, L. B., Looker, P. A., Cella, D. (2000). Osteoporosis: A Disease Management Opportunity, Orthopaedic Nursing, March/April 19(2): 67-76

Tel H, Güler N, Tel H. Yaşlıların evde günlük yaşam aktivitelerini sürdürme durumu ve yaşam kaliteleri. HEMAR-G Derg 2011,2:59-67.

Telatar, T G., Özcebe, H. (2004). Yaşlı Nüfus ve Yaşam Kalitelerinin Yükseltilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 7(3), 162–165.

The WHOQOL Group: The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. Social Science and Medicine 1998;46 (12):1569-85.

The WHOQOL Group: What quality of life. World Health Forum.1996; 17:354-6.

Tronzo GR. Fractures of the Hip surgery of the Hip Joint. Raymond G. Tronzo Philadelphia, 1973 ;512-589.

Üstündağ, H., Gül, A., Zengin, N., Aydın, M. (2007). 9. Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Yaşam Kalitesi, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2 (6), 117–126

Yalçınkaya M., Özer Gök F., Karamanoğlu Yavuz A.(2007). Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Koruyucu Hekimlik Bülteni, (6)6: 409-420

Yeter K, Savcı A, Sayiner D. Meme kanserinde rekonstrüktif cerrahinin ve hasta eğitiminin yaşam kalitesine etkisi. Meme Sağlığı Dergisi. 2009; 5(2): 65-68.

Yıldırım, Y., Karadakovan, A. (2004). Yağlı Bireylerde Düşme Korkusu İle Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesi Arasındaki ilişki. Türk Geriatri Dergisi 7 (2): 78-83.

Ware JE, Sherbourne CD (1992) The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care, 30:473-83.

White BL, Fisher WD, Laurin CA. Rate of mortality for elderly patients after fracture of the hip in the 1980's. J Bone Joint Surg. 1987; 69 A :1335-1341.

Wit and van Dam 2001, Ewers 2002, Caserett et al 2001, Jacobs et al 2002, Erden ve ark 2000, Aksayan ve Cimete 1999, Who-www.un.org.tr/who/nurseturk/icn).

Woolf, A. D., Pfleger, B. (2003). Burden of major musculoskeletal conditions. Bulletin of the World Health Organization, 81 (9): 646-656

www.aydinpost.com/kalca-kiriklarina-dikkat-70797h.htm. Erişim Tarihi:24.12.2009.

www.sagligimicinhersey.com/2015/08/ortopedi-travmatoloji/yasli-larda-kalca-kirigi/
Erişim Tarihi:01.08.2015

Ek-1. Hasta Bilgi Formu

Kalça Kırığı Ameliyatı Geçirmiş Yaşlı Hastalarda Evde Hemşirelik Bakım Hizmetinin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi

Merhaba ben Sümeyra KOÇYİĞİT;

Zeytinburnu Telsiz Asm'de Aile Sağlık Elemanı olarak çalışmaktayım

Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde yüksek lisans öğrencisiyim. Burada bir araştırma nedeniyle bulunmaktayım. Sizden Kalça Kırığı Ameliyatı Geçirmiş Yaşlı Hastalarda Evde Hemşirelik Bakım Hizmetinin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi'ni amaçlayan bir çalışmaya katılmanızı rica ediyorum. Sorularıma vereceğiniz cevaplarınız kesinlikle ve sadece yüksek lisans tezi kapsamında kullanılacak, adınız tarafımdan saklı tutulacaktır. Araştırmada yer alan soruları sormak için izninizi rica ediyorum. İstedığınız zaman görüşmeyi sonlandırabilirsiniz.

Katkılarınız için teşekkür ediyorum.

Araştırmacının Adı Soyadı:.....

Görüşmenin Uygulandığı Yer:.....

Görüşmenin Süresi:.....

Görüşmeyi Reddettiyse Nedeni:.....

HASTA BİLGİ FORMU

1-Yaşınız:.....

2- Cinsiyetiniz: a) Kadın(1) b) Erkek(2)

3- Eğitim durumunuz:

a) Okur-yazar olmayan(1) b)Okur-yazar(2) c) İlkokul(3) d) Ortaokul-Lise(4) e) Lisans ve üstü(5)

4- Medeni durumunuz: a) Evli(1) b) Bekar(2) c)Dul(3)

5- Çalışma durumunuz:

a)Çalışıyorum(1) b) Çalışmıyorum.....(2)

6- Mesleğiniz:

a) Serbest meslek(1) b) İşçi(2) c) Memur(3) d) Emekli(4) e) İşsiz(5)

7- Gelir düzeyiniz?

a) Gelir giderden az(1) b) Gelir gidere eşit(2) c) Gelir giderden fazla(3)

8- Yaşamınızı paylaştığınız kişi/kişiler:

a)Aile(1) b)Huzurevi ve tek(2)

9- Kalça kırığı durum dışında mevcut başka hastalığınız var mı?

a)Evet(1) b) Hayır.....(2)

10-Daha önce kalça kırığı ameliyatı oldunuz mu?

a) Evet (1)

b) Hayır(2)

Ek-2. SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

1. Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz? (Cevabınızı daire içine alınız.)

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Fena değil	4
Kötü	5

2. Geçen sene ile karşılaştığınızda, şimdi sağlığını nasıl değerlendiriyorsunuz?

Bir yıl önceye göre çok daha iyi	1
Bir yıl önceye göre daha iyi	2
Hemen hemen aynı	3
Bir yıl önceye göre daha kötü	4
Bir yıl önceye göre çok daha kötü	5

3. Aşağıdakiler normal olarak gün içerisinde yapıyor olabileceğiniz bazı faaliyetlerdir. Şu sıralarda sağlığını sizi bu faaliyetler bakımından kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar? (Her soruda bir sayının etrafına daire çiziniz.)

FAALİYETLER	Evet oldukça kısıtlıyor	Evet biraz kısıtlıyor	Hayır hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren faaliyetler: örneğin ağır eşyalar kaldırmak, spor faaliyetleri	1	2	3
b. Orta zorlukta faaliyetler: örneğin, masa kaldırmak, süpürmek, yürüyüş gibi hafif spor yapmak.	1	2	3
c. Çarşı Pazar torbaları taşımak	1	2	3
d. Birkaç kat merdiven çıkmak	1	2	3
e. Bir kat merdiven çıkmak	1	2	3
f. Eğilmek, diz çökmek, yerden bir şey almak.	1	2	3
g. Bir kilometreden fazla yürümek	1	2	3
h. Birkaç yüz metre yürümek.	1	2	3
i. Yüz metre yürümek	1	2	3
j. Yıkanmak yada giyinmek	1	2	3

4. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde bedensel sağlığınız nedeni ile aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
a. İş yada iş dışı uğraşlarınıza verdiğiniz zamanı kıstlamak zorunda kalmak	1	2
b. Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (Temizlenmeyen ev)	1	2
c. Yapabildiğiniz iş türünde yada diğer faaliyetlerde kısıtlanmak	1	2
d. İş yada diğer uğraşları yapmaktan zorlanmak	1	2

5. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde duygusal problemleriniz nedeniyle (üzüntülü ya da kaygılı olmak gibi) aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
a. İş yada iş dışı uğraşlarınıza verdiğiniz zamanı kıstlamak zorunda kalmak	1	2
b. Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (Temizlenmeyen ev)	1	2
c. İş yada diğer uğraşları her zamanki gibi dikkatlice yapmamak	1	2

6. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde bedensel sağlığınız ya da duygusal problemleriniz, aileniz, arkadaşlarınız, komşularınızla yada diğer gruplarla normal olarak yaptığımız sosyal faaliyetlere ne ölçüde engel oldu?

Hiç	1
Biraz	2
Orta Derecede	3
Epeyce	4
Çok fazla	5

7. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde ne kadar bedensel ağrınız oldu?

Hiç	1
Çok hafif	2
Hafif	3
Orta hafiflikte	4

Aşırı derecede	5
Çok aşırı derecede	6

8. Son bir ay (4 hafta) içerisinde ağırlı normal işinize (ev dışında ve ev işi) ne kadar engel oldu?

Hiç olmadı	1
Biraz	2
Orta derecede	3
Epey	4
Çok fazla	5

9. Aşağıdaki sorular geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizle ve işlerin sizin için nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için nasıl hissettiğinize en yakın olan cevabı verin. Geçtiğimiz 4 hafta içindeki sürenin ne kadarında.....

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Oldukça Bazen	Nadiren	Hiç	
a.Kendinizi hayat dolu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
b. çok sinirli bir kişi oldunuz?	1	2	3	4	5	6
c.Sizi hiçbir şey neşelendiremeyeceği kadar moralin bozuk ve kötü oldu?	1	2	3	4	5	6
d.Sakin ve huzurlu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
e.Çok enerjiniz oldu?	1	2	3	4	5	6
f.Mutsuz ve kederli oldunuz?	1	2	3	4	5	6
g.Kendinizi bitkin hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
h.Mutlu ve sevinçli oldunuz?	1	2	3	4	5	6
i.Yorgun hissettiniz?	1	2	3	4	5	6

10. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde, bu sürenin ne kadarında bendesel sağlığınız ya da duygusal probleminiz, sosyal faaliyetlerinize (arkadaş, akraba ziyareti gibi) engel oldu?

Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazen	3
Çok ender	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru ya da yanlış olur?

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
a.Başkalarından biraz daha kolay hastalandığımı düşünürüm.	1	2	3	4	5
b.Ben de tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım.	1	2	3	4	5
c.Sağlığımın kötü gideceğini sanıyorum.	1	2	3	4	5
d.Sağlığım mükemmeldir.	1	2	3	4	5

Ek-3 KALÇA DEĞERLENDİRME ANKETİ

Bu anket kalça eklemizin hakkındaki görüşlerinizi öğrenmek amacıyla hazırlanmıştır Her bir soruyu uygun rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Soruyu nasıl cevaplandıracağınızdan emin olamıyorsanız, verebileceğiniz en uygun cevabı işaretleyiniz ve sorunun sol taraftaki boşluğa bir açıklama yapınız.

1. Kalçanızdaki ağrıyı genellikle nasıl tanımlarsınız?

Hiç (1)

Çok hafif (2)

Hafif (3)

Orta (4)

Çok fazla (5)

2. Kendi basınıza banyo yaparken/ kurulanırken kalçanızdan dolayı herhangi bir sorunuz oldu mu?

Hiç rahatsız olmadım (1)

Çok az rahatsız oldum (2)

Orta derecede rahatsız oldum (3)

Aşırı derecede zorlanıyordum (4)

Yapmam mümkün değildi (5)

3. Kalçanızdan dolayı, ulaşımda arabaya binip inerken veya toplu taşıma araçlarını kullanırken herhangi bir sorunuz oldu mu?

Hiç sorunuz olmadı (1)

Çok az sorunuz oldu (2)

Orta derecede sorunuz oldu (3)

Aşırı derecede sorunum oldu (4)

Yapmam mümkün değildi (5)

4.Çorabınızı (kısa veya uzun) rahatlıkla giyebiliyor muydunuz?

Evet, kolaylıkla (1)

Çok az zorlukla (2)

Orta dereceli zorlukla (3)

Aşırı derecede zorlukla (4)

Hayır, mümkün değil (5)

5. Kendi basınıza eviniz için alışveriş yapabiliyor muydunuz?

Evet, kolaylıkla (1)

Çok az zorlukla (2)

Orta dereceli zorlukla (3)

Aşırı derecede zorlukla (4)

Hayır, mümkün değil (5)

6. Kalçanızdaki ağrı çok fazla olmadan önce ne kadar süre yürüyebiliyordunuz? (Bastonlu veya bastonsuz)

Ağrısız / 30 dakikadan fazla (1)

16-30 dakika (2)

5-15 dakika (3)

Sadece evde (4)

Hiç yürüyemiyordum (5)

7. Bir kat merdiven çıkabiliyor muydunuz?

Evet, kolaylıkla (1)

Çok az zorlukla (2)

Orta dereceli zorlukla (3)

Aşırı derecede zorlukla (4)

Mümkün değil (5)

8. Yemekten sonra (masada otururken) sandalyeden kalkarken kalçanızdan dolayı nasıl bir ağrı hissediyordunuz?

Hiç ağrı olmuyor (1)

Hafif ağrı oluyor (2)

Orta derecede ağrı oluyor (3)

Çok ağrı oluyor (4)

Çekilmez/dayanılmaz ağrı oluyor (5)

9. Yürürken kalçanızdan dolayı topallıyor musunuz?

Nadiren/ asla (1)

Ara sıra veya yalnızca ilk adımda (2)

Sıklıkla yalnızca ilk adımda değil (3)

Çoğu zaman (4)

Her zaman (5)

10. Etkilenen kalçanızı “batıcı”, “keskin” veya “kasılma” şeklinde ani ciddi ağrınız oluyor mu?

Hiçbir zaman (gün) /Hayır olmuyor (1)

Sadece 1 veya 2 gün (2)

Bazı günler (3)

Çoğu zaman (günler)(4)

Her gün (5)

11. Kalçanızdaki ağrı genel olarak işlerinizi nasıl etkiliyor?

Hiç etkilemiyor(1)

Biraz etkiliyor (2)

Orta derecede etkiliyor (3)

Büyük ölçüde etkiliyor (4)

Tam olarak işlerimi etkiliyor (5)

12. Gece yatakta, kalçanızdaki ağrı sizi rahatsız ediyor mu?

Hiç rahatsız etmiyor (1)

Sadece 1 veya 2 gece (2)

Bazı geceler (3)

Çoğu geceler (4)

Her gece (5)

Ek-4. Kalça Kırığı Olmuş Bireylerde Ameliyat Sonrası Taburculuk Eğitimi

Eğitim içeriğinde ağrı yönetimi, yara bakımı, günlük yaşam aktiviteleri, egzersiz, öz bakım, beslenme, komplikasyon belirtilerini izleme, ilaçların kullanımı, evde güvenlik önlemleri, fiziksel sınırlılıklar, sosyal ve cinsel yaşamda dikkat edeceği noktalar, yürürken yardımcı araç kullanımı, doktorun önerdiği fizik tedavi ve poliklinik kontrolüne uymanın önemi gibi konuları kapsamıştır.

Hasta Taburculuk Eğitimi

- Hastanın ve yakınlarının bilgilenmesi ve öğretilenleri anlaması sağlanır.

- Taburculuğu takiben laboratuvar ve tıbbi izlemin gerekliliği açıklanır.

-Aşağıda belirtilen konulara dikkat etmesi gerektiğinin önemi vurgulanır:

·Derin solunum ve öksürük egzersizlerini uygulaması

·Kontrendike değilse 2500-3000 ml/gün sıvı alması

·Ameliyat edilen bacakta abdüksiyonun sağlanması

·Yüksek sandalyede oturması

·Yükseltilmiş tuvalette oturmanın önemi

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

Protezin dislokasyonunu önlemek için üç ay süre ile;

- Otururken bacaklarını birbirine yaklaştırmadan, gerekirse bacak arasına yastık koyarak yüksek tabanlı sandalye ya da koltukta oturması,

- Yatakta yatarken bacaklarının arasına yastık koyması gerektiği,

- Bacaklar arasında yastık varken sağlam taraf üzerine yan yatabileceği,

- Yükseltilmiş tuvalette oturması gerektiği, tuvalete otururken ve kalkarken bedenini öne doğru eğmekten ve kalçasını bükmekten kaçınması gerektiği,

Kalçanın fleksiyon kontraktürünü önlemek için üç ay süre ile;

- Çok uzun süreli oturmaması, oturması gerekiyorsa arada kalkıp yaklaşık 10-15 dakika yürümesi gerektiği,

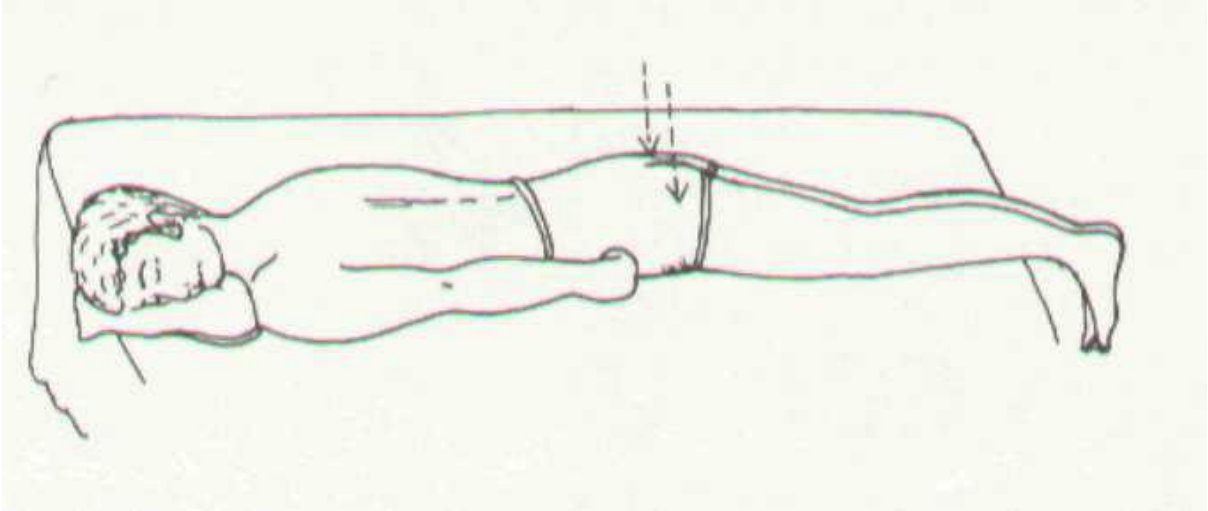
- Otururken 90 derece dik oturmaması, 45-60 derece açı ile oturması gerektiği,

Ameliyat edilen bacağın dış ve iç rotasyonunu önlemek için üç ay süre ile bacakların iç ve dış yanına yastık koyabileceği; ayağın plantar fleksiyonunu önlemek için ayak tabanına yastık yerleştirebileceği

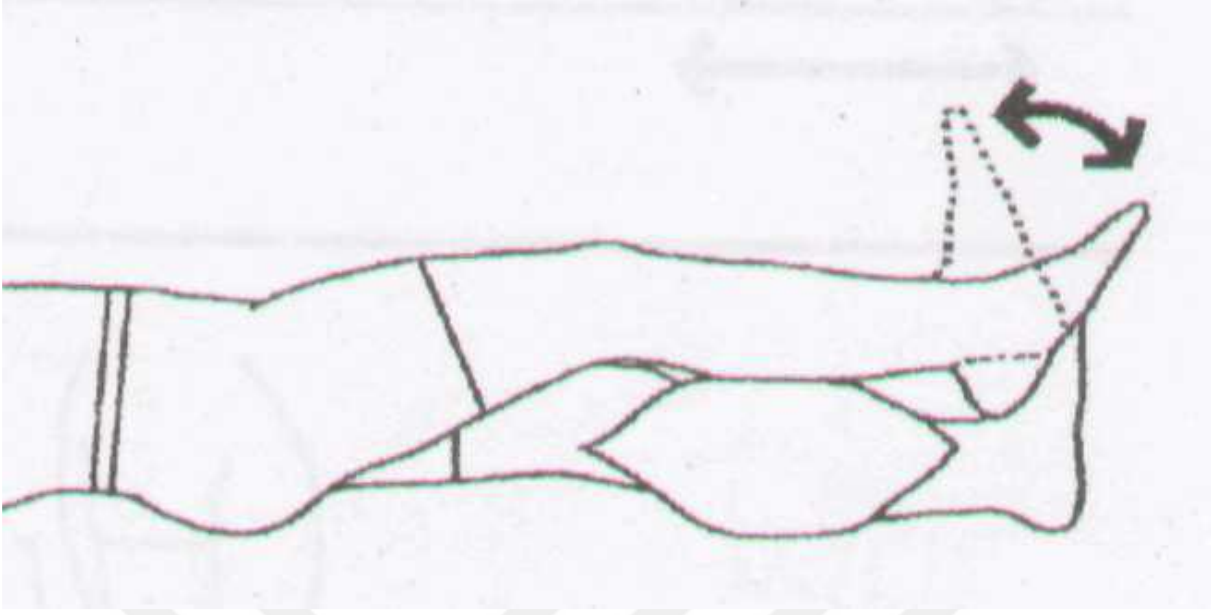
* **Egzersiz** :Egzersizin amacı eklemlerdeki ağrıyı ve katılığı azaltabilmek ve kas gücü ve esnekliğini arttırabilmektir. Hasta için hangi egzersiz programının uygun olduğuna hekim ve fizyoterapist hemşire ile işbirliği yaparak karar verir. Çoğu egzersiz programı hareket edebilme aktiviteleri (Range of Motion-ROM) ve kas gücünü geliştirme egzersizleri ile başlar. Hekim ve fizyoterapist hastanın daha fazla hareket edebilmesi için gerekli aktiviteleri hemşire gözlemlerine dayalı olarak belirler. Hastaya egzersizle ağrısının arttığı noktada egzersizi bırakması ve sağlık personeline iletmesi söylenir.

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

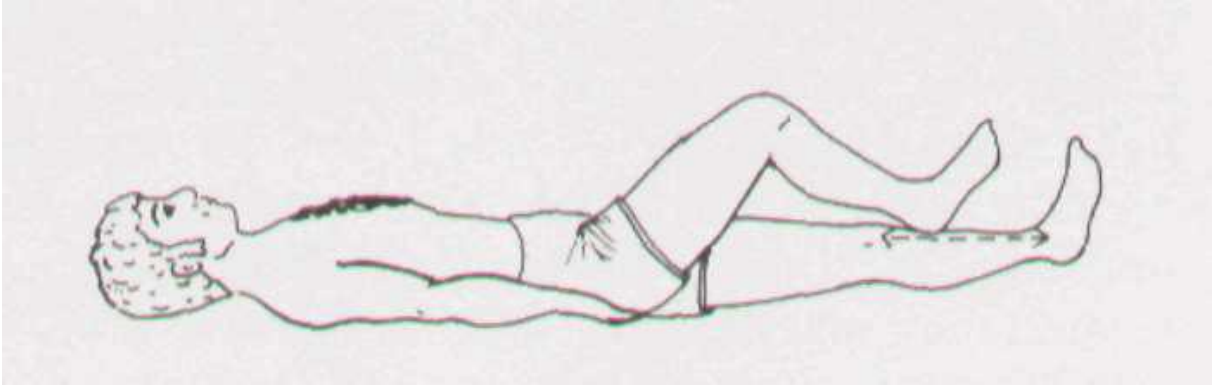
Quadriseps grupları: Bu izometrik bir egzersizdir, hareket içermez. Diz yüzeyinin arkasını gerdirerek ve diz kapağını (patella) sıkıştırarak quadriceps kaslarını sıkıştırın. Özellikle dizin kasılmasıyla diz kenarında oluşan gözlenebilir kontraksiyonlara bakın. 5 saniye kasılı tutun, sonra gevşeyin. 10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



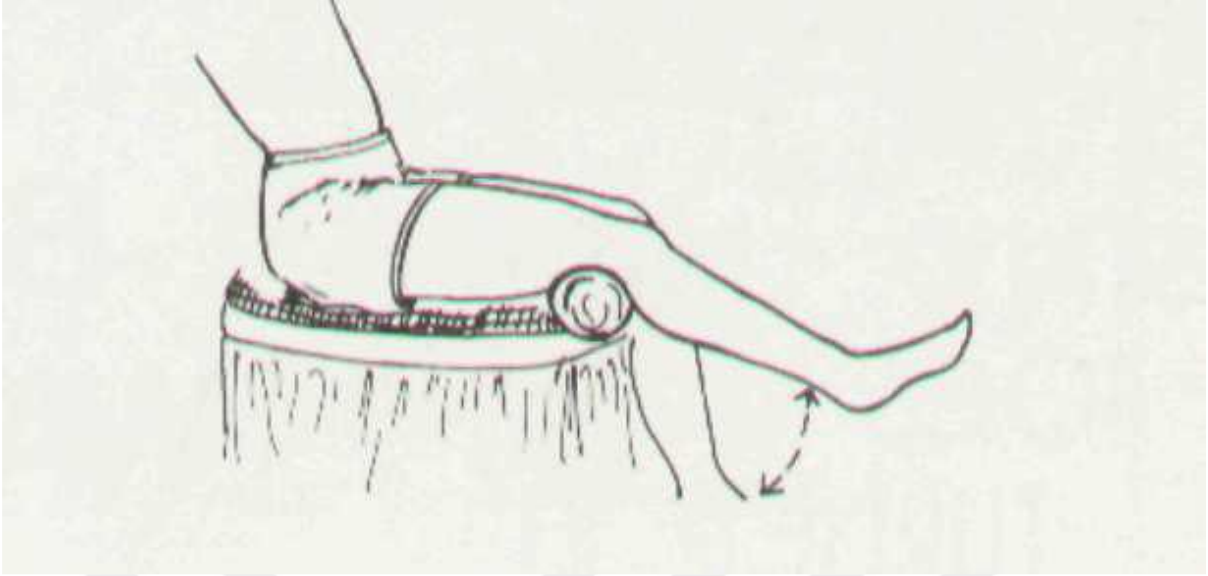
Ayak bileğini çekme: İlk önce ayak bas parmağınızı aşağıya doğru yönlendirerek eklemin dönme hareketini ve dolasını arttırın. Sonra ayak başparmağınızı kaldırın, yavaşça döndürme hareketini devam ettirin. 10 defa tekrarlayın.



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



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



- Fiziksel sınırlılıkların neler olduğu açıklanır. Kilo almaması gerektiği, günlük aktivitelerini yerine getirirken dinlenme periyotlarını planlamasının önemi ve egzersiz sırasında kendisini fazla zorlamaması gerektiği açıklanır.
- Ameliyatlı bacağa 15 dakika içinde 5-10 kez izometrik egzersiz yapması konusunda bilgi verilir. Ayrıca, ameliyatlı taraftaki ayağın dorsofleksiyona ve plantar fleksiyona getirmesinin önemi açıklanır.
- Sık sık yürüyüş yapması, yürüyüşlerini küçük adımlarla sık sık dinlenme molası vererek kendisine öğretilen araçlarla düz bir zemin üzerinde yapması gerektiği açıklanır.
- Futbol, basketbol, voleybol, tenis, jogging gibi yüksek etkili aktivitler önerilmez. Bu aktiviteler yeni kalça eklemine yapısını bozabilir ve protezin bazı parçalarının kaybına neden olabilir. Yüzme, yürüme ve yerinde sabit duran bisiklete binme kas gücünü arttıran ve önerilen egzersizlerdir.
- Kendisine verilen ambulasyon ve ağırlık taşıma programına uymasının önemi belirtilir.
- Yardımcı araçlar (yürüteç, koltuk değneği, baston kullanımı, yükseltilmiş tuvalet, banyo sandalyesi gibi) nasıl kullanabileceği belirtilir.
- Ameliyatına özgü aktivite ve egzersiz programı, merdiven çıkma, inme, ulaşım konusunda eğitim yapılır. Bacak, bacak üzerine atmaması, ayağını çaprazlamaması ve içe rotasyon yapmaması, eğilmemesi, yardımsız ayakkabı giymemesi ya da bağlamaması gerektiği açıklanır

Özellikle yaşlı bireylerde düşmeye bağlı kalça kırığı riski yüksek olduğundan, yaşlılara egzersiz programları uygulanarak, kaslarının güçlendirilmesi ve dengede kalabilmelerinin geliştirilmesi önemlidir. Villareal ve arkadaşları (2003) yaralanmaya açık 75 yaş üzeri yaşlı

kadınlara uygulanan egzersiz programı ile kemik kütlesinin geliştiği ve gücün arttığını, dolayısıyla kırık riskinin azaltılabileceğini saptamıştır (201).

* **Ağrı yönetimi:** Ağrıyı farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerle kontrol altına alma yöntemleri açıklanmalıdır. İlaçlar ve ağrıyı azaltan yöntemler (dinlenme, gevşeme, ilgiyi baska yöne çekme gibi) konusunda bilgi verilmelidir.

* **İlaçlar:** Verilen ilaçların amacı, uygulama yolu, dozu, yan etkileri ve hekime başvurması gereken konular açıklanır. Taburculuk sonrası uygulanan ilaçlar genellikle analjezikler, antibiyotikler, antienflamatuar ve antikoagülan ilaçlardan oluşmaktadır.

* **Yara bakımı:**

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

- Yara yerindeki dikişlerin ortalama 7-10 gün içinde alınacağı belirtilir.

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

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

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

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

- Kıyafetlerini giyerken düşmesine neden olabilecek önlemleri alması gerektiği,

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

- En az bir yıl boyunca çömelmemesi gerektiği,

- Ameliyat olan bacağının üzerinde üç ay boyunca dönmemesi gerektiği,

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

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

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

- En az üç ay boyunca yükseltilmiş klozet kullanması gerektiği,

- Bacaklarını en az iki ay süre ile birleştirmemesi gerektiği,
- Ameliyat olan bacağı iki ay boyunca içe ve dışa çevirmemesi gerektiği,
- Ağır yük taşımaması gerektiği, ilk üç ay en fazla bir iki kilogram ağırlık taşıyabileceği,
- Fazla ayakta kalmaması, yorulduğunu hissettiği anda oturup dinlenmesi gerektiği,
- Yemeğini kendisinin hazırlayabileceği, 15-20 dakikadan fazla hareket etmeden ayakta durmaması gerektiği,
- Araba kullanmanın en az 6 hafta boyunca kesinlikle uygun olmadığı belirtilir. Doktorunun önerisine göre genellikle 3-6 ay sonra mutlaka emniyet kemeri takarak kullanabileceği açıklanır.
- Cinsel ilişkinin ameliyattan sonra 3 ay kadar uygulanmaması gerektiği, daha sonra kontrollü bir şekilde ilişki sırasında yan yatarak, altı aydan sonra ise tamamen serbest olduğu açıklanır. En az 3-6 ay boyunca cinsel ilişki sırasında zorlayıcı aktivitlerden kaçınması gerektiği belirtilir.
- Günlük duş alabileceği belirtilir.
- Havaalanı, alışveriş merkezi gibi yerlerde manyetik kapılardan geçerken ya da herhangi bir nedenle manyetik film çekilmesi gerektiğinde protezli olduğunu belirtmesi gerektiği söylenir.
- * **Evdeki güvenlik önlemleri:** Alçak topuklu ayakkabılar giyme, zeminlerden düşmelere neden olabilecek kablo, halı, paspas vs. gibi şeylerin kaldırılması, kaygan zemin olmaması, alçak yerlere oturmaması, gerekirse banyoya tutunacak trabzanlar yerleştirilmesi gibi dikkat etmesi gereken noktalar öğretilir.
- * **Beslenme:** İyileşmeyi hızlandırmak ve konstipasyonu önlemek için protein, lif ve vitaminlerden zengin diyet alması ve kilo almadan kaçınması söylenir. Fazla kilosu olanlara beslenme uzmanı ile işbirliği yapılarak beslenme programı hazırlanır.

* **Kontrol ve iletişim:**

- İstemde yer aldığı gibi fizik tedavinin ve poliklinik kontrolünün önemi belirtilir.
- Randevu tarihi, saati ve yeri belirtilir.
- Doktor ya da klinik hemşiresi ile nasıl irtibat kuracağı açıklanır.



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
İstanbul İli Fatih Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

İSTANBUL İLİ FATİH BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ
BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - İSTANBUL İLİ FATİH
BÖLGESİ KHBGS İDARİ HİZMETLER BAŞKANLIĞI
16/01/2017 14:36 - 70794255 - 663.08 - E.627



00037432447

Sayı : 70794255-663.08
Konu : Araştırma İzni (SümeYra KOÇYİĞİT)

S.B.Ü.İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİNE

İlgi : 12/01/2017 tarihli ve 74839299-663.08-611 sayılı yazınız.

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun 02/03/2016 tarih ve 798 sayılı yazısına istinaden; bilimsel araştırma, tez, anket vb. başvuruları incelemek, görüş bildirmek, uygun görülenler hakkında sağlık tesislerini bilgilendirmek ve çalışmaların başlatılmasını sağlamak amacıyla İdari Hizmetler Başkanlığımızda "Bilimsel Komisyon" Genel Sekreterlik Makamının 08/04/2016 tarih ve 4474 sayılı onayı ile oluşturulmuştur.

İlgi sayılı yazınız ile Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans (Tezli) öğrencisi SümeYra KOÇYİĞİT'in, Doç.Dr.Hatice YORULMAZ danışmanlığında yapacağı "Kalça Kırığı Operasyonu Geçirmiş Yaşlı Hastalarda Evde Verilen Hemşirelik Bakımının Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu bilimsel çalışması bilgi güvenliği ve bilimsel çalışmanın etikliği açısından uygun olduğu tarafımıza bildirilmiştir.

Genel Sekreterliğimiz Bilimsel Kurulu tarafından 16.01.2017 tarihinde çalışma başvurusu ve ilgili dökümanlar incelenmiş olup çalışmanın başlatılması ve gerekli kolaylığın sağlanması hususunda;

Gereğini rica ederim.

Op.Dr.İdris KURTULUŞ
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkan V.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli (Fatih) Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

BİLİMSEL KURUL TOPLANTI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi :11/01/2017
Başhekim :Prof.Dr.Özgür YİĞİT
Üyeler :Dr.Emine Elvan ÇİFTLİK – Uz.Dr.Mehmet Emin PİŞKINPAŞA – Mükerrerrem ALPAK – Elif ARSLAN – Serpil KAYALI – Elif UZEL

KARAR

İstanbul Fatih Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden alınan 02/01/2017 tarih ve E. 40 sayılı yazısı ekinde bulunan Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans (Tezli) öğrencisi Sümeyra KOÇYİĞİT'in, Doç.Dr.Hatice YORULMAZ danışmanlığında yapacağı "Kalça Kırığı Operasyonu Geçirmiş Yaşlı Hastalarda Evde Verilen Hemşirelik Bakımının Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu yüksek lisans tez çalışmasını hastanemizde gerçekleştirme talebi incelenmiştir.

Adı geçenin yapacağı çalışma bilgi güvenliği ile bilimsel çalışmanın etkinliği açısından değerlendirilerek hastanemizde gerçekleştirilmesi uygun bulunmuş olup, çalışmanın gelişim aşamalarının, değişiklik durumunun ve çalışmanın sonlanma zamanı ile ilgili Bilimsel Kurulu'na bilgi verilmesine karar verilmiştir.



Prof.Dr.Özgür YİĞİT
Hastane Yöneticisi/Başhekim

Dr.Emine Elvan ÇİFTLİK
Başhekim Yardımcısı

Uz.Dr.Mehmet Emin PİŞKINPAŞA
İç Hast. Kln. Eğ. Gör.

Mükerrerrem ALPAK
İd.ve Mali İş. Müd.

Elif UZEL
Sağ. Bak. Hiz. Müd.V.

Serpil KAYALI
İd.ve Mali İş. Müd. Yar.
Eğ. Ar.Ge. Sor.

Elif ARSLAN
Sağ. Bak. Hiz. Müd. Yar.

Aslı Gibidir.
18/01/2017
Serpil KAYALI
Hastane Yöneticisi

11.ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı soyadı: Sümeyra Koçyiğit

Doğum Yeri ve Tarihi: Bakırköy/14.11.1991

Eposta Adresi: kocygitsumeyra91@gmail.com

Eğitim ve Akademik Durumu

Lise: Zühtü Kurtulmuş Anadolu Lisesi(2009)

Lisans: Halic Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu(2013)

İş Tecrübesi

Ethica İncirli Hastanesi-Cerrahi servisi Hemşireliği (2011-2013)

Küçükköy Bilge Hastanesi-Cerrahi servisi Hemşireliği (2013)

Florence Nightingale Hastanesi-Karaciğer Transplantasyon Hemşireliği (2013-2015)

Halk Sağlığı Müdürlüğü-Telsiz Asm (2015-Halen)