T.C
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK

KALÇA PROTEZİ AMELİYATI OLAN HASTALARIN BİLGİLENME GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Damla ŞAHİN

Referans no: 10115774

EDİRNE-2019

T.C
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK

KALÇA PROTEZİ AMELİYATI OLAN HASTALARIN BİLGİLENME GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Damla ŞAHİN

Destekleyen Kurum :

Tez No:

EDİRNE-2019

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmamın her aşamasında yardımını ve desteğini esirgemeyen, değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK'a, Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanılığı'na, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi ve Asistanlarına, araştırmada yer alan hastalara, çalışma arkadaşlarıma, hayatımın her döneminde varlıklarıyla bana güç veren, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen aileme sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ…….....1

GENEL BİLGİLER……..3

KALÇA PROTEZİ TANIMI VE TARİHÇESİ…….3

KALÇA PROTEZİ AMELİYATI EPİDEMİYOLOJİSİ…….....4

KALÇA PROTEZİ AMELİYATI AVANTAJLARI…….....5

KALÇA PROTEZİ AMELİYATI KOMPLİKASYONLARI…….....6

KALÇA PROTEZİ AMELİYATI ÖNCESİ HEMŞİRELİK BAKIMI……..……8

KALÇA PROTEZİ AMELİYATI SONRASI HEMŞİRELİK BAKIMI……..14

KALÇA PROTEZİ AMELİYATI OLAN HASTALARIN TABURCULUK BİLGİLENDİRİLMESİ ……..18

GEREÇ VE YÖNTEMLER……...…22

BULGULAR …….....26

TARTIŞMA…….…37

SONUÇLAR……....43

ÖZET…….....46

SUMMARY…….48

KAYNAKLAR……50

ŞEKİLLER LİSTESİ……..65

ÖZGEÇMİŞ…….....66

EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

Ark. **:** Arkadaşları

HÖGÖ **:** Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği

SPSS : Statistical Package for Social Sciences

GİRİŞ VE AMAÇ

Kişinin hareketini olumsuz yönde etkileyen durumlardan biri kalça ekleminin yapısal ve işlevsel bozukluklarıdır (1).

Kalça ekleminin insan vücudunda en fazla yükü taşıyan yapılardan biri olması aşınma ve ciddi yakınmaların oluşmasına neden olmaktadır. Kalçayı etkileyen bu yük miktarını hafifletmek, dengelemek ve ağrıya neden olan ciddi yakınmaları ortadan kaldırmak için osteotomiler, rezeksiyon artroplastileri ve kalça artrodezi gibi uygulamalar yapılmaktadır (2). Kalça artroplastisi, kalça ekleminin ciddi bir şekilde hasar görmesi ile meydana gelen yapısal ve işlevsel bozuklukların giderilmesinde, kalça eklemini oluşturan femur başı ve asetebulumun çıkartılarak hem femoral hem de asetebular protez / kalça protezi ile yeniden işlev kazandırılması veya yapılandırılması işlemidir (3). Ayrıca eklem işlevini arttırarak hastanın günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesini engelleyen hareket kısıtlılığını ortadan kaldırmak, fiziksel konforunu arttırmak, sosyal ve ruhsal anlamda da bağımsızlığını kazanmasına yardımcı olmaktır (4,5).

Kalça protezinde en temel endikasyon, hastanın yaşamını olumsuz yönde etkileyen, acı çekmesine neden olan ve konservatif tedaviye yanıt vermeyen şiddetli ağrıdır (6,7). Diğer endikasyonlar; primer ve sekonder eklem hastalıkları, artrit, osteomiyelit, femur başı avasküler nekrozu, kemik tümörleri, kalça eklemi tüberkülozu, femur boynu ve astebulum kırığı, kalça füzyonu veya psödoartrozu ve çıkıklardır (8,9).

Kalça protezi ameliyatları 1960'lı yıllardan günümüze kadar artarak gerçekleştirilmektedir (1). Türkiye'de total ve parsiyel kalça protezi oranları ile ilgili net bir bilgi olmamasına rağmen, literatürde, gerçekleştirilen total kalça protezi uygulamasının yılda 14.000 olduğu bildirilmektedir. ABD'de 1982'de 75.000 kalça protezi ameliyatı yapılmış olup bu sayı 1994 yılında 120.000'e, 2000 yılında 152.000'e, 2004 yılında 285.000'e ulaşmıştır (10). OECD 2017 verilerine göre; 2015 yılına ait en yüksek kalça ve diz replasmanı uygulanan ülkeler Almanya, Avusturya ve Belçika'dır (11). Dünyada ise yılda 1.000.000'dan fazla kalça protezi ameliyatı gerçekleştirildiği tahmin edilmektedir (10). Bununla birlikte literatürde kalça protezi ameliyatlarının ciddi komplikasyonlara (%2-8) ve mortaliteye (%1-2) neden olduğu da belirtilmektedir (4).

Kalça ameliyatı sonrası iyileşmenin sağlanması ve komplikasyonların önlenmesi için hastalara kapsamlı hemşirelik bakımı verilmesi gerekmektedir (12). Ameliyat sonrası bakım; hasta pozisyonunu, derin ven trombozu gelişiminin önlenmesini, drenlerin takip edilmesini, enfeksiyon ve dislokasyon belirtilerinin izlenmesini, mobilizasyonu, nörovasküler durum değerlendirmesini içermelidir. Ayrıca hastanın evde bakım süreci için bilgilendirilmesi bakımın sürekliliği açısından gereklidir (13). Kalça protezi uygulanan hastaların evde bakım için bilgilendirilmesi beden hareketleri, yük kaldırma, dinlenme, günlük yaşam aktiviteleri, komplikasyon belirtileri konularını içermelidir (14).

Kalça protezi ameliyatı uygulanan hastalara yönelik eğitim uygulamalarını araştıran çalışmalara bakıldığında; Asar (10) taburculuk eğitiminin total kalça protezi ameliyatı olan hastaların günlük yaşam aktivitelerine ve yaşam kalitesine olumlu etkisini; Yeh ve ark. (15) basılı materyaller ile verilen eğitimin hastaların öz yeterliliğini arttırdığını, Quintrec ve ark. (16) multi disipliner ekiple verilen eğitim sonrası anksiyetenin azaldığını ve Yoon ve ark. (17) eğitim alan kalça protezi hastalarının daha az hastanede kaldıklarını belirlemişlerdir.

Bilgilendirmede gereksinim duyulan konularda hastaların bilgilendirilmesi önemlidir. Johansson ve ark. (18) yaptığı çalışmada kalça protezi uygulanan hastaların en önemli eğitim gereksinimlerinin komplikasyonlar, belirtileri ve ilaçlar hakkında olduğunu belirlemişlerdir; ancak kalça protezi ameliyatı uygulanan hastaların bilgilenme gereksinimleri ve özellikle bu gereksinimlerin karşılanma düzeyi ile ilgili çalışmalar yetersizdir (19,20). Hastaların bilgilenme gereksinimlerinin olduğu konuların belirlenmesi ve öncelikle bu konularda bilgilendirme yapılması, hastaların kendilerine güvenini arttıracak ve bakımın etkinliğine katkıda bulunacaktır (20).

GENEL BİLGİLER

KALÇA PROTEZİ TANIMI VE TARİHÇESİ

Eklemlerde başta osteoartrit olmak üzere çeşitli nedenlerle meydana gelen hasarlar, kişinin hayatını olumsuz yönde etkilemekte ve kişinin hareketlerinde kısıtlamalara neden olmaktadır (21). Kalça eklemi femur başı, gövdesi ve asetebulum komponentlerinden oluşan top veya yuva şeklinde bir mafsal olup, güçlü kemik yapısı, kıkırdak dokusu ve ligament entegrasyonu sayesinde ağır yüklere maruz kalmasına rağmen dayanıklılığını koruyabilme özelliği mevcuttur (22). Sabit bir yapıya sahip olmakla birlikte organizmada çok çeşitli hareketlere olanak sağlayan bir mekanizmadır ve bu nedenle yaşamsal bir öneme sahiptir (23).

Kalça protezi, deformasyona uğrayan eklemin sentetik yapay bileşenler kullanılarak düşük sürtünmeli bir ortam oluşturulmasına ve böylece ekleme yeniden işlevsellik ve stabilite kazandırılmasına hareket kısıtlılığının ve ağrıların azaltılmasına veya ortadan kaldırılmasına olanak sağlayan cerrahi bir girişimdir (24,25). Kalça protezi uygulaması total ve parsiyel kalça protezi olarak iki şekilde yapılmaktadır. Total kalça protezi uygulamasında femoral baş, femoral gövde ve asetebular yapının değişimi ile gerçekleştirilmektedir (26). Parsiyel kalça protezi uygulaması genelde femur başın veya boynunun revize edilmesinde kullanılsa da femur baş ve boyun kırıklarında total kalça artroplastisi de tercih edilen yöntemler arasında yer almaktadır (27). Parsiyel kalça protezinde dislokasyon olasılığının daha az olduğu, cerrahi müdahalenin daha kısa süreli olduğu, kan kaybı ihtimalinin daha az olduğu ve buna bağlı olarak kan transfüzyon gereksiniminin az olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle parsiyel kalça protezi uygulaması genellikle yaşlı bireylerde ve düşkün hastalarda daha çok tercih

edilmektedir. Buna rağmen asetebulumda ciddi dejenaratif hasarın varlığı total kalça artroplasti endikasyonunu ortaya çıkarabilmektedir (27,28).

Kalça protezi ile ilgili cerrahi girişimlere çok eski tarihlerde gereksinim duyulmuş ve 1891 yılında femoral başın değişiminde Themistocles Glück fil dişinden yapılmış protez uygulamasını gerçekleştirmiştir (29,30). Gelişim ve değişim çabaları 1925'te de devam etmiş olup, Cerrah Morius Smith Peterson tarafından insan vücuduna biyolojik olarak elverişli cam materyal kullanılmış; fakat kalça ekleminin ağır yüke maruz kalması sonucu cam materyalin kırıldığı gözlenmiştir. Sonraki süreçte metal-metal protez kullanımı İngiliz Cerrah G. McKnee ile gündeme gelmiş ve hastalarda zamanla metal hassasiyeti açığa çıktığı fark edilmiştir (36). Brown SR ve ark. (31) metal-metal protez kullanımı ile ilgili yaptığı çalışmada 20 yılda %84, 28 yılda %74' lük yaşam süresi sonuçları ortaya konmuştur. Ortopedi de kalça cerrahisinde 1962'de büyük bir adım atılmış olup, Sir John Charnley paslanmaz çelik femoral bileşeni ve bir polietilen asetebular fincanı, kendiliğinden sertleşen akrilik sement ile sabitleyerek, ilk total kalça replasmanını gerçekleştirmiştir (29,30,32). Günümüzde kullanım alanına sahip olan ultra çok yüksek molekül ağırlıklı polietilen ve seramik-seramik yüzey kullanımları, sağ kalım süresi uzun olan ve hastanın yaşam kalitesini arttırıcı alternatifler arasında yer almaktadır (5,33).

KALÇA PROTEZİ AMELİYATI EPİDEMİYOLOJİSİ

Kalça protezi uygulamasının en sık nedeni osteoartrittir (34). Dünyada yılda 1 milyonu aşkın hastaya total kalça artroplastisi uygulanmaktadır. Bu hastaların %90' dan fazlasının tanısı osteoartrittir. Gelecekte bu sayıların obezite ve yaşlanan nüfusun artması ile çoğalacağı tahmin edilmektedir (35). Kalça kırığı vakalarının dünya genelinde 1990 yılında 1.26 milyon olduğu, 2025 yılında 2.6 milyona, 2050 yılında ise 4.5 milyona ulaşacağı ve bu veriler doğrultusunda da her geçen yıl kalça kırığına bağlı artroplasti sayısının artacağı düşünülmektedir (28,36). Türkiye' de kalça kırığı meydana gelme oranı ile ilgili herhangi bir veriye ulaşılamamıştır (37). ABD' de 100.000 kişi başına düşen kalça replasman sayısının, 1990- 2002 yılları arasında yaklaşık olarak 2 kat arttığı tespit edilmiştir (38). OECD 2017 verilerine göre ise 2015 yılında ABD'de 100.000 kişi başına düşen kalça replasman sayısının 204, Türkiye için ise 44 olduğu belirtilmektedir (11).

Kalça protezi uygulama endikasyonları arasında artritik hastalıklar (osteoatrit, romotoid artrit, jüvenil romotoid artrit vb.), travmatik kırıklar (femur fraktürü, asetebulum

kırığı), artrozlar (osteoartroz, koksaartroz), kojenital kalça çıkığı ve yaşlılıkla birlikte kemiklerde oluşan değişiklikler yer almaktadır (13,39,40,41).

Kalça protezi ameliyatlarında eklemin yeniden yapılandırılmasındaki temel amaç, hastanın ağrısının dindirilmesi, eklem ve hareket işlevselliğinin yeniden kazandırılmasıdır (2,42). Bu sayede hasta fiziksel rahatsızlığın azalması ile günlük yaşamında kendi gereksinimlerini karşılayabilir duruma gelmektedir. Bu durum hastanın kendisini huzurlu hissetmesini sağlamakta ve böylece nitelikli bir yaşam sürmesi kolaylaşmaktadır (43).

KALÇA PROTEZİ AMELİYATI AVANTAJLARI

Cerrahi alandaki teknolojik gelişmeler ile her geçen gün insan vücuduna daha uyumlu ve dayanıklı malzemeler daha az invaziv girişimlerle insan vücuduna yerleştirilmektedir (44). Bu sayede hastalar cerrahi sonrası karşılaşabilecekleri sorunları daha kabul edilebilir düzeyde karşılamaktadır. Hastaların yaşam kalitesine ilişkin hasta memnuniyet düzeylerinin yüksek olması ve uygun maliyetli bir operasyon olması bu alandaki cerrahi müdahaleleri ciddi bir yoğunluğa ulaştırmıştır (25,44). Halawi ve ark. (45) tarafından yapılan araştırmada total kalça artroplastisi sonrası hastaların memnuniyet düzeyi %89 olarak belirlenmiştir. Total kalça protezi ameliyatının ekleme kazandırdığı işlevsellik ve günlük yaşamındaki sancılı sürecin sona ermesi hastanın hayatına kazandırdığı en önemli avantajlardandır (25). Diğer yandan özellikle genç hastalarda erken mobilizasyon kişinin iş hayatına dönüş süresini kısaltmaktadır (49). Ayrıca yaşlılarda günlük yaşamda erken aktivite başlangıcı başta kalp ve akciğer fonksiyonlarının devamlılığının sağlanmasında ve basınç yaralarının önlenmesinde kişinin hayatını ciddi boyutlarda etkilemektedir (46). Kişinin hareketliliğini en kısa zamanda gerçekleştirebilmesi genç veya yaşlılarda revizyon ameliyatlarının önüne geçilmesine olanak sağlamakta ve bu durum kalça protezi ameliyatının gerçekleştirilmesinin en temel yararları arasında yer almaktadır (41). Kalça protezi çimentolu ve çimentosuz kalça protezi olarak iki şekilde gerçekleştirilmektedir. Çimentolu kalça protezinde, kemik ile protez arasına yerleştirilen polimetil metakrilat adlı madde ile yapışma sağlanır ve böylece bir uyum yakalanır (47). Çimentolu ve çimentosuz kalça protezinde hastanın yaşı önemli faktörler arasındadır. Mutlak kural olmamakla birlikte genellikle günlük yaşamda çok aktif olmayan yaşlı bireylerde kemik kalitesi çok iyi durumda olmayan osteoporozlu hastalarda çimentolu kalça artroplastisi tercih edilmektedir (48).

Çimentosuz kalça protezinde, kemik ile protez yüzeyi arasında kendiliğinden gerçekleşen biyolojik bir kaynaşma sağlanır ve doğal süreçte gerçekleşen bu kaynaşma

nedeniyle vücudun protezi yabancı bir madde olarak algılaması engellenmiş olur (47). Çimentosuz kalça artroplastisi genellikle günlük yaşamda etkin genç, kemik kalitesi iyi olan hastalarda tercih edilir. Genç ve aktif hastaların ilerleyen dönemde revizyon olasılığı mevcut olması nedeniyle kemik kütlesinin korunması daha fazla önem kazanır (48). Zhang ve ark. (49) tarafından yapılan çalışmada da özellikle yaşlı hastalarda çimentolu kalça protezi, gençlerde ise çimentosuz kalça protezinin daha uzun ömürlü hayatta kalma oranları verdiği saptanmıştır.

KALÇA PROTEZİ AMELİYATI KOMPLİKASYONLARI

En önemli ve sık karşılaşılan kalça protezi komplikasyonları venöz tromboemboli, enfeksiyon ve dislokasyon (protez kayması) olarak tanımlanmaktadır.

Venöz Tromboembolizm

Ortopedinin major cerrahisi olarak adlandırılan kalça replasman ameliyatlarından sonra ortaya çıkan derin ven trombozu ve pulmoner emboli hastanın yaşamında ciddi sorunlara yol açan hatta ölümle sonuçlanabilen istenmeyen durumlardandır (50). Ameliyat sonrası dönemde derin ven trombozu görülme oranı artmaktadır. Özellikle kalça protezi ameliyatı olan hastalarda diğer ameliyatlara oranla derin ven trombozu riski iki kat fazladır (51). Bjornara ve ark. (52) 13 yıllık kalça ve diz replasmanı geçiren hastaları cerrahi sonrası 6 ay içinde gözlemlediklerinde, %1.5'inde derin ven trombzu, %1.1'inde pulmoner emboli ve %0.6'sında ise her ikisinin de geliştiğini toplamda venöz tromboemboli insidansını %2.7 olarak saptamışlardır. Bu nedenle hemşireler kalça protezi ameliyatı sonrası hastaların alt ekstremitelerinde kızarıklık, ağrı, şişlik gibi derin ven trombozu belirteçlerini değerlendirmelidir (53). Ölümle sonuçlanabilen pulmoner emboli gelişme riskine karşı dikkatli olunmalıdır (54). Hemşireler riskleri ortadan kaldırmak veya en aza indirmek amacı ile kalça protezi ameliyatı sonrası hastaların en kısa sürede aktif hale gelmelerine ve bacak egzersizlerine başlamalarına yardımcı olmalıdırlar. Hastaların ameliyat sonrası dönemde kompresyon çorabını giymeleri hemşireler tarafından desteklenmelidir. Hemşireler tromboflaksi tedavisinin uygulanmasında özenli yaklaşım izlemelidirler (51). Özellikle kilolu hastaların venöz tromboembolizm açısından daha fazla risk taşıdığı unutulmamalıdır (55).

Enfeksiyon

Günümüzde teknolojik gelişmeler ile birlikte ortopedi cerrahisinin temel yapı taşlarından biri olan kalça replasman ameliyatları hastalara günlük yaşamlarında önemli kolaylıklar sağlasa da sonrasında gerçekleşebilen enfeksiyon, hastalara ve aynı zamanda sağlık bakım profesyonellerine zor günler yaşatmaktadır (56). Protez çevresinde meydana gelen enfeksiyon hastanın yaşamında işlevsel yetmezlik ile tekrar karşılaşmasına, dayanılmaz ağrılar yaşamasına aynı zamanda psikolojik olarak kendini güçsüz hissetmesine neden olabilmektedir (57). Farklı bir boyuttan bakıldığında, protez eklem enfeksiyonlarının hastanede yatış süresini uzattığı ve önemli ölçüde maliyet artışına neden olduğu da kaçınılmaz bir gerçektir (58). ABD' de periprostetik eklem enfeksiyonu ile ilgili yapılan çalışmada 2001 yılından 2009 yılına kadar periprostetik eklem enfeksiyonuna bağlı mali yükün yaklaşık olarak iki kat arttığı saptanmış olup, 2020 yılında ise 1,62 milyar doların üzerinde olacağı düşünülmektedir (59). Bu nedenlerden dolayı ameliyat öncesi risk etmenlerinin tanımlanması enfeksiyon oluşumunun önlenmesine büyük katkı sağlamaktadır (60). En önemli risk faktörleri; obezite, daha önce geçirilmiş protez enfeksiyonu, vücudun savunma sisteminde yetmezliğe (diyabet, romatoit artrit immün sistem baskılayıcı tedavi) neden olabilen hastalık ve tedaviler olarak sıralanabilir (61). Dowsey ve ark. (62) tarafınadan yapılan çalışmada kalça replasman operasyonu sonrası normal kilodaki insalara oranla obezlerde enfeksiyon riskinin daha yüksek ve %1.0 olduğunu, kilolu kişilerde ise %0.9 oranında akut enfeksiyon ortaya çıktığını gözlemlemişlerdir. Mayo Clinic Rochester'da 1996-2004 yılları arasında yapılan çalışmada romotoid artrit tanısı ile total eklem cerrahisinde protez eklem enfeksiyonunun 657 cerrahinin %3.7sinde ortaya çıkmış olup bunların %2.2'si bir yıl içinde meydana gelmiştir. Tekrarlanan operasyonlarda da enfeksiyon görülme olasılığının arttığı saptanmıştır. İlk defa yapılan ameliyatlarda oran %2.0 iken tekrarlayan operasyonlarda %5.9 olduğu gözlenmiştir. Daha önce protez eklem enfeksiyonu geçiren kalça ekleminde %52.2 enfeksiyon olasılığı saptanmıştır (63). Kalça replasman cerrahisinden sonra ilk 3 ayda meydana gelen enfeksiyonlar erken enfeksiyon, 3 ay ile 1 yıl arasında gelişenler gecikmiş enfeksiyonlar ve 1 yıldan sonra açığa çıkanlar ise geç enfeksiyon olarak adlandırılmaktadır (64,65). Enfeksiyon gelişiminin önlenmesinde cerrahi alanda uygun aseptik koşulların sağlanması önemlidir. Aynı zamanda hemşireler ameliyat öncesinde hastalara profilaktik antibiyotik uygulamaya dikkat etmelidirler. Hemşireler hastaların sağlık öyküsünü alırken, ameliyat öncesi riskli durumları belirlemeli ve özenli ve disiplinli bir yaklaşımla bakımı planlamalıdırlar (56).

Dislokasyon (Protez Kayması)

Dislokasyon, hastada fonksiyonel kayba neden olduğu gibi hastaların yaşamını da tehdit eden acil müdahale gerektiren ciddi komplikasyonlardandır (66). Protez kayması ameliyat sırasında yerleştirilen malzemenin gereken boyutta olmaması ya da uygun yerleştirilememesi, ameliyat sonrası dönem bakımında gerekli önlemlerin alınmaması ve hastanın kısıtlı bir yaşam biçimine sahip olmasından kaynaklanabilmektedir (67). Protezin yerinden çıkmasının çoğunlukla ilk 3 ayda gerçekleştiği belirtilmiştir. Meek ve ark.'nın (68) Nisan 1989 ile Mart 2004 yılları arasında yaptığı çalışmada, 62,175 total kalça yenileme cerrahisi sonrası protezin yerleştirildiği yerde sabit kalmaması ile ilgili yıllık % 0.9'luk görülme sıklığı ve 2.yılın sonrasında çıkma olasılığında nicelik olarak bir artış gözlemlemişlerdir. Ameliyat sonrası dönemde hemşirelik bakımı dislokasyonu önlemede kritik öneme sahiptir. Hastalara ameliyat sonrası doğru pozisyon verilmesi, protez yerleştirilen eklem üzerine yük verilmemesi, kalçanın 90 dereceden fazla fleksiyonundan kaçınılması, ameliyat sonrası dönemde hastanın bacakları arasına yastık yerleştirilmesi, hastanın kendisi ve ailesinin bu konuda bilgilendirilmesi en etkin girişimler arasındadır (69). Bozic ve ark. (70) tarafından 2005-2006 yılları arasında yapılan araştırmada yerleştirilen protezin yer değiştirmesi/çıkması (%22,5), protezde mekanik olarak gevşeme meydana gelmesi (%19,7) ve enfeksiyonun gelişmesi (%14,8) olarak gözlemlenmiştir.

KALÇA PROTEZİ AMELİYATI ÖNCESİ HEMŞİRELİK BAKIMI

Hemşireler ameliyat öncesinde bakım konusunda hastaya özenli destek ve gereksinim duyduğu bilgileri vererek hastanın ameliyat yerinde ve genel durumunda oluşabilecek muhtemel istenmeyen durumlarla baş edebilmesine yardımcı olmaktadır (71). Kalça protezi ameliyatı öncesi etkin bir hemşirelik bakımının amacı hastaların fizyolojik ve psikolojik iyileşme dönemine katkı sağlayarak yaşam kalitesini arttırmaktır (72).

Psikolojik Hazırlık

Kalça protezi ameliyatı öncesi hastalarda diğer ameliyatlarda olduğu gibi ölüm korkusu, vücudunun zarar göreceği korkusu, anestezi ve cerrahi ile ilgili endişeleri, günlük yaşamdaki işlevselliğini ve cinsel fonksiyonunu kaybedeceği korkuları ve özellikle ağrı ve sakat kalma korkuları endişeye neden olabilmektedir (73,74). Hastaların bu şekilde yaşadığı endişeler anesteziyi, cerrahiyi ve ameliyat sonrası süreci olumsuz yönde etkilemekte,

komplikasyonların görülme riskini arttırmaktadır (73,75). Kalça ve diz artroplasti cerrahisi olan hastaların incelendiği araştırmada ameliyat öncesi endişe düzeyi yüksek olan hastaların ameliyat sonrası iyileşme süresinin uzadığı belirlenmiştir (76). Hastaya ameliyat öncesi bilgi verilmesi ve uygulanan her girişimde açıklama yapılması hastanın endişe düzeyini azaltmaktadır (77). Ameliyat öncesi dönemde hastaların % 60-80'inin endişe yaşadığı belirtilmektedir (78). Bu aşamada hemşirelere büyük ölçüde sorumluluklar yüklenmektedir. Hemşireler hastanın ve ailesinin deneyimlediği cerrahi müdahalelerini ve yaşadığı olumsuz bir durum olup olmadığını, beklentilerini sorgulayarak hastanın gereksinimlerini belirlemelidir (79). Ameliyat öncesi sistemli bir eğitim programı ile hastanın ve ailesinin gereksinimlerine yanıt bulmalı ve ameliyat sonrası gelişebilecek sorunlar ile baş edebilmesinde hastaya destek olarak endişe düzeyini en aza indirmelidir. Endişe düzeyinin azaltılmasında en önemli nokta hemşireler tarafından bireyselleştirilmiş ve bütüncül yaklaşılması, hastalara rehber olarak bakım verilmesidir (79,80).

Fizyolojik Hazırlık

Fizyolojik hazırlık hasta öyküsünü ve kapsamlı muayenesini içeren, aynı zamanda hemşirelik bakımının planlanmasına kılavuzluk eden kapsamlı bir süreçtir. Bu süreçte; hastaların yaşı, beslenme durumu, alerjileri, ağrısı, enfeksiyon varlığı, sigara ve ilaç kullanımı ve sistem fonksiyonlarının işlevselliği hakkında bilgi sahibi olunmalıdır (81). Kalça protezi ameliyatı öncesi, diğer ameliyat öncesi dönemlerde olduğu gibi, hastaların tam kan sayımı, böbrek testleri, karaciğer testleri, kan grubu ve hepatit testleri ve idrar tahlili yapılmalı, akciğer filmi ve elektrokardiyografileri değerlendirilmelidir (82).

İlerleyen yaş ile birlikte hastalarda fonksiyonel kayıplar meydana gelmekte ve kronik hastalıklar daha fazla görülmektedir. Bu durum yaşlı hastaların ameliyat sonrası komplikasyon riskini arttırmaktadır. Özellikle kalça protezi ameliyatı sonrası yaşlı hastaların aktivite kısıtlılığı sistem işlevselliğinin geri kazanımında gecikmelere neden olmaktadır (83). Yaşlı hastalarda daha sık görülen beslenme yetersizliği ameliyat sonrası enfeksiyon riskinin artmasına neden olmaktadır (84,85). Aynı zamanda kemik kalitesindeki azalma yaşlı hastaların ameliyat sonrası dönemde pozisyon değişikliği ve rehabilitasyon döneminde daha dikkatli bir hemşirelik bakımını gerektirmektedir (84).

Ameliyat öncesi dönemde hastaların beslenme durumu değerlendirilmelidir. Beslenme durumu yetersiz olan hastalarda ameliyat sonrası yara iyileşmesi gecikmekte ve komplikasyon riski artmaktadır (86). Bu nedenle hemşireler beslenme yetersizliği olan hastaların ameliyat öncesi dönemde protein ve karbonhidrat ağırlıklı, vitamin ve mineral içeriği zengin besinler

almasını desteklemeli ve hastanın kilo takibini yapmalıdırlar (87). Aynı zamanda hastalara karbonhidrat, yağ ve protein içeriği zengin sıvı kıvamda oral ürünler de önerilmektedir (86). Oral alamayan hastaların parenteral veya enteral olarak beslenmesi sağlanmalıdır (88). Ameliyat öncesi dönemde beslenme yetersizliğinin giderilmesi, ameliyat sonrası hastanın iyileşme sürecine olumlu katkı sağlamaktadır (87). Aşırı kilolu hastalarda da yağ dokusu miktarının fazla olması ameliyat sonrası yara iyileşmesini geciktirmekte ve yaranın açılmasına neden olmaktadır (89). Aynı zamanda aşırı kilo hastanın ameliyat sonrası dönemde sistem fonksiyonlarının etkinliğinde azalmaya neden olarak kardiyolojik, pulmoner ve diğer sistem komplikasyonlarına yol açmaktadır (89,90). Artmış komplikasyon riskinin rehabilitasyon döneminin uzamasına neden olduğu belirtilmektedir (91). Hemşireler, ameliyat öncesi dönemde, hastaların kilosunu değerlendirmeli ve kilolu hastaların hekim kontrolünde diyet ve fiziksel aktivite ile zayıflamasını desteklemelidir (90).

Ameliyat öncesi dönemde hastaların sigara kullanma alışkanlığının öğrenilmesi ameliyat öncesi, sırası ve sonrası hemşirelik bakımının planlanmasında önemlidir. Sigara kullanımı kardiyak, pulmoner ve diğer sistem fonksiyonları için risk oluşturmaktadır. Sigara hastaların bağışıklık sistemini etkileyerek ameliyat sonrası dönemde yara iyileşmesinde sorunlar ile birlikte enfeksiyonlara yatkınlığı arttırmaktadır (92,93). Sakai ve ark. (94) tarafından yapılan çalışmada sigara içiminin cerrahi sonrası süreçte yara iyileşmesini geciktirdiği belirlenmiştir. Aynı zamanda karaciğerde ilaç emilim işlevselliğini bozarak ağrı ve sedasyon sürecinde daha fazla ilaç kullanımına neden olmaktadır. Ameliyattan 6-8 hafta önce sigaranın bırakılması konusunda hasta bilgilendirilmeli ve zararları anlatılmalıdır (92,93). Alkol kullanımı da sigara kullanımında olduğu gibi hastanın sistem fonksiyonları için risk oluşturmaktadır (95). Aynı zamanda alkol anestezik ajanların işlevselliğini azaltmaktadır. Hemşireler hastaların ameliyat öncesi alkol öyküsünü sorgulamalı ve alkolün bırakılması konusunda hastaları bilgilendirmelidir (69,95).

Kalça protezi ameliyatı olacak hastalarda ameliyat öncesi ağrı, hastalara ameliyat kararı aldırabilecek kadar ciddi boyutlara ulaşabilmektedir (96). Ağrı hastanın mutsuz, çaresiz ve umutsuz hissetmesine neden olmaktadır. Aynı zamanda ağrı hastanın yaşam kalitesini azaltmaktadır (97). Hastanın ağrısının ameliyat öncesi dönemde değerlendirilmesi ve bakım uygulamalarının planlaması önemlidir. Hastanın ağrısının dindirilebilmesi için ağrı kesici tedaviye ameliyat öncesi dönemde başlanıp ameliyat sırası ve sonrasında da devam edilmesi gerektiği belirtilmektedir (98). Hastaya ameliyat öncesi dönemde masaj, gevşeme teknikleri, fizyoterapi, pozisyon değişikliği, dikkati başka yöne çekme gibi farmakolojik olmayan

yöntemler öğretilmelidir (99). Hekim istemi doğrultusunda doğru zaman ve dozda analjezik uygulaması ise farmakolojik tedavi kapsamında yer almaktadır (98).

Hastanın sürekli kullandığı ilaçlar ameliyat öncesi dönemde sorgulanmalıdır. Ameliyat öncesinde kullanılan ilaçlar anestezi ilaçları ile etkileşme girerek hastalar için riskli sonuçlara yol açabilmektedir (81). Antikoagülan ilaç kullanımı hastalarda kanamalara neden olabilmektedir (100). Steroid kullanımı hastanın bağışıklık sistemini etkileyerek hastaları enfeksiyonlara daha yatkın hale getirmekte ve ameliyat sonrası yara iyileşmesinde sorunlara yol açabilmektedir. Aynı zamanda steroidler hastada kanama ve hiperglisemiye neden olabilmektedir (81). Oral antidiyabetikler hipoglisemiye neden olabilmektedir. Bu nedenle oral antidiyabetikler ameliyattan bir gece önce kesilerek hastanın kan glikoz seviyesi insülin ile dengelenmeye çalışılmalıdır. Ameliyat sürecinde hastanın kan glikoz düzeyinin 200mg/dl'nin altında tutulması önerilmektedir (101). Ameliyat öncesi dönemde hastanın bırakması ve devam etmesi geken ilaçlar hekim kontrolünde belirlenmeli ve bu konuda hasta bilgilendirilmelidir (102).

Hemşireler hastanın hipertansiyon, göğüs ağrısı, ritm bozukluğu, geçirilmiş miyokard infarktüs öyküsü, kalp ile ilgili herhangi bir cerrahi öyküsü ve kalp rahatsızlığı için ilaç kullanımının mevcut olup olmadığı ile ilgili bilgi almalıdır (103). Ekstremitelerde ödem, ısı ve renk değişimi, nabız ve iki koldan kan basıncını değerlendirmelidir (104). Hastanın kojenital kalp hastalığı varlığı cerrahi süreçte endokardit riskini arttırabileceği düşünülerek, profilaktik antibiyotik uygulamasının bu hastalarda daha büyük önem taşıdığı unutulmamalıdır (105). Hemşireler cerrahi hazırlık sürecinde her hastanın kalp grafisini çekerek hastanın kalp ritmi ile ilgili bilgi sahibi olmalıdır (104).

Hemşireler hastaların solunum derinliği hızı ve ritmini değerlendirmelidir. Hastaların hırıltılı solunum, öksürük, balgam, hemoptizi, dispne gibi şikayetlerini sorgulamalıdır (106). Geçirilmiş solunum yolu cerrahilerine ilişkin bilgi alınmalıdır. Hastaların astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, sigara içme öyküsünü öğrenilmeli ve sigara kullanılmaması konusunda bilgilendirme yapılmalıdır (107). Hastanın akciğer fonksiyon testleri yapılmalı ve kan gazı sonuçları değerlendirilmelidir (108). Kronik ya da akut solunum yolu enfeksiyonu varlığı hastanın cerrahi sonrası süreçte sekresyon atılımında sorunlar yaşamasına neden olacaktır. Bu nedenle ameliyatın enfeksiyon tedavi edilene kadar ertelenmesi büyük önem taşımaktadır (69). Birçok ilacın metabolize olması ve zararlı maddelerin atılması böbrekler ile sağlanmaktadır. Aynı zamanda böbrekler sıvı elektrolit dengesinin sağlanmasında görev almaktadır (109). Bu nedenle ameliyat öncesi böbrek işlevselliğinin değerlendirilmesi

ameliyat sonrası bakımın planlanmasında yaşamsal önem taşımaktadır. Kalça protezi ameliyatı sonrası hastalar genellikle ağrı hissetmektedirler. Ağrının değerlendirimesi ve uygun yöntemin belirlenmesinde hastanın renal sistem işlevselliğine uygun ağrı kesicinin tercih edilmesi önemlidir (110). Hemşireler ameliyat öncesi dönemde hastanın renal sisteme ilişkin cerrahi öyküsünü, idrar miktarını, rengini sorgulamalıdır. Hastanın serum kreatinin ve kan üre azotu değerlendirilmeli ve idrar tahlili yapılmalıdır (111). Nörolojik fonksiyon bozukları hemşirelik girişimlerinin planlanmasında, anestezi tercihinde, yapılacak testlerin seçiminde belirleyicidir (112). Hastanın sağlık öyküsü alınırken sorulara verilen cevaplar, genel duruşu, hareketleri ile mental durumu hakkında bilgi sahibi olunmalıdır. Kalça protezi ameliyatı sonrası özellikle hastaya pozisyon verirken ve mobilize ederken hasta öyküsü doğrultusunda bakım planlanmalıdır (113). Diyabetik hastalar, ameliyat sonrası dönemde yara iyileşmesinin uzun sürmesi ve enfeksiyon açısından risk altındadır (81,101). Hipertiroidizm veya hipotirodizm mevcut ise, hasta ötiroid hale gelene kadar ameliyat ertelenmelidir (101). Tiroid fonksiyonlarındaki bozukluklar hastalarda ameliyat sonrası kardiyak arreste neden olabilecek kadar ciddi boyutlara ulaşabilmektedir (81). Kas iskelet sistemi fonksiyonlarında hastanın hareket kapasitesi ve kısıtlılıkları değerlendirilmelidir (114). Özellikle yaşlı hastalar kemik dokusundaki kayıplar ve fiziksel aktivite kapasitesinde azalma nedeniyle daha büyük risk altındadır (115). Hastanın bağımlı ya da bağımsız hareket yeteneği ameliyat sırası ve sonrasında hastaya pozisyon verilmesi, ameliyat sonrası kullanacağı yardımcı aletlerin ve egzersiz programının belirlenmesinde etkilidir (69).

Ameliyat Öncesi Bilgilendirilme

Hasta eğitimindeki temel amaç hastanın korkularını azaltarak yaşadığı anksiyete düzeyinin en aza inmesine, kendi bakımında etkin rol almasına ve böylece ameliyat sürecinde ve sonrasında gelişebilecek sorunlarla daha kolay baş edebilmesine yardımcı olmaktır (79). Aynı zamanda ameliyat öncesi dönemde hastaların bilgilendirilmesi hastane yatış süresini kısalttığı belirtilmektedir (17). Ameliyat öncesi dönemde hastaya kalça eklem yapısı ve ekleminde meydana gelen hasar, uygulanacak protez ameliyatı, bu ameliyatın amacı ve sonrasında gelişebilecek komplikasyonlar, ameliyat sonrası dönemde dren olabileceği, ameliyat sonrasında pozisyonu ve bacakları arasına yastık koymanın gerekliliği, yardımcı araçla (koltuk değnek ve yürüteç) yürüme şekli, kalça fleksiyonunun 90 dereceden fazla olmaması gerektiği anlatılmalıdır. Bilgilendirmede önemli noktalardan biride ameliyat sonrası uygulanacak egzersizlerdir. Hastadan uygulaması istenen egzersizler ise, derin solunum ve

öksürük egzersizleri, yatak içi dönme ve ekstremite egzersizleri, izometrik kalça ekstansiyonu, kuadriceps, gluteal ve abdüksiyon egzersizleridir (116,117).

Yasal hazırlık, her ameliyat öncesi süreçte gerçekleştiği gibi kalça protezi ameliyatı öncesi de gerçekleşmesi gereken önemli bir süreçtir. Bilgilendirilmiş izin hastaya uygulanacak girişimler ile ilgili hem hasta hem de sağlık bakım profesyonelleri açısından yasal bir güvence anlamına gelmektedir. İzin formunda en temel amaç hastaya gerek duyduğu bilgileri hastanın anlayacağı şekilde anlatabilmektir (118). Bilgilendirilmiş izin hastaların yaşayacağı deneyimi en iyi şekilde anlayarak gönüllü şekilde kabul etmesini sağlamaktadır. Bilgilendirilmiş izin hastadan hekimler tarafından alınmaktadır ve hemşireler hasta dosyasında varlığını kontrol etmektedir (69,118).

Ameliyat Öncesi Gece Hazırlığı

Kalça protezi ameliyatı olacak hastaların ameliyat öncesi gece hazırlığı cilt hazırlığı, gastrointestinal sistem hazırlığı, anestezi hazırlığı ve dinlenme ve uykunun sağlanması olarak gerçekleşmektedir (87).

Kalça protezi ameliyatında hastanın hayatında ciddi sorunlara yol açan ve hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen en önemli faktörlerden biri de protez enfeksiyonudur. Hastanın ameliyatının tekrarlanmasına, ağrılarının devam etmesine ya da yürüyememesine neden olabilmektedir (119). Hastanın ameliyat öncesi cilt temizliği enfeksiyonu önlemek amacı ile antiseptikli duş veya banyo bir gece önce veya ameliyat sabahı önerilmektedir. Cerrahi öncesi duş veya banyo yapmaktaki en temel amaç, hastanın cildi üzerinde yer alan mikroorganizma sayısını azaltarak enfeksiyona karşı önlem almaktır. Önerilen ve etkinliği savunulan antiseptik ajan klorheksidin glukonattır (120). Hastalıklardan Korunma ve Hastalıkların Önlenmesi Merkezi (The Centers for Disease Control and Prevention-CDC) kategori IB' düzeyi ile hastaların cerrahiden en az 1 gün önce antiseptik bir solüsyonu duş /banyo sırasında uygulamasını tavsiye etmektedir (121). Cerrahi öncesi, duş/banyo sırasında şampuan ve diğer bakım ürünlerinin klorheksidin glukonat ile teması sonrası antiseptik etkiyi azaltabileceğinden tercih edilmemelidir. Klorheksidin glukonatın göz ile teması korneada hasara, kulak ile teması geçici duyma kaybına neden olabileceğinden duş sırasında kullanılırken dikkatli olunmalıdır. Cerrahi öncesi tüy temizliği de enfeksiyonu önleme açısından önem taşımaktadır. Cerrahi Alan Enfeksiyon Rehberi'ne göre cerrahi öncesi kıl temizliği cerrahi alan enfeksiyonuna neden olabilecek önemli etkenler arasında yer almaktadır (122). Tüy temizliğinin nasıl ve ne ile yapıldığına dikkat çekilmektedir. Örneğin

jilet vücutta küçükte olsa kesiklere ve yaralanmalara neden olduğu için, onun yerine elektrikli tüy temizleyici (clipper) ya da tüy dökücü kremler kullanılmalıdır. Tüy dökücü kremler bazı hastalarda hassasiyete neden olabileceğinden öncesinde alerji testi yapılmalıdır. Eğer tüy temizliği gerekli değilse yapılmaması enfeksiyonu önleme açısından daha uygundur (123).

Kalça protezi ameliyatı olacak hastalara genel anestezi uygulanacak ise besin sıvı alımı genel olarak ameliyattan 8-10 saat önce kısıtlanmaktadır (87). Güncel veriler ışığında hastaların anesteziden 2 saat öncesinde su ve su gibi berrak sıvılar, sütsüz kahve, posasız portakal suyu, açık çay içebileceği, anesteziden 6 saat öncesinde süt ve katı gıdalar yiyebileceği belirtilmektedir (124,125). Ayrıca hastaların ameliyat günü çiklet çiğnemesi yutma ihtimali nedeniyle önerilmemektedir. Hastaların kullanması gereken oral ilaçlarını içerken 30 ml su içmesine izin verilmektedir (124).

Ameliyattan önceki gece hasta anestezist tarafından ziyaret edilerek hastanın soruları cevaplanmalı ve psikolojik olarak rahatlamasına yardımcı olunmalıdır (82). Anestezist hastanın sistem fonksiyon testlerini incelemeli ve değerlendirerek uygulayacağı anestezi türünü belirlemelidir (87).

Ameliyattan önceki gece hastaların yeterli dinlenme ve uykusu sağlanmalıdır. Bu amaçla hastaların korkularını açıklamasına yardımcı olunmalı soruları cevaplanmalıdır (106). Oda havalandırılmalı, gürültüsüz bir ortam sağlanmalıdır (126). Hastanın kaygı düzeyi uyumasına engel oluyorsa hekim istemine göre rahatlatıcı ilaçlar uygulanmalıdır (104). Kalça protezi ameliyatı öncesi hastalar genellikle ağrı çekmekte ve bu sorun hastaların ameliyat öncesi dönemde yeterli uyku ve dinlenme aktivitesine engel olabilmektedir. Hemşireler hastaların ağrısını fark edebilmeli, önemsemeli ve değerlendirmelidir. Hastanın dikkati başka yöne çekilmeli, gevşemesi ve pozisyon değişikliği sağlanmalıdır. Hastanın ağrısı devam ediyorsa hekime bildirilmeli ve direktife göre analjezik uygulanmalıdır (98).

KALÇA PROTEZİ AMELİYATI SONRASI HEMŞİRELİK BAKIMI

Hastaların ameliyat sonrası dönemde bakımında hemşirelik girişimleri önemli bir yere sahiptir. Hemşireler etkin ve disiplinli yaklaşımla hastaların iyileşme sürecini destekleyen hemşirelik girişimleri ile olumlu sonuçlar ortaya koymaktadırlar (127).

Kalça protezi ameliyatı sonrası hastanın kan basıncı, nabzı, ağrısı, solunumu, sıvı elektrolit dengesi, kandaki oksijen seviyesi kardiyovasküler fonksiyonlar açısından izlenmesi gereken en önemli ölçütlerdendir (128). Ameliyat sonrası gelişen akut hipertansiyon serabral iskemiye, cerrahi yara yeri kanamalarına ve pulmoner konjesyona neden olabilmektedir (129).

Bu nedenle hemşireler ameliyat sonrası dönemde düzenli kan basıncı takibi yapmalı ve hastanın yara yerini ve drenlerini izleyerek kanama açısından değerlendirmelidir (128,130).

Kalça protezi ameliyatı sonrası hastalar genel olarak ağrı yaşamaktadırlar. Ameliyat sonrası ağrı sempatik sistemi uyarabileceğinden hemşireler hastanın ağrısını düzenli aralıklarla değerlendirmelidir (90,131). Kalça protezi ameliyatı sonrası ağrı hastalarda hem fizyolojik hem de psikolojik yıkımlara neden olmaktadır. Bu nedenle ameliyat sonrası hemşirelik bakımının en önemli girişimlerinden biri de ağrının giderilmesidir (131). Hastanın ameliyat sonrası ağrı ifade etmesi ya da hemşire tarafından hastanın ağrı çektiğinin gözlenmesi ağrı yönetiminin gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır. Her hastanın ağrıyı ifade etme şekli farklı olabilmekte ya da hasta ağrısını ifade etmemektedir, bu nedenle hemşirelerin bireysel bakım yaklaşımı ile ağrıyı doğru tanılayıp, kontrol altına alabilmesi önemlidir (132). Ağrıyı gidermede farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler kullanılmaktadır. Kalça protezi ameliyatı sonrası daha hızlı ve etkili olması nedeniyle ilk tercih edilen farmakolojik yöntemlerdir. Farmakolojik olarak, opioid ve nonopioid ağrı kesiciler kullanılmaktadır. Hemşireler gevşeme, pozisyon verme, rehabilitasyon, masaj, dikkati başka yöne çekme gibi farmakolojik olmayan yöntemleri de etkin bir şekilde kullanabilmelidir (84,131). Hemşireler hastaya analjezik uygularken doğru zaman ve doğru dozda uygulamalı, ilacın etkinliğini değerlendirmeli ve analjeziğin neden olabileceği yan etkilere karşı dikkatli olmalıdır (90).

Ameliyat sonrası hemşireler anestezi ilaçlarının hastanın solunum derinliğinde azalma, hipoksi, bronşlarda sekresyon artışı, hipoventilasyon, atelektazi ve enfeksiyon gibi olumsuz sonuçlara neden olabileceğini bilmelidir (90,133). Kalça protezi ameliyatı sonrası kullanılan ağrı kesicilerin özellikle yaşlı hastalarda neden olabileceği solunumsal yan etkilere karşı dikkatli olunmalıdır (84). Ameliyat sonrası dönemde sekresyon atılımını kolaylaştırmak için hemşireler hastanın derin solunum egzersizleri uygulamasına ve spirometre kullanmasına yardımcı olmalıdırlar. Aynı zamanda hastanın erken dönemde hareketi sağlanmalı ve sıvı alımı desteklenmelidir (90,133). Hastaların ameliyat sonrası 6-8 saat, en geç 12 saat içerisinde idrar çıkışının olması gerekmektedir (130,134). Hastalarda ameliyat sonrası idrar retansiyonu ve idrar yolu enfeksiyonu anestezik ilaçlara, yatak istirahatine bağlı böbreklere olan kan akımının azalması nedeniyle görülen en önemli renal sorunlardır (90). Bu nedenle kalça protezi ameliyatı sonrası hemşireler erken dönemde hastanın yatak içi egzersizlerini yaptırmalı ve ayağa kalkmasını desteklemelidirler (135).

Kalça protezi ameliyatı sonrası hasta yatağa alındığında hastanın etkilenmiş bacağında hissetme duyusu ve dolaşımı hemşireler tarafından değerlendirilmelidir (136,137). Protez

yerleştirilen bacakta analjezik ilaçlara rağmen geçmeyen ağrı, ödem, his kaybı, kaslarda güçsüzlük, pasif hareketlerde ağrı ciltte soluk bir renk ve soğukluk gibi belirtiler nörovasküler sorunlar ifade etmektedir (137). Bu belirtilerin takibini yapabilmek ve erken tanılama hemşirelik bakımında ayrıcalıklı bir yer tutmaktadır (138). Bunun nedeni gecikmiş tanılama ve fark edilmeyen durumlarda hastada uzuv kaybı gerçekleşebilmekte, hatta bu durum ölümle sonuçlanabilmektedir (139). Olumsuz sonuçları önlemek için hastaların nörovasküler değerlendirme belirteçleri 1-2 saatte bir gözlenmelidir. Hastalara varis çorabı ameliyat sonrası dönemde dolaşım bozukluklarını engellemek amacıyla önerilmektedir. Hemşireler hasta ve ailesine varis çorabı giymenin ve kullanmanın önemi ve gerekliliği konusunda bilgi vermelidir (137).

Kalça protezi ameliyatı sonrası hastaya uygun pozisyonun verilmesi ve doğru zaman aralıklarında pozisyon değişikliği yapılması gerekmektedir. Özellikle hastanın ameliyat yeri güvenliğini sağlama, ağrıyı azaltma, basınç yaralarını ve sistem komplikasyonlarını engellemek için hastaya uygun pozisyon verilmesi hemşirelik bakımının planlanmasında önemlidir (140). Ameliyat sonrası hastanın bacakları arasına yastık yerleştirerek 3 kişinin yardımı ile dikkatli bir şekilde yatağa alınmalıdır. Hastanın protez yerleştirilen bacağının abdüksiyonda olması sağlanarak, hastaya ve ailesine bu pozisyonun önemi hemşireler tarafından anlatılmalıdır (140,141). Ayrıca hastanın pozisyon değişikliği yapılırken protez yerleştirilen ekleme ağırlık verilmemeli, ameliyat olmayan bacak tarafına doğru hasta yan çevrilerek gerçekleştirilmelidir. Kalçanın fleksiyonundan kaçınılmalıdır. Bütün bu önlemlerdeki en temel amaç, hastanın yerleştirilen protezi için güvenli bir ortam sağlamaktır (43).

Hemşirelerin en önemli sorumluluklarından biri ameliyat sonrası yara yeri ve dren takibidir. Ameliyat sonrası hastanın yara yeri gözlenmeli pansumanın ıslak olup olmadığı kontrol edilmelidir. Islaklık mevcut ise akıntının rengi, miktarı ve drenajın tipi değerlendirilmelidir (142). Yara yeri saatte bir kanama açısından izlenmeli, kanama mevcut ise ilave baskılı pansuman eklenmeli, kayıt altına alınarak hekime haber verilmelidir (142,143). Hemşireler dren takibi yaparken gelen sıvının rengini miktarını saatte bir kontrol ederek kayıt altına almalıdır. Hemovak drenden ilk 8 saat sonunda gelen sıvı miktarı 300 ml'den fazla ve 48 saat içerisinde 25-30 ml'den az olmamalıdır. Hemşireler drenin kalıcı olmadığını hastaya anlatarak hastanın endişe düzeyini azaltmalıdırlar (144). Ameliyat sonrası yara yerinin açılmasını engellemek için hastaların rehabilitasyon sürecinde zorlayıcı hareketler yapmaması sağlanmalıdır (143).

Hastanın yaşamsal fonksiyonlarını en kısa sürede kazanmasına yardımcı olmak için ameliyat öncesi öğretilen egzersizlerin ameliyat sonrası dönemde düzenli bir şekilde uygulaması sağlanmalıdır (145). Hemşireler hastanın ilk olarak derin solunum ve öksürük egzersizlerini her 2 saatte bir yapması için hastaya yardımcı olmalı ve hastanın ailesi ile işbirliği yapmalıdırlar. Egzersizler ameliyat sonrası hastanın sekresyonu atmasında ve akciğer kapasitesini arttırmasında etkili olmaktadır ve böylece solunum sistemi işlevselliğinin devamlılığında hastaya kolaylık sağlamaktadırlar (1). Yatak içi dönme ve ekstremite egzersizleri hastanın dolaşım fonksiyonlarının sürdürülmesinde etkilidir. Özellikle kalça protezi ameliyatı sonrası derin ven trombozu, emboli gibi yaşamını tehdit eden olası dolaşım komplikasyonlarını elimine etmede önemli bir yer tutmaktadır (1,43). Hastanın ameliyattan sonra ilk gün kuadriceps ve gluteal izometrik egzersizleri, ayak bileği dorsafleksiyon, abdüksiyon ve pasif düz bacak kaldırma egzersizlerini uygulaması kas güçsüzlüğünün önlenmesi ve hareket fonksiyonlarının daha kısa sürede kazanılması açısından önemlidir (43,146). Ayrıca ameliyat sonrası yapılan egzersizlerin ağrı yönetiminde de etkili olduğu, hastanede kalış süresini kısaltıp, olası sorunlarla baş etmede hastaya yardımcı olduğu bilinmektedir. Hemşireler hastaya egzersizlerin hastanın aktif yaşama katılımını hızlandıracağı konusunda bilgilendirme yapmalı ve hastanın çabasını destekleyici iletişim kurmalıdırlar (147).

Hastanın cerrahi sonrası en kısa sürede hareketli hale gelmesini sağlamak hemşirelik bakımını planlarken özen gösterilmesi gereken bir uygulamadır (148). Hastanın mobilizasyonu cerrahi sonrası 2. günde sağlanmalıdır. Pasif hareketlerden 3-6. günlerde aktif hareketlere geçilerek yatak kenarında egzersizler uygulanmalıdır. Aktif egzersizler ile başlangıçta hastanın hareket kapasitesi arttırılmaya çalışılmalıdır (141). Bir sonraki aşamada hastanın yürüteç ile yürümesi sağlanmalıdır. Hasta yürüteç kullanırken ilk olarak yürüteci sonra protez yerleştirilen bacağını ve en son sağlam olan bacağını hareket ettirerek yürümeye başlamalıdır (43,141). Daha sonraki süreçlerde hasta koltuk değneklerleri kullanmaya başlar ve en son bastonla yürür (39). Yapılan bir çalışmada, hastaların ilk mobilize edildikleri sırada ağrı ve anksiyete hissettikleri ve bunun sonucunda düşme korkusu yaşadıkları ve bu nedenle mobilize olmakta isteksiz oldukları belirtilmiştir. Hasta mobilize olmakta isteksiz ise hemşireler bu durumda hastanın yanında olmalı ve aktif yaşama geçişte aktivitenin erken dönemde önemli olduğunu hastaya anlatmalıdır (149). Yürüme sırasında aşırı addüksiyon ve iç rotasyonun protezde kaymaya neden olabileceği hastaya tekrar hatırlatılmalıdır (39). Hastalara erken dönemde hareket kazandırılması sistem komplikasyonlarını, fonksiyon

kayıplarını önlemede, hastanın yaşam kalitesini en kısa sürede kazanmasında en etkili yöntemdir (148).

KALÇA PROTEZİ AMELİYATI OLAN HASTALARIN TABURCULUK BİLGİLENDİRİLMESİ

Hastaların taburcu edildikten sonra bakım gereksinimi devam etmektedir ve bunun sürekliliğinin sağlanmasında birçok aşamada hastanın yanında olan, hasta ile uzun süreli vakit geçiren hemşirelerin rolü büyüktür (150). Günümüzde cerrahi teknolojideki ve anestezi uygulamalarındaki gelişmeler hastaların hastanede yatış süresini kısaltmakta ve erken dönemde taburculuğu desteklemektedir. Erken taburculuk, bilgilendirilmenin daha kısa sürede sistematik bir şekilde yapılmasını zorunlu kılmaktadır (151). Hastaların iyileşme süreci evde de devam edeceğinden taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerinin saptanıp, açık ve anlaşılır bir ifade ile hastaya anlatılması gerekmektedir (151,152). Hastalara broşür, kitapçık gibi yazılı materyalin verilmesi hastaların kendi bakım uygulamalarında daha etkili olmasına olanak sağlamaktadır (130). Yeh ve ark. (15) tarafından yapılan araştırmada da basılı hemşirelik materyali ile multimedia destekli bilgilendirilmenin hastaların öz yeterlilik gücünü arttırdığı belirlenmiştir. Taburculuk eğitimi hastanın kendi bakımını yönetmesine, olası sorunlar ile baş etmesine yardımcı olmakta ve iyileşme sürecine olumlu katkı sağlamaktadır (130,152).

Evde Güvenlik Önlemleri

Kalça protezi ameliyatı olan hastaların taburculuk sonrası yaşam biçiminde bazı değişiklikler gerekmektedir. Hastanın en önemli odak noktası proteze uyumlu davranışlar geliştirmesi ile protezin yerinden çıkmasını önlemeye yönelik olmalıdır. Hastanın evde karşılaşabileceği bazı güçlükler olabilmekte ve bunları önlemeye yönelik çözümlerin geliştirilmesi büyük önem kazanmaktadır (153). Hastanın ev ortamında, katlanmış kilim ve elektrik kablolarına dikkat etmesi, merdiven inip çıkarken trabzan kullanması, yükseltilmiş klozet kullanması ve klozetin yan tarafında oturup kalkarken destek alacağı kenarlıklar olması yine aynı şekilde yükseltilmiş kolçaklı sandalye kullanması, kullanacağı yardımcı aletin kapıdan geçmesine engel olmamasına dikkat etmesi konularında bilgilendirilmelidir (9).

Ağrı Yönetimi

Hastaların eve gittiğinde ağrısının olabileceği unutulmamalıdır. Hastalara kullanacağı analjeziğin saati, dozu, günde kaç defa alması gerektiği ve yan etki geliştiğinde sağlık

kuruluşuna başvurması gerektiği anlatılmalıdır (154). Ayrıca hastaya masaj, dikkati başka yöne çekme, gevşeme ve pozisyon değişikliği gibi uygulayabileceği nonfarmakolojik yöntemlerden de bahsedilmelidir (155).

Yardımcı Araç Kullanımı

Hastaların yardımcı araç kullanma gereksinimi protez güvenliğini sağlamak amacıyla eve gittiğinde belirli süre devam edecektir (156). Koltuk değneği kullanımı çimentolu kalça protezinde genellikle 3-6. hafta sonra, çimentosuz kalça protezinde protezin sabitlenmesi daha uzun sürmesi nedeniyle 10. haftadan sonra bırakılır. Baston kullanımına çimentolu kalça protezinde 6-8 haftaya, çimentosuz kalça protezinde genellikle 12 haftaya kadar devam edilir (39). Hastalar bastonu etkilenmemiş bacak tarafında tutmalı ve o şekilde yürümelidir. Kalça ekleminin aşırı fleksiyonuna neden olan hareketlerden kaçınmalı, ağır kaldırmamalıdır (116).

Varis Çorabı Kullanımı

Kalça protezi ameliyatı sonrası hastaların derin ven trombozu, emboli gibi riskleri devam etmektedir (157). Bu nedenle hasta taburculuk sonrası iyileşme döneminde varis çoraplarını bacağı eski fonksiyonlarını tam olarak kazanıncaya kadar giymelidir (116,158). Varis çorabının etkinliğinden optimum yarar sağlanabilmesi için hastaya sabahları bacaklar yataktan aşağı sarkıtılmadan önce giyilmesi gerektiği anlatılmalıdır (157).

Pansuman ve Dikişler

Ameliyat sonrası hastalar yara yerinde pansuman ve dikişleri ile taburcu edilir. Hastalara pansumanı temiz tutmasının ve hekimin önerdiği sıklıkta aseptik tekniklere uyularak değiştirilmesinin enfeksiyonu önleme açısından önemi anlatılmalıdır (159). Kalça protezi ameliyatı olan hastaların zımba türü dikişleri mevcuttur. Hastaların dikişleri hekmin önerdiği tarihte ve genellikle 10 ile 15 gün sonra özel bir cihazla alınmaktadır (160). Ameliyatı yapan hekim yara yerini görmek, herhangi bir açılma olup olmadığını kontrol etmek amacıyla dikişleri kendi almak isteyebilir ya da hastayı dikişlerin alınabileceği başka bir sağlık kuruluşuna yönlendirebilir (161).

Beslenme

Cerrahi sonrası beslenme travmaya uğrayan dokunun ve sistemik fonksiyonların iyileşme sürecini desteklemektedir. Hastalar iyileşme döneminde vitamin, mineral, protein ve lif içeriği yüksek olan gıdalarla beslenmelidir (162). Eğer hastanın sıvı alımına engel olacak

başka bir hastalığı yoksa günde 2,5-3 litre sıvı alımı önerilir. Hastanın kilo alımı protez sağlığı açısından negatif sonuçlar doğuracağından bu konuda hatırlatmalar yapılmalıdır. Fazla kiloları olan hastalara diyetisyen eşliğinde kontrollü bir şekilde zayıflamaları önerilmelidir (11).

Enfeksiyon ve Dislokasyon Belirtileri

Enfeksiyon ve dislokasyon hastanın hem protez sağlığını hem de genel sağlığını tehdit eden ciddi komplikasyonlardandır. Protez yerleştirilen hastalarda sağlık bakımı ile ilgili enfeksiyonlar bir yıl içersinde de gelişebilmektedir. Hemşireler hasta ve ailesini hastanın yara yerinde kızarıklık, ağrı, akıntı, ateş, halsizlik gibi enfeksiyon belirtilerinin ciddiyeti ve belirtiler gözlendiğinde sağlık kuruluşuna başvurması gerektiği konusunda bilgilendirilmelidir (163). Hastalara diş çekimi gibi uygulanacak diğer invaziv işlemlerde hekime bilgi vermesi ve hekim kontrolünde proflaktik antibiyotik başlanabileceği açıklanmalıdır (164). Ağrının önemli bir diğer sebebi de protez dislokasyonudur. Aynı zamanda etkilenmiş bacağın kısalması ve işlevselliğini yitirmesi, anatomik yapının bozulması dislokasyon belirtileri arasındadır. Hastaya bu belirtilerin açıklanması hastanın nitelikli bir yaşam sürmesini desteklemekte önem kazanmaktadır (153).

Egzersizler

Evde hastanın egzersizlere devam etmesi kas kuvvetini geri kazanmasına ve böylece yaşam aktivitelerini bağımsız bir şekilde gerçekleştirmesine hız kazandırmaktadır. Aynı zamanda egzersizler eklem işlevselliğine katkı sağlayarak ağrısız bir süreci desteklemektedir (165,166). Hemşireler evde yapılan egzersizlerin hem ruhsal hem de fizyolojik iyilik haline kavuşmada önemli olduğunu hastalara anlatmalıdır (167). Hastanın evde uyguladığı egzersiz programı hastanın durumuna göre belirlenerek, fonksiyonel kapasitenin arttırılmasında hastanın ROM egzersizlerini uygulama durumu takip edilmelidir (168).

Boş Zaman Aktiviteleri

Hastanın durumuna ve ilgi alanlarına göre hastaya boş zamanlarını yürüyüş, golf, yüzme, bisiklet kullanma gibi aktivitelerle değerlendirebileceği anlatılmalıdır (144,169). Hastalara futbol ve basketbol gibi yoğun temas içeren sporlar önerilmemektedir. Hemşireler, hastaları, atlama, sıçrama gibi kalça eklemini yoran aktivitelerden kaçınması gerektiği konusunda bilgilendirilmelidir (169,170).

Cinsel Yaşam

Ameliyattan sonra kas dokularının ve yaranın iyileşmesine izin vermek amacıyla 6 hafta seksüel aktivite önerilmemektedir (116,171). Hemşirelerin hastaları seksüel aktivite konusunda bilgilendirilmesi protez dislokasyonunu engellemede ve yaşam kalitesinde önemli yeri olan olan cinselliğin sürdürülmesinde önemlidir (171,172).

Ameliyattan sonra ilk 4 ay boyunca hastaların bacak bacak üzerine atmaması, 4-6 hafta banyosunu küvette yapmaması ve araba kullanmaması, ayakkabı giyerken çekeceğin uzun olmasına özen göstermesi ve çorap giyerken birinin yardımcı olması ya da çorap giydirme aleti temin etmesi, yatarken bacakların arasına yastık koyması ve kalça ekleminin derin fleksiyonuna ya da iç rotasyonuna neden olacak hareketlerden kaçınması gerektiği konularında hemşireler taburculuk aşamasında hastaları bilgilendirilmelidir (144,153).

Kalça protezi ameliyatı uygulanan hastaların bilgilenme gereksinimi oldukça fazladır; ancak hastaların bilgi gereksinimleri ve karşılanma düzeyi yeterince araştırılmamıştır. Bu nedenle bu araştırma kalça protezi ameliyatı olan hastaların bilgi gereksinimlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN AMAÇ VE TİPİ

Kalça protezi ameliyatı olan hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Ortopedi Kliniği ve Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Ortopedi Kliniğinde Ağustos 2016-Ağustos 2017 tarihleri arasında yapıldı.

ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Bu araştırmanın evrenini Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Ortopedi Kliniği ve Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Ortopedi Kliniğinde yatan kalça protezi ameliyatı geçiren hastalar oluşturdu. Örneklem sayısının belirlenebilmesi için gerekli kaynak incelemeleri yapıldı ve "Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kliniğinde Yatan Hastaların Ameliyat Öncesi Hasta Öğrenim Gereksinimleri ve Kaygı Arasındaki İlişki" isimli çalışmaya göre hasta öğrenim gereksinimleri ölçeği puan ortalaması (30,6 + 5,4) %95 güven düzeyinde %90 güç ve %5

tolerans oranı öngörülerek örneklem sayısı n = 98 olarak hesaplandı. Örneklem seçiminde belirtilen kriterler dikkate alındı.

Araştırmaya;

- Çalışmaya katılmaya gönüllü ve istekli
- Kalça protezi ameliyatı olan,
- 18 yaş ve üstü olan,
- Anlama ve algılama güçlüğü olmayan,
- Türkçe konuşan hastalar dahil edildi.

ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H1: Kalça protezi ameliyatı olan hastaların öğrenim gereksinimleri önem verme ve karşılanma düzeyi arasında fark vardır.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veri toplama araçları olarak; kişisel bilgi formu ve Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ) kullanıldı.

Kişisel Bilgi Formu

Araştırmada kullanılan hasta tanım formu; hastaların sosyodemografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu), hastalık özelliklerini (mevcut tanı, geçirilmiş cerrahi deneyim, ameliyat olma nedeni), bilgilendirilme özelliklerini (tanı ve tedavi sürecinde bilgi verilme durumu, hangi konularda bilgi verildiği, bilgilendirilmenin ne zaman yapıldığı, bilgilerin nasıl verildiği ve bilgilerin kim tarafından verildiği) ve bilgi gereksinim düşünceleri ile ilgili bilgilerini içerecek şekilde araştırmacı tarafından geliştirilmiş, 14 sorudan oluşan veri toplama aracıdır (Ek 1).

HÖGÖ

Kalça protezi ameliyatı olan hastaların öğrenim gereksinimlerini belirlemek amacı ile HÖGÖ kullanıldı (Ek 2).

HÖGÖ; hastaların taburculukta bilgi gereksinimlerini belirlemek için ilk olarak 1990 yılında Bubela ve ark. (173) tarafından geliştirilmiştir. Çatal ve Dicle (19) tarafından ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği geliştirilmiştir. Ölçek toplam 50 madde ve 7 alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçeğin faktör analizi sonucu ortaya konan yedi faktörlü yapı, ölçekteki toplam

varyansın %56,1'ini açıklamaktadır (19). Ölçek maddeleri likert tipi ölçekleme yöntemi ile "1 = önemli değil", "2 = biraz önemli", "3 = ne az ne çok önemli", "4 = çok önemli" ve "5 = son derece önemli" şeklinde değerlendirilmektedir. Buna göre hastalardan taburculuk öncesi eve gönderilmeden bilgi gereksinimlerini ve önceliklerini en iyi tanımlayan seçeneği seçmeleri istenmektedir. Ölçeğin değerlendirmesi her bir alt boyut ve ölçek toplam puanı üzerinden yapılmaktadır.

Ölçek sonucunda elde edilen puanlar 50-250 arasında değişmektedir. Ölçek ve alt ölçek puanları; toplam ölçek ve tüm alt ölçeklerin soru sayısına bölünerek, 1 ile 5 arasında önemlilik düzeyine göre derecelendirilmekte ve yorumlanmaktadır.

Çatal ve Dicle tarafından ölçeğin revize çalışması sonrası Cronbach alpha katsayısı 0.95 olarak belirlenmiştir. Bu araştırmada ise Cronbach alpha katsayısı 0.98 olarak bulundu.

HÖGÖ taburculuktaki bilgi gereksiniminin karşılanıp karşılanmadığını araştırmamaktadır; ancak belirlenen bilgi gereksinimleri ve önceliklerine ilişkin taburculuk öncesi bilgi verilip verilmediğini ve verilen bilginin gereksinimleri karşılama durumunu ortaya koyma açısından ölçek maddeleri modifiye edilebilmektedir. Hastalar her bir ölçek maddesine ilişkin verilen bilgi için likert tipi olarak "1 = hiç uygun değil", "2 = biraz uygun", "3 = ne az ne çok uygun", "4 = çok uygun" ve "5 = tamamen uygun" olarak en uygun seçeneği seçebilmektedir. Ayrıca hastalar "0 = gereksinimimi karşılayacak bilgi verilmedi" seçeneğini de seçebilmektedir. HÖGÖ'nin bu modifiye şekli "Gereksinimlerin Karşılanma Skoru (Needs Met Score-NMS)" olarak adlandırılmıştır.

VERİLERİN TOPLANMASI

Kalça protezi ameliyatı olan, taburcu olmasına karar verilen 98 hastanın tümü ile görüşülerek kişisel bilgi formu dolduruldu, ardından HÖGÖ kullanıldı.

Araştırma verileri toplanmadan önce araştırmacı tarafından servis yönetici hemşirelerine, hemşirelerine, hastalara ve hasta yakınlarına araştırmanın amacı ve yöntemi açıklandı ve soruları cevaplandı. Araştırmanın yapılacağı hastanenin yönetiminden ve servis yönetiminden yazılı ve sözlü izin alındı. Servis sorumlu hemşiresi ile telefonla haberleşerek kalça protezi uygulanan taburculuk aşamasındaki hastalar belirlendi. Hastalara uygulanan anketler yemek, ziyaret, tedavi saatleri dışında, hastaların taburcu olacakları gün içerisinde, sessiz, sakin bir ortamda, 25-30 dakika içerisinde ve hasta odasında yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacının kendisi tarafından dolduruldu.

ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ

Araştırmanın uygulanabilmesi için Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan ve Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi Anabilim dalından kurum izni alınmıştır (Ek 3, Ek 4).

HÖGÖ'nin kullanımı için Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasını yapan Çatal ve Dicle'den izin alındı (Ek 5).

Araştırmanın yapılacağı klinik yöneticilerine, servis sorumlu hemşiresine, servis hemşirelerine ve araştırmaya katılma kriterlerine uygun olan hastalara araştırmanın amacı ve uygulanışı hakkında açıklama yapıldı. Hastalara verdikleri bilgilerin sadece araştırma amacıyla kullanılacağı söylendi ve araştırmaya katılmaları konusunda sözlü onayları alındı.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanıldı. İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında t-testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Tek yönlü (One way) Anova testi kullanıldı. Anova testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffe testi kullanıldı. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki kolerasyon analizi ile test edildi. Tekrarlı ölçümler arasındaki ilişki bağımlı (eşleşmiş) örneklem t-testi ile test edildi.

BULGULAR

Ağustos 2016-2017 tarihleri arasında, kalça protezi ameliyatı olan hastaların öğrenim gereksinimlerini belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırmadan elde edilen veriler istatistiksel testler ile analiz edildi ve tablolar halinde sunuldu (Tablo 1-8).

Tablo 1'de araştırmaya dahil edilen 98 hastanın bireysel özelliklerine yer verilmiştir.

Tablo 1. Hastaların bireysel özellikleri (n=98)

Bireysel Değişkenler		**Frekans(n)**	**Yüzde (%)**
Yaş ortalaması	Ort.±SS 62,85±17,52		
Cinsiyet	Kadın	61	62,2
	Erkek	37	37,8
Medeni durum	Evli	71	72,4
	Bekar	27	27,6
Eğitim durumu	Okur yazar değil	18	18,4
	Orta öğrenim	67	68,4
	Üniversite	13	13,3
Çalışma durumu	Çalışıyor	23	23,5
	Çalışmıyor	75	76,5

Araştırmada yer alan hastaların yaş ortalaması 62,85±17,52 olarak belirlendi. Hastaların cinsiyetinin %62,2' sinin (n:61) kadın, %37,8'inin (n:37) ise erkek, %72,4'ünün (n:71) medeni durumunun evli, %27,6' sının (n:27) bekar olduğu belirlendi. Hastaların eğitim durumu değerlendirildiğinde %18,4'ünün (n:18) okuryazar değil, %68,4'ünün (n:67) orta öğrenim, %13,3'ünün (n:13) ise üniversite mezunu olduğu ve hastaların %23,5'inin (n:23) çalıştığı, %76,5'inin (n:75) çalışmadığı belirlendi.

Tablo 2'de hastaların hastalık özelliklerine yer verilmiştir.

Tablo 2. Hastaların hastalık özellikleri (n=98)

Tablolar	**Gruplar**	**Frekans(n)**	**Yüzde (%)**
Hastanın tanısı	Doğuştan kalça çıkığı	16	16,3
	Kalça kırığı	57	58,2
	Koksartroz	25	25,5
Daha önce ameliyat olma durumu	Evet	70	71,4
	Hayır	28	28,6
Kalça protez ameliyatı nedeni	Ağrıya dayanamama	24	24,5
	Yürüyememe	58	59,2
	Daha fazla yürüme isteği	16	16,3

Tablo 2'de hastalık özellikleri incelendiğinde; hastaların %16,3'ünün (n:16) doğuştan kalça çıkığı, %58,2'sinin (n:57) kalça kırığı ve %25,5'inin (n:25) koksartroz tanısı ile hastaneye yattığı, %71,4 (n:70) daha önce ameliyat olduğu, %28,6'sının (n:28) daha önce ameliyat olmadığı belirlendi. Kalça protezi ameliyatı olma nedeni incelendiğinde %24,5'inin (n:24) ağrıya dayanamama, %59.2' sinin (n:58) yürüyememe, %16,3'ünün (n:16) daha fazla yürüme isteği nedeniyle ameliyat olduğu belirlendi.

Tablo 3'te hastaların bilgilenme durumlarına yer verilmiştir.

Tablo 3. Hastaların bilgilenme durumu (n=98)

Tablolar	**Gruplar**	**Frekans (n)**	**Yüzde (%)**
Genel olarak bilgilendirilme	Evet	40	40,8
	Hayır	58	59,2
Bilgi verilen konular	İlaçlar	22	22,4
	Tedavi ve komplikasyonlar	34	34,7
	Yaşam kalitesi	14	14,3
	Cilt bakımı	6	6,1
Bilgi verilme zamanı	Ameliyat öncesi	17	42,5
	Ameliyat öncesi ve sonrası	23	57,5
Bilginin nasıl verildiği	Sözlü	18	45,0
	Sözlü ve yazılı	22	55,0
Bilginin kim tarafından verildiği	Hekim	25	62,5
	Hekim ve hemşire	15	37,5

Tablo 3'te hastaların genel olarak bilgilendirilme durumları incelendiğinde, %40,8'inin (n:40) gereksinim duydukları bilgileri aldıkları, %59,2'sinin (n:58) almadıkları, %22,4'ünün (n:22) ilaçlar ile ilgili, %34,7'sinin (n:34) tedavi ve komplikasyonlar ile ilgili, %14,3'ünün (n:14) yaşam kalitesi ile ilgili, %6,1'inin (n:6) cilt bakımı ile ilgili bilgi aldığı belirlendi. Bilgi verilme zamanına bakıldığında; %42,5'inin (n:17) ameliyat öncesi, %57,5'inin (n:23) ameliyat öncesi ve sonrası bilgilendirildiği belirlendi. Gereksinim duyulan bilginin nasıl ve kim tarafından verildiği incelendiğinde; %45'inin (n:18) sözlü, %55'inin (n:22) sözlü ve yazılı verildiği, %62,5'inin (n:25) hekim, %37,5'inin (n:15) hekim ve hemşire tarafından verildiği görüldü.

Tablo 4'te hastaların öğrenim gereksinimeri önem verme ve karşılanma düzeyine yer verilmiştir.

Tablo 4. Hastaların öğrenim gereksinimleri önem verme ve karşılanma düzeyi

	Hasta öğrenim gereksinimleri önem verme düzeyi	**Hastan öğrenim gereksinimleri karşılanma düzeyi**	**İstatistik**
Toplam ölçek puanı	4,40±0,30	1,53±0,49	t = 75,4* **p = 0,00**
İlaçlar	4,74±0,27	1,43±0,54	t = 51,8* **p = 0,00**
Yaşam aktiviteleri	4,79±0,33	1,58±0,45	t = 79,0* **p = 0,00**
Toplum ve izlem	4,18±0,21	1,53±0,55	t = 60,8* **p = 0,00**
Duruma ilişkin duygular	3,00±0,57	1,16±0,15	t = 38,1* **p = 0,00**
Tedavi ve komplikasyonlar	4,86±0,23	1,70±0,82	t = 42,0* **p = 0,00**
Yaşam kalitesi	4,18±0,42	1,50±0,45	t = 76,6* **p = 0,00**
Cilt bakımı	4,35±0,52	1,71±0,43	t = 69,4* **p = 0,00**

* Eşleşmiş (bağımlı) grup t-testi

Hastaların öğrenim gereksinimleri önem verme ve karşılanma düzeyi (Tablo 4) ölçek toplam puan ortalamaları incelendiğinde; hasta öğrenim gereksinimleri önem verme düzeyi puan ortalamasının 4,40±0,30 (çok önemli), karşılanma düzeyi puan ortalamasının 1,53±0,49 (biraz karşılandı) olduğu ve öğrenim gereksinimleri önem verme düzeyi puan ortalamasının karşılanma düzeyi puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu belirlendi (t = 75,4, p = 0,00, 0,05). H1 hipotezini doğrulamaktadır.

Öğrenim gereksinimleri ölçeği alt gruplarında öğrenim gereksinimleri önem verme ve karşılanma düzeyi toplam puan ortalamaları değerlendirildiğinde (Tablo 4); ilaçlar alt grubu öğrenim gereksinimleri önem düzeyi puan ortalamasının 4,74±0,27 (son derece önemli), karşılanma düzeyi puan ortalamasının 1,43±0,54 (hiç karşılanmadı) olduğu ve önem verme

düzeyi puan ortalamasının karşılanma düzeyi puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu belirlendi (t = 51,8, p = 0,00).

Ölçek yaşam aktiviteleri alt grubu öğrenim gereksinimleri önem verme düzeyi puan ortalamasının 4,79±0,33 (son derece önemli), karşılanma düzeyi puan ortalamasının 1,58±0,45 (biraz karşılandı) olduğu ve önem verme düzeyi puan ortalamasının karşılanma düzeyi puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu belirlendi (t = 79,0, p = 0,00) (Tablo 4).

Ölçek toplum ve izlem alt grubu önem verme düzeyi puan ortalamasının 4,18±0,21 (çok önemli), karşılanma düzeyi puan ortalamasının 1,53±0,55 (biraz karşılandı) olduğu ve önem verme düzeyi puan ortalamasının karşılanma düzeyi puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu belirlendi (t = 60,8, p = 0,00) (Tablo 4).

Ölçek duruma ilişkin duygular alt grubu önem verme düzeyi puan ortalamasının 3,00±0,57 (ne az ne çok önemli), karşılanma düzeyi puan ortalamasının 1,16±0,15 (hiç karşılanmadı) olduğu ve önem verme düzeyi puan ortalamasının karşılanma düzeyi puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu belirlendi (t = 38,1, p = 0,00) (Tablo 4).

Ölçek tedavi ve komplikasyonlar alt grubu önem verme düzeyi puan ortalamasının 4,86±0,23 (son derece önemli), karşılanma düzeyi puan ortalamasının 1,70±0,82 (biraz karşılandı) olduğu ve önem verme düzeyi puan ortalamasının karşılanma düzeyi puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu belirlendi (t = 42,0, p = 0,00) (Tablo 4).

Ölçek yaşam kalitesi alt grubu önem verme düzeyi puan ortalamasının 4,18±0,42 (çok önemli), karşılanma düzeyi puan ortalamasının 1,50±0,45 (biraz karşılandı) olduğu ve önem verme düzeyi puan ortalamasının karşılanma düzeyi puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu belirlendi (t = 76,6, p = 0,00) (Tablo 4).

Ölçek cilt bakımı alt grubu önem verme düzeyi puan ortalamasının 4,35±0,52 (çok önemli), karşılanma düzeyi puan ortalamasının 1,71±0,43 (biraz karşılandı) olduğu ve önem verme düzeyi puan ortalamasının karşılanma düzeyi puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu belirlendi (t = 69,4, p = 0,00) (Tablo 4).

Tablo 5'te hastaların bireysel özellikleri ile ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

Tablo 5. Hastaların bireysel özellikleri ile ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

Bireysel özellikler		**Önem**	**İstatistik**	**Karşılanma**	**İstatistik**
Yaş	62,8±17,5		r = -0,80* **p = 0,00**		r = -0,87* **p = 0,00**
Cinsiyet	Kadın	4,39±0,30	t = -0,47** p = 0,63	1,50±0,47	t = -0,76 ** p = 0,44
	Erkek	4,42±0,31		1,58±0,53	
Medeni durum	Evli	4,44±0,26	t = 2,30** p = 0,05	1,51±0,47	t = -0,61** p = 0,57
	Bekar	4,29±0,37		1,58±0,56	
Eğitim durumu	Okuryazar değil[1]	4,22±0,30	F = 9,28*** **p = 0,00** 1< 2, 3	1,16±0,11	F = 38,7*** **p = 0,00** 1< 2, 3 2< 3
	İlkokul ortaokul lise[2]	4,40±0,30		1,48±0,42	
	Üniversite[3]	4,67±0,05		2,32±0,25	
Çalışma durumu	Çalışıyor	4,65±0,06	t = 4,88** **p = 0,00**	2,18±0,36	t = 10,6** **p = 0,00**
	Çalışmıyor	4,33±0,31		1,33±0,33	

*Pearson korelasyon analizi, ** Bağımsız iki örneklem t testi, ***Tek yönlü Anova testi

Hastaların bireysel özellikleri ile ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 5); yaş ortalamasının 62,8±17,5 olduğu, yaşları ile öğrenim gereksinimleri önem verme düzeyi puanları ve karşılanma düzeyi puanları arasında negatif yönde korelasyon olduğu (sırasıyla r = -0,80, p = 0,00, r = -0,87, p = 0,00) belirlendi.

Hastaların cinsiyet özellikleri ölçek puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında (Tablo 5); kadınlar ile erkekler arasında öğrenim gereksinimleri önem verme düzeyi ve karşılanma düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı (sırasıyla t = -0,47, p = 0,63, t = -0,76, p = 0,44) belirlendi.

Hastaların medeni durum özellikleri ölçek puan ortaları ile karşılaştırıldığında (Tablo 5); evliler ile bekarlar arasında öğrenim gereksinimleri önem verme düzeyi ve karşılanma düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı (sırasıyla t = 2,30, p = 0,05,t = -0,61, p = 0,57) belirlendi.

Hastaların eğitim durumları ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 5); öğrenim gereksinimleri önem verme ve karşılanma düzeyi puan ortalaması üniversite eğitimi alan hastaların okuryazar olmayan ve ortaöğrenim gören hastalardan istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu (sırasıyla F = 9,285, p = 0,00, F = 38,710, p = 0,00) belirlendi.

Ölçek puan ortalaması hastaların çalışma durumuna göre değerlendirildiğinde (Tablo 5); öğrenim gereksinimleri önem verme ve karşılanma düzeyi puan ortalamaları çalışan hastaların çalışmayan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu (sırasıyla t = 4,88, p = 0,00, , t = 10,6, p = 0,00) belirlendi.

Tablo 6'da hastaların hastalık özellikleri ile ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

Tablo 6. Hastalık özellikleri ile ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

Hastalık Özellikleri		**Önem**	**İstatistik**	**Karşılanma**	**İstatistik**
Hastalık tanısı	Doğuştan kalça çıkığı[1]	4,59±0,11	F = 11,1* **p = 0,00** 2 < 1, 3	2,00±0,50	F = 10,5* **p = 0,00** 1 > 2, 3
	Kalça Kırığı[2]	4,29±0,35		1,47±0,50	
	Koksartroz[3]	4,53±0,09		1,37±0,24	
Ameliyat olma durumu	Evet	4,38±0,30	t = -0,86** p = 0,38	1,46±0,46	t = 2,22** **p = 0,02**
	Hayır	4,44±0,31		1,70±0,54	
Kalça protezi ameliyatı nedeni	Ağrıya dayanamama[1]	4,55±0,92	F = 12,3* **p = 0,00** 2 < 1, 3	1,46±0,34	F = 7,27* **p = 0,00** 3 > 1, 2
	Yürüyememe[2]	4,29±0,34		1,44±0,49	
	Daha fazla yürüme isteği[3]	4,59±0,10		1,94±0,52	

*Tek yönlü Anova testi, ** Bağımsız iki örneklem t testi

Hastaların hastalık özellikleri ölçek puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında (Tablo 6)**;** doğuştan kalça çıkığı tanısı olan hastaların öğrenin gereksinimleri önem verme düzeyi ve karşılanma düzeyi puan ortalamaları kalça kırığı ve koksartroz tanısı olan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu (sırasıyla F = 11,1, p = 0,00 ve F = 10,5, p = 0,00) belirlendi.

Hastaların ameliyat olma durumunun ölçek puan ortalamalarına etkisi değerlendirildiğinde (Tablo 6); daha önce ameliyat olan ve olmayan hastaların öğrenim gereksinimleri önem verme düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı, t = -0,86, p = 0,38, karşılanma düzeyinin ame liyat olmayan hastalarda ameliyat olan hastalara göre istatistiksel olarak yüksek olduğu (t = -2,22, p = 0,02) belirlendi.

Kalça protezi ameliyatı olma nedenleri ölçek puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında (Tablo 6); daha fazla yürüme isteği olan hastaların öğrenim gereksinimleri önem verme ve karşılanma düzeyi puan ortalamaları ağrıya dayanamama ve yürüyememe nedeniyle ameliyat olan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu (sırasıyla F = 12,3, p = 0,00 ve F = 7,27, p = 0,00) belirlendi.

Tablo 7'de hastaların bilgilendirilme özelliklerinin öğrenim gereksinimleri önem verme ve karşılanma düzeyine etkisine yer verilmiştir.

Tablo 7. Hastaların bilgilendirilme özelliklerinin öğrenim gereksinimleri önem verme ve karşılanma düzeyine etkisi

Gruplar		**Önem**	**İstatistik**	**Karşılanma**	**İstatistik**
Genel olarak bilgilendirilme	Evet	4,61±0,09	t = -0,86* p = 0,38	1,99±0,43	t = 12,0* **p = 0,00**
	Hayır	4,26±0,32		1,21±0,19	
İlaçlar konusunda bilgilendirilme	Evet	4,48±0,29	t = -0,82* p = 0,41	1,78±0,58	t = -0,59* p = 0,55
	Hayır	4,54±0,20		1,88±0,55	
Tedavi ve komplikasyonlar konusunda bilgilendirilme	Evet	4,49±0,27	t = -1,11* p = 0,27	1,77±0,58	t = -2,72* **p = 0,01**
	Hayır	4,61±0,58		2,16±0,25	
Yaşam kalitesi konusunda bilgilendirilme	Evet	4,50±0,21	t = -0,11* p = 0,90	1,74±0,54	t = -0,69* p = 0,48
	Hayır	4,51±0,28		1,87±0,58	
Cilt bakımı konusunda bilgilendirilme	Evet	4,64±0,06	t = 1,44* p = 0,15	2,13±0,23	t = 2,58* **p = 0,01**
	Hayır	4,48±0,27		1,77±0,59	
Bilgi verilme zamanı	Ameliyat öncesi	4,60±0,09	t = -0,38* p = 0,70	2,04±0,40	t = 0,68* p = 0,49
	Ameliyat öncesi ve sonrası	4,61±0,09		1,95±0,45	
Bilginin nasıl verildiği	Sözlü	4,54±0,08	t = -5,56* **p = 0,00**	1,58±0,30	t = -10,4* **p = 0,00**
	Sözlü ve yazılı	4,66±0,04		2,32±0,11	
Bilginin kim tarafından verildiği	Hekim	4,63±0,08	t = 1,96* p = 0,05	2,10±0,40	t = 2,20* **p = 0,03**
	Hekim ve hemşire	4,57±0,08		1,80±0,43	

* Bağımsız iki örneklem t testi

Hastaların bilgilendirilme özelliklerinin öğrenin gereksinimleri önem verme düzeyine etkisi değerlendirildiğinde (Tablo 7); hastaların öğrenim gereksinimleri önem verme

düzeyinde genel olarak bilgilendirilme (t = -0,86, p = 0,38), ilaçlar konusunda bilgilendirilme (t = -0,82, p = 0,41), tedavi ve komplikasyonlar konusunda bilgilendirilme (t = -1,11, p = 0,27), yaşam kalitesi konusunda bilgilendirilme (t = -0,11, p = 0,90), cilt bakımı konusunda bilgilendirilme (t = 1,44, p = 0,15), bilgilendirilmenin zamanı (t = -0,38, p = 0,70) ve bilgilendirilmenin kimin tarafından yapıldığı (t = 1,96, p = 0,05) ile istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (P > 0.05).

Hastaların öğrenim gereksinimleri önem verme düzeyine sözlü ve yazılı bilgilendirilmenin birlikte yapılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (t = -5,56, p = 0,00) (p < 0.05) .

Hastaların bilgilendirilme özelliklerinin öğrenim gereksinimleri karşılanma düzeyine etkisi değerlendirildiğinde (Tablo 7); hastaların genel olarak bilgilendirilmesi (t = 12,0, p = 0,00) ve cilt bakımı konusunda bilgilendirilmesi (t = 2,58, p = 0,01), sözlü ve yazılı bilgilendirilmenin birlikte yapılması (t = -10,4, p = 0,00) ve bilgilendirilmenin hekim tarafından yapılması (t = 2,20, p = 0,03) ile karşılanma düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p < 0.05).

Hastaların öğrenim gereksinimleri karşılanma düzeyinde tedavi ve komplikasyonlar konusunda bilgilendirilme yapılmaması ile istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken (t = -2,72, p = 0,01), yaşam kalitesi konusunda bilgilendirilme (t = -0,69, p = 0,48) ve bilgilendirilmenin zamanı ile karşılanma düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (t = 0,68, p = 0,49), (p > 0.05).

Tablo 8'de hastaların bilgi gereksinimi düşüncelerine yer verilmiştir.

Tablo 8. Hastaların bilgi gereksinimi düşünceleri (n=98)

Tablolar	Gruplar	Frekans (n)	Yüzde (%)
Yatağa yatma ve kalkma	Gereksinim var	97	99,0
	Kararsızım	1	1,0
Yürüteç ve koltuk değnek ile yürüme	Gereksinim var	75	76,5
	Kararsızım	13	13,3
	Gereksinim yok	10	10,2
Banyo yapma ve banyodan çıkma	Gereksinim var	86	87,8
	Kararsızım	12	12,2

Tablo 8. (Devam) Hastaların bilgi gereksinimi düşünceleri (n=98)

Tablolar	Gruplar	Frekans (n)	Yüzde (%)
Ameliyat sonrası gelişebilecek sorunların izlenmesi ve önlenmesine yönelik bilgiler	Gereksinim var	83	84,7
	Kararsızım	15	15,3
Ameliyat sonrası yatış pozisyon	Gereksinim var	76	77,6
	Kararsızım	12	12,2
	Gereksinim yok	10	10,2
Yara bakımı ve pansuman sıklığı	Gereksinim var	90	91,8
	Kararsızım	8	8,2
Ameliyat sonrası evde güvenlik önlemleri ile ilgili bilgiler	Gereksinim var	97	99,0
	Kararsızım	1	1,0
Ameliyat sonrası hastanede ve evde yapılmaması gereken fiziksel aktiviteler	Gereksinim var	85	86,7
	Kararsızım	13	13,3
Boş zamanlarını değerlendirme aktiviteleri	Gereksinim var	95	96,9
	Kararsızım	3	3,1
Merdiven inip, çıkma	Gereksinim var	97	99,0
	Kararsızım	1	1,0
Arabaya binme ve arabadan inme	Gereksinim var	97	99,0
	Kararsızım	1	1,0
Ev işleri	Gereksinim var	91	92,9
	Kararsızım	7	7,1
Protezin günlük yaşamınıza etkileri	Gereksinim var	89	90,8
	Kararsızım	9	9,2
Cinsel yaşam	Gereksinim var	37	37,8
	Kararsızım	35	35,7
	Gereksinim yok	26	26,5
Varis çorabını giyme süresi	Gereksinim var	97	99,0
	Kararsızım	1	1,0
Bacak egzersizleri	Gereksinim var	97	99,0
	Kararsızım	1	1,0

Hastaların bilgi gereksinimi düşünceleri Tablo 8'de değerlendirilmiştir. Hastalar yatağa yatma kalkma, ameliyat sonrası güvenlik önlemleri, merdiven inip çıkma, arabaya binme inme, varis çorabı giyme ve bacak egzersizleri konusunda bilgiye gereksinimleri olduğunu %99 oranında belirtmişlerdir. En az bilgiye gereksinim duydukları konu olarak %37,8 oranında cinsel yaşamı belirtmişlerdir.

TARTIŞMA

Bu araştırma kalça protezi ameliyatı olan hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı bir araştırma olarak Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Ortopedi Kliniği ve Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Ortopedi Kliniğinde yapıldı.

Araştırmaya dahil edilen hastaların yaş ortalamalarının 62,85 ±17,52 olduğu belirlendi (Tablo 1). Yapılan bir araştırma; Kennedy ve ark. (174) tarafından total kalça protezi uygulanan hastaların yaş ortalamasının 67.9 ±7.82 olduğu belirlenmiştir. İlgili literatürde total kalça protezinin 60 yaş üstü hastalara daha çok uygulandığı belirtilmektedir (175). Bulgular total kalça protezi ameliyatının 60 yaş ve üstünde yapıldığını düşündürdü.

Araştırmaya katılan hastaların %62,2'sinin kadın ve %72,4'ünün evli, %68,4'ünün eğitim düzeyinin orta öğretim, %76.5' inin çalışmadığı belirlendi (Tablo 1). Yapılan benzer örneklem grubuna sahip araştırmalarda; Sınıcı ve ark. (146) hastaların %80'inin kadın ve %70'inin evli olduğunu, Açıksöz ve ark. (13) hastaların %80,6'sının ev hanımı olduğu ve tamamının çalışmadığı, örneklem grubu farklı olsa da Soyer ve ark. (176) hastaların %28.5'inin lise mezunu olduğunu belirlemişlerdir. Total kalça protezi uygulanan hastaların bireysel özelliklerinin benzer olduğu görüldü.

Hastaların hastalık özellikleri incelendiğinde (Tablo 2) %58,2'sinin tanısının kalça kırığı olduğu belirlendi. Gökçe ve ark.'nın (24) yaptığı araştırmada total kalça artroplastisi uygulama nedenleri arasında koksartroz ilk sırada ve femur boyun kırığının ikinci sırada

olduğu belirlenmiştir. Stronach ve ark.'nın (177) yaptığı araştırmada femur boynu kırıklarında total artroplasti uygulaması 2004'te %8,4 iken 2013'te %12,9'a yükselerek %42'lik bir artış olduğu belirlenmiştir. Özellikle yaşlı popülasyonda kalça kırığı nedeniyle uygulanan total kalça artroplastisisinin olumlu sonuçlar verdiği belirtilmektedir (178). Hastaların %71,4 'ünün daha önce ameliyat olduğu belirlendi. Yi-Li Ko ve ark. (179) tarafından yapılan araştırmada da total kalça replasmanı uygulanan tüm hastaların daha önce ameliyat olduğu belirlenmiştir. Hastaların %59,2'sinin yürüyememe nedeni ile kalça protezi ameliyatı olduğu belirlendi. Şendir ve ark. (4) tarafından yapılan araştırmada total kalça protezi uygulanan hastaların ağrıya daha fazla dayanamama ve daha fazla yürüme isteği, Bilik ve ark. (180) tarafından yapılan araştırmada hastaların bir kalça ağrısı ve yürüyememe nedenleri ile kalça protezi ameliyatı olduğu belirlenmiştir. Hastaların hastalık özellikleri ve diğer araştırmaların örnekleminde yer alan hastaların hastalık özellikleri benzer bulundu.

Hastaların bilgilendirilme durumu incelendiğinde (Tablo 3) %59,2'sine bilgilendirilme yapılmadığı belirlendi. Şendir (181) tarafından yapılan benzer örneklem grubuna sahip araştırmada da deney grubundaki hastaların %86,4' ünün ve kontrol grubundaki hastaların % 90,5'inin bilgi almadıkları belirlenmiştir. Bu araştırmada hastaların %34,7'sine tedavi ve komplikasyonlar hakkında, %57,5'ine ameliyat öncesi ve sonrası bilgilendirilme yapıldığı belirlendi. Hastaların %57,5'ine ameliyat öncesi ve sonrası bilgilendirilme yapıldığı belirlendi. Örneklem grubu aynı olmasa da Vermişli ve ark. (182) tarafından yapılan araştırmada hastaların %87,8' inin ameliyat öncesi eğitim almak istedikleri belirlenmiştir. Hastaların %55'ine sözlü ve yazılı bilgilendirilme yapıldığı belirlendi. Örneklem grubu aynı olmasa da Nilson ve ark. (183) tarafından yapılan araştırmada hastaların gereksinim duydukları bakım için erişilebilir yazılı bilgi ve profesyonel bir kişi istedikleri belirlenmiştir. Hastaların %62,5'ine bilginin hekim tarafından verildiği belirlendi. Dal ve ark. (184) tarafından yapılan araştırmada da cerrahi girişim sonrası hastaların %90,9'una bilgilerin hekim tarafından verildiği belirlenmiştir.

Hastaların bilgilenme durumu ve yapılan araştırmalar incelendiğinde; bilgilenmenin yetersiz, tedavi komplikasyonlar konusunda ameliyat öncesi ve sonrası, yazılı ve sözlü bilgilenme, bilgilenmenin önemli olduğu ve bilgilendirilmenin hemşireler tarafından da yapılmasının önemi belirlendi.

Kalça protezi ameliyatı olan hastaların öğrenim gereksinimleri ölçek toplam puanı değerlendirildiğinde hastaların bilgi gereksinimlerinin karşılanmadığı ($t = 75,4$, $p = 0,00$) belirlendi (Tablo 4). Ulusan (185) tarafından kalça protezi uygulanan hastalar ile yapılan

araştırmada da hastaların kalça protezi ameliyatı ile ilgili yeteri kadar bilgilendirilmediği belirlenmiştir. Şendir ve ark. (186) tarafından kalça ve diz protezi uygulanan hastalar ile yapılan araştırmada da hastaların bilgi gereksinimlerinin yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Deniz ve ark. (187) tarafından genel cerrahi kliniğinde yapılan araştırmada da hastaların bilgi gereksinimlerinin karşılanmadığı belirlenmiştir.

Aynı tabloda ölçek alt grupları değerlendirildiğinde; ilaçlar (t = 51,8, p = 0,00), yaşam aktiviteleri (t = 79,0, p = 0,00), toplum ve izlem (t = 60,8, p = 0,00), duruma ilişkin duygular (t = 38,1, p = 0,00), tedavi ve komplikasyonlar (t = 42,0, p = 0,00), yaşam kalitesi (t = 76,6, p = 0,00) ve cilt bakımında (t = 69,4,p = 0,00) hastaların öğrenim gereksinimi önem verme düzeyi yüksek ancak karşılanma düzeyi düşük bulundu. Yapılan araştırmalarda, Şendir ve ark. (186) hastaları yaşam aktiviteleri, tedavi ve komplikasyonlar ve yaşam kalitesi ölçek alt gruplarında toplam eğitim gereksinimi puanının yüksek seviyede olduğunu belirlemişlerdir. Johansson ve ark. (18) tarafından yapılan araştırma da hastaların tedavi ve komplikasyonlar hakkında bilgileri önemli bulduğu belirlenmiştir. Çetinkaya ve ark. (188) tarafından dahili ve cerrahi kliniklerde yapılan araştırmada da ilaçlar ve tedavi ve komplikasyonlar ölçek alt grupları önemlilik düzeyi yüksek bulunmuştur. Hastanın öğrenim gereksinimlerinin belirlenip, hasta eğitiminin planlanması hastanın tedavi öncesi, sırası ve sonrası bakımını destekleyici bir nitelik taşıması nedeniyle önem kazanmaktadır (189). Araştırmaların sonuçları kalça protezi ameliyatı olan hastaların öğrenim gereksinimleri düzeyinin yüksek ancak karşılanma düzeyinin düşük olduğunu gösterdi. Kalça protezi ameliyatı olan hastaların öğrenim gereksinimleri önem verme ve karşılanma düzeyi arasında fark vardır. H1 hipotezi gerçekleşmiştir.

Hastaların kalça protezi ameliyatına ilişkin bireysel özelliklerinin hasta öğrenim gereksinimlerine etkisi incelendiğinde yaş arttıkça hastaların önem verme düzeyi ve karşılanma düzeyinin azaldığı (sırasıyla r = -0,80, p = 0,00; r = -0,87, p = 0,00) belirlendi (Tablo 5). Suhonen ve ark. (190) tarafından taburcu edilmek üzere olan hastalara yapılan araştırmada da genç yaş grubunda yer alan kişilerin diğer yaş ortalamasında yer alan kişilere göre daha fazla bilgi gereksinimi olduğu belirlenmiştir.

Aynı tabloda hastaların eğitim durumunun kalça protezi ameliyatı olan hastaların öğrenim gereksinimlerine etkisi incelendiğinde; üniversite eğitimi alan hastaların okur yazar olmayan ve ortaöğrenim gören hastalardan (sırasıyla f = 9,28, p = 0,00; f = 38,7, p = 0,00) ve çalışan hastaların çalışmayan hastalara göre (sırasıyla t = 4,88, p = 0,00; t = 10,6, p = 0,00) öğrenim gereksinimi önem verme ve karşılanma düzeyi istatistiksel olarak anlamlı oranda

yüksek olduğu belirlendi (Tablo 5). Güçlü ve ark. (151) tarafından cerrahi hastalar ile yapılan araştırmada da üniversite mezunu olan ve çalışan hastaların taburculuk eğitim gereksiniminin yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmaların sonuçları hastaların bireysel özelliklerinden yaş, üniversite mezunu olma ve çalışıyor olmanın hastaların öğrenim gereksinimleri önem verme ve karşılanma düzeyine etki ettiği (önem verme düzeyi karşılanma düzeyinden yüksek) belirlendi.

Hastaların hastalık özellikleri ve ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; tanısı doğuştan kalça çıkığı olan hastaların diğer tanılara göre öğrenim gereksinimleri önem verme ve karşılanma düzeyinin yüksek olduğu (sırasıyla f = 11,1, p = 0,00; f = 10,5, p = 0,00) belirlendi (Tablo 6). Demir ve ark. (191) tarafından yapılan araştırma da gelişimsel kalça displazi tanılı çocuk hastaların ailelerinin taburculuk bilgilenme gereksinimleri olduğu belirlenmiştir.

Aynı tabloda hastaların ameliyat olma nedeninin hasta öğrenim gereksinimlerine etkisi incelendiğinde; daha fazla yürüme isteği olan hastaların öğrenim gereksinimlerine önem verme ve karşılanma düzeyinin yüksek olduğu (sırasıyla f = 12,3, p = 0,00; f = 7,27, p = 0,00) belirlendi (Tablo 6). Löfvendahl ve ark. (192) tarafından kalça ve diz protezi planlanan hastalar ile yapılan araştırmada hastaların yürüme faaliyetlerinde sorunlar yaşadığı belirlenmiştir. Escobar ve ark. (193) tarafından kalça ve diz protezi uygulaması planlanan hastalar ile yapılan araştırmada da, hastaların yürüme aktivitelerindeki kısıtlamaların kalça ve diz protez uygulamasında öncelik kriterleri arasında yer aldığı belirlenmiştir. Bahl ve ark. (194) tarafından osteoartritli hastalara total kalça protezi uygulamasının yapılması ile hastaların yürüme fonksiyonlarına olumlu katkı sağladığı belirlenmiştir. Bu araştırmanın ve diğer araştırmaların sonuçları; doğuştan kalça kırığı bulunan ve yürüme isteği olan hastaların öğrenin gereksinimleri önem verme ve karşılanma düzeyine etki ettiği belirlendi.

Tablo 7'de hastaların bilgilendirilme özelliklerinin öğrenim gereksinimleri önem verme ve karşılanma düzeyine etkisi incelendiğinde; yazılı ve sözlü bilgilendirime yapılanların öğrenim gereksinimleri önem verme ve karşılanma düzeyi yüksek bulundu (sırasıyla t = -5,56, p = 0,00, t = -10,4, p = 0,00). Johansson ve ark. (195) tarafından ortopedi hastaları ile yapılan araştırmada hastalara eğitimin yazılı materyal ya da yazılı materyal yanında farklı bir eğitim yönteminin kullanıldığı belirlenmiştir. Gürlek ve Yavuz (196) tarafından cerrahi kliniklerde yapılan araştırmada da hastaların büyük bir kısmına yazılı, sözlü ve kurum formları kullanılarak eğitim verildiği belirlenmiştir. Sonuçlar yazılı ve sözlü

bilgilendirilmenin cerrahi hastalarında yaygın kullanıldığını ve hastalar tarafından önemli bulunduğunu gösterdi.

Aynı tabloda öğrenim gereksinimleri karşılanma düzeyi, genel olarak bilgi (t = 12,0, p = 0,00) ve cilt bakımı (t = 2,58, p = 0,01) konusunda bilgilendirilen hastaların öğrenim gereksinimlerinin karşılanma düzeyi yüksek bulundu. Orgun ve ark. (197) tarafından yapılan araştırmada ortopedi kliniğinde yatan hastaların cilt bakımı ölçek alt boyutu yüksek bulunmuştur.

Öğrenim gereksinimlerinin karşılanmasında tedavi ve komplikasyonlar konusunda bilgilendirilmeyen (t = -2,72, p = 0,01) ve hekim tarafından bilgi verilen (t = 2,20, p = 0,03) hastaların öğrenim gereksinimleri karşılanma düzeyi yüksek bulundu. Şendir ve ark. (198) tarafından ortopedi hastaları ile yapılan araştırmada da, hastaların tanı ve tedavi süreçlerinde bilgilendirilme yapılmasının hasta memnuniyetini arttırdığı sonucuna varılmıştır. Özsoy ve ark. (199) tarafından yapılan araştırmada da hastaların tedavi ve evde bakım konularında bilgi verilmesi hastaların memnuniyet düzeyine olumlu katkı sağladığı belirlenmiştir. Beldek ve ark. (200) tarafından ortopedi hastaları ile yapılan araştırma da, hastaların bilgi gereksinimlerinin büyük bir kısmının hekim tarafından karşılandığı belirlenmiştir. Sonuçlar hastaların bilgilendirilme özelliklerinin öğrenim gereksinimleri önem verme düzeyine ve karşılanma düzeyine etki ettiğini gösterdi.

Tablo 8'de hastaların bilgi gereksinimi düşünceleri incelendiğinde; hastalar yatağa yatma kalkma, ameliyat sonrası güvenlik önlemleri, merdiven inip çıkma, arabaya binme inme, varis çorabı giyme ve bacak egzersizleri konusunda bilgiye gereksinimleri olduğunu %99 oranında belirtmişlerdir. En az bilgiye gereksinim duydukları konu olarak %37,8 oranında cinsel yaşamı belirtmişlerdir. İlgili araştırmalarda; Aygül ve ark. (201) tarafından yapılan farklı örneklem grubuna sahip araştırma da hastaların en fazla ameliyat sonrası ayağa kalkma, en az cinsel yaşam konusunda bilgilendirildiği, Demir ve Erdoğan'ın (202) kalça protezi ameliyatı olan hasta ile ilgili olgu sunumunda, hastaya cinsel yaşam konusunda bilgi verilmediği, Özdemir ve Tosun (167) tarafından kalça ameliyatı uygulanan hastalar ile yapılan araştırmada hastalara ev egzersiz programlarının uygulanması ile hastaların fiziksel aktivite kazanımlarının desteklendiği, Özkan ve ark. (157) tarafından genel cerrahi kiniğinde yapılan araştırmada hastaların kompresyon çorabı kullanımı ile ilgili bilgi gereksinimlerinin olduğu, Bakırhan ve ark. (203) tarafından yapılan araştırmada da, total kalça artroplastisi uygulanan obez olmayan hastaların erken dönemde hareket etmesinin sağlanması ile merdiven inip çıkma aktivitesinde olumlu sonuçlar ortaya çıktığı belirlenmiştir.

Araştırmaların sonuçları total kalça protezi ve benzer cerrahi girişimler uygulanan hastaların geniş bir alanda bilgilenme gereksinimi olduğunu göstermiştir.

SONUÇLAR

Trakya üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı'nda yapılan kalça protezi ameliyatı olan hastaların hasta öğrenim gereksinimlerinin belirlendiği bu araştırmada aşağıdaki sonuçlara varılmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların (n:98) yaş ortalamalarının 62,85±17,52, %62,2'sinin (n:61) kadın, %72,4'ünün evli (n:71), %68,4'ünün eğitim düzeyinin (n:67) orta öğrenim, %76,5'inin (n:75) çalışmadığı belirlendi (Tablo 1).

Hastaların %58,2'sinin (n:57) tanısının kalça kırığı olduğu, %71,4 'ünün (n:70) daha önce ameliyat olduğu, %59,2'sinin (n:58) yürüyememe nedeni ile kalça protezi ameliyatı olduğu belirlendi (Tablo 2).

Hastaların % 59,2'sine (n:58) bilgilendirilme yapılmadığı, %34,7'sine (n:34) tedavi ve komplikasyonlar hakkında bilgilendirilme yapıldığı, %57,5'ine (n:23) ameliyat öncesi ve sonrası bilgilendirilme yapıldığı, %55'ine (n:22) sözlü ve yazılı bilgilendirilme yapıldığı, %62,5'ine (n:25) bilginin hekim tarafından verildiği belirlendi (Tablo 3).

Hastaların öğrenim gereksinimleri önem verme düzeyinin karşılanma düzeyinden yüksek olduğu belirlendi (t= 75,4, p = 0,00), (Tablo 4).

Ölçek alt boyutlarında; ilaçlar (t: 51,8,p: 0,00), yaşam aktiviteleri (t = 79,0, p = 0,00), toplum ve izlem (t = 60,8, p = 0,00), duruma ilişkin duygular (t = 38,1, p = 0,00), tedavi ve komplikasyonlar (t = 42.0, p = 0,00), yaşam kalitesi (t = 76,6, p = 0,00), cilt bakımı puan ortalamalarının (t = 69,4, p = 0,00) öğrenim gereksinimleri önem verme düzeyinin karşılanma düzeyinden yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4).

Hastaların bireysel özellikleri ile ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında yaş ortalaması azalan (r = -0,80, p = 0,00, r = -0,87, p = 0,00), üniversite eğitimi alan (F = 9,28, p = 0,00, F = 38,7 p = 0,00) ve çalışan (t = 4,88, p = 0,00, t = 10,6, p = 0,00) hastaların öğrenim gereksinimleri önem verme ve karşılanma düzeyinin daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 5).

Hastaların hastalık özellikleri ile ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında tanısı doğuştan kalça çıkığı (F:11,1, p:0,00, F:10,5, p:0,00) ve daha fazla yürüme isteği (F:12,3, P:0,00, F:7,27, p:0,00) nedeniyle ameliyat olan hastaların öğrenim gereksinimleri önem verme ve karşılanma düzeyine etki ettiği belirlendi (Tablo 6).

Hastaların bilgilendirilme özelliklerinin öğrenim gereksinimleri önem ve karşılanma düzeyine etkisi incelendiğinde; yazılı ve sözlü bilgilendirilme yapılan hastaların öğrenim gereksinimleri önem verme ve karşılanma düzeyi yüksek bulundu (t = -5,56, p = 0,00, t = -10,4, p = 0,00), (Tablo 7).

Hastaların bilgilendirilme özelliklerinin öğrenim gereksinimleri önem verme ve karşılanma düzeyine etkisi incelendiğinde; genel olarak bilgilendirilen (t = 12,0, p = 0,00) ve cilt bakımı konusunda bilgilendirilen (t = 2,58, p = 0,01) hastaların öğrenim gereksinimleri karşılanma düzeyi yüksek bulundu (Tablo 7).

Hastaların bilgilendirilme özelliklerinin öğrenim gereksinimleri önem verme ve karşılanma düzeyine etkisi incelendiğinde; tedavi ve komplikasyonlar konusunda bilgilendirilmeyen (t= -2,72, p = 0,01) ve hekim tarafından bilgilendirilen (t = 2,20, p = 0,03) hastaların öğrenim gereksinimleri karşılanma düzeyi yüksek bulundu (Tablo 7).

Hastaların bilgi gereksinimi düşünceleri incelendiğinde; hastaların yatağa yatma kalkma, ameliyat sonrası güvenlik önlemleri, merdiven inip çıkma, arabaya binme inme, varis çorabı giyme ve bacak egzersizleri konusunda bilgiye gereksinimleri olduğu %99 oranında belirlendi. En az bilgiye gereksinim duydukları konu olarak %37,8 oranında cinsel yaşam belirlendi (Tablo 8).

ÖNERİLER

Kalça protezi ameliyatı olan hastaların hasta öğrenim gereksinimlerinin belirlendiği bu araştırmada;

- ✓ Hastaların öğrenim gereksinimlerinin karşılanma düzeyinin arttırılmasını,

- ✓ İlaçlar, yaşam aktiviteleri, toplum izlem, duruma ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi ve cilt bakımına ilişkin öğrenim gereksinimlerinin karşılanmasını,
- ✓ Hastaların yaş ortalamasının, öğrenim düzeyinin ve çalışma durumunun öğrenim gereksiniminin karşılanmasında dikkate alınmasını,
- ✓ Hastaların öğrenim gereksinimlerinin karşılanmasında doğuştan kalça çıkığı tanısının ve daha fazla yürüme isteğinin dikkate alınmasını,
- ✓ Hastalara yazılı ve sözlü bilgilendirilme yapılmasını ve cilt bakımı ve tedavi ve komplikasyonlar konularına önem verilmesini,
- ✓ Hastaların geniş bir alanda bilgilendirilmelerini ve hemşirelerin bilgilendirmede daha aktif olmalarını önermekteyiz.

ÖZET

Bu tanımlayıcı araştırma, kalça protezi ameliyatı olan hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapıldı.

Araştırma Ağustos 2016-Ağustos 2017 tarihleri arasında iki farklı Üniversitenin Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezleri, Ortopedi Kliniklerinde kalça protezi ameliyatı olan 98 hasta ile yapıldı. Verilerin toplanmasında kişisel bilgi formu ve HÖGÖ kullanıldı. Verilerin analizinde tanımlayıcı analizler (yüzde, ortalama) t Test, Anova Test kullanıldı.

Hastaların yaş ortalamaları (n:98) 62,85±17,52, %62,2' sinin (n:61) kadın, %68,4'nün (n:67) eğitim düzeyinin orta öğrenim olduğu belirlendi. HÖGÖ' nde hastaların aldıkları toplam ölçek puan ortalamalarında ilaçlar (t = 51,8, p = 0,00), yaşam aktiviteleri (t = 79,0, p = 0,00), toplum ve izlem (t = 60,8, p = 0,00), duruma ilişkin duygular (t = 38,1, p = 0,00), tedavi ve komplikasyonlar (t = 42,0, p = 0,00), yaşam kalitesi (t = 76,6, p = 0,00) ve cilt bakımında (t = 69,4, p = 0,00) ölçek alt boyutlarında hastaların öğrenim gereksinimleri önem verme düzeyi puan ortalamasının karşılanma düzeyi puan ortalamasından yüksek olduğu belirlendi

. Tüm yaş gruplarında, tüm eğitim düzeylerinde çalışan, çalışmayan, doğuştan kalça çıkığı, kalça kırığı ve koksartroz tanılarını alan, ağrıya dayamayan, yürüyemeyen ve daha fazla yürüme isteği olan, sadece sözlü ve sözlü ve yazılı bilgilendirilen hastaların öğrenim gereksinimleri önem verme düzeyinin karşılanma düzeyinden yüksek olduğu belirlendi.

Kalça protezi ameliyatı olan hastaların öğrenim gereksinimleri önem verme düzeyinin karşılanma düzeyinden yüksek olduğu belirlendi. Hastaların geniş bir alanda bilgilendirilmelerini ve hemşirelerin bilgilendirmede daha aktif olmalarını önermekteyiz.

Anahtar kelimeler: Hasta öğrenim gereksinimleri, Hemşirelik, Kalça protezi.

DETERMINATION THE NEEDS FOR INFORMATION OF HIP REPLACEMENT SURGERY PATIENTS

SUMMARY

This descriptive study aims to evaluate the learning needs of patients who have undergone hip arthroplasty.

This study was conducted with 98 patients who have undergone hip arthroplasty in the orthopedic clinics of two university hospitals between August 2016 and August 2017. In data collection, a personal information form and The Patient Learning Needs Scale were used. Statistical analysis was completed using descriptive analyses, Student's t-test, and ANOVA.

It was determined that 62.2% of the patients were female (n=61), 68.4% (n=67) had secondary education and the mean age was 62.85±17.52 years. The mean scores of the patients' perceived learning needs were found to be higher than the mean scores of meeting needs of the medications ($t = 51.8$, $p = 0.00$), activities of living ($t = 79.0$, $p = 0.00$), community and follow-up ($t = 60.8$, $p = 0.00$), feelings related to condition ($t = 38.1$, $p = 0.00$), treatment and complications ($t = 42.0$, $p = 0.00$), quality of life ($t = 76.6$, $p = 0.00$), and skincare subscales ($t = 69.4$, $p = 0.00$). It was found that the learning needs and meeting needs of patients who were in all age groups, at all educational levels, employees and unemployed, can not tolerate pain, walk and wants to walk further, with congenital hip dislocation, hip fracture, and coxarthrosis, and of only verbally and verbally and in writing informed patients were at an high level.

It was determined that the perceived learning needs of patients who have undergone hip arthroplasty are higher than the meeting needs. We recommend that patients are informed in a wide range and nurses should be more active in patient information.

Keywords: Hip arthroplasty, Nursing, Patient learning needs.

KAYNAKLAR

1. Yaban ZŞ, Karaöz S.Total kalça protezi ameliyatında hemşirelik bakımı. Cumhuriyet Üniv HemYüksekokulu Derg 2007;11(1):47-53.

2. Burç H, Çaloğlu A, Kırdemir V, Baykal BY, Yorgancıgil H. Koksartroz olgularında total kalça artroplastisi uygulamalarımız (orta dönem sonuçları). Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fak Derg 2012;19(1):1-5.

3. Çetinkaya F. Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Total Kalça Protezi Ameliyatı Olan Hastaların Uyku Kalitesine Etkisi (doktora tezi). Erzurum: Atatürk Üniv; 2013.

4. Şendir M. Total kalça protezi ameliyatı öncesi hasta eğitiminin ameliyat sonrası fiziksel uyum ve yaşam kalitesine etkisi. Hemşirelik Bülteni 2000;XII(46):27-41.

5. Bilgen FÖ, Bilgen S, Ermutlu C. Kalça protezlerinde malzeme ve tasarım özellikleri. Türk Ortopedi ve Travatoloji Birliği Derneği Derg 2011;10(2):147-157.

6. Nazlı Y. Total Kalça Protezi Uygulanan Hastalarda Immobilizasyonun Hasta Üzerine Etkisi (yüksek lisans tezi). İstanbul: Marmara Üniv; 2007.

7. Aşık M, Çetinkaya S, Seyhan F. Anatomik total kalça artroplastisi (Zimmer) uygulamalarımız ve erken sonuçlar. Acta Orthop Traumatol Turc 1996;30:144-146.

8. Ulusan Z. Kalça Protezi Uygulanan Hastaların Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimlerinin Saptanması (yüksek lisans tezi). Ankara: Gazi Üniv; 2008.

9. Şendir M.Total kalça protezli hastalar için eğitim programı. Florence Nightingale Hem Yüksekokulu Derg 2002;XII(48):72-80.

10. Asar SA. Total Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Ve Sonrası Verilen Taburculuk Eğitiminin Yaşam Aktiviteleri Ve Yaşam Kalitesine Etkisi (yüksek lisans tezi). İstanbul: Marmara Üniv;2015.

11. Healt a Glance 2017 OECD Indicators. Hip and knee replacement. Paris; 2017. https://www.health.gov.il/publicationsfiles/healthataglance2017.pdf

12. Demir GS. Kalça Protezi Ameliyatı Olan Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri Bakım Modeline Göre Evde Izleminin Etkinliği (doktora tezi). Ankara: Hacettepe Üniv; 2010.

13. Açıksöz S ve Uzun Ş.Total kalça protezi uygulanan bireylerin günlük yaşam aktivitelerine yönelik evde bakımında karşılaşılan güçlükler. Cumhuriyet Üniv Hemşirelik Yüksekokulu Derg 2007;11(1):8-16.

14. Şendir M. Total kalça protezi hasta eğitim kitapçığı. 2013. https://www.researchgate.net/publication/254258043_Total_Kalca_Protezi_Hasta Egitim Kitapcıgı Erişim Tarihi: 07.03.2016

15. Yeh ML, Chen HH, Liu PH. Effects of multimedia with printed nursing guide in education on self-efficacy and functional activity and hospitalization in patients with hip replacement. Patient Education and Counseling 2005;57:217–224.

16. Giraudet-Le Quintrec JS, Coste J, Vastel L, Pacault V, Jeanne L, Lamas JP. et al. Positive effect of patient education for hip surgery. Clınıcal Orthopaedıcs and Rrelated Research 2003;414:112-120.

17. Yoon RS, Nellans KW, Geller AJ, Kim AD, Jacobs RM, Macaulay W. Patient education before hip or knee arthroplasty lowers length of stay. The Journal of Arthroplasty 2010;25(4):547-551.

18. Johansson K, Hupli M, Salantera S. Patients' learning needs after hip arthroplasty. J Clin Nurs 2002;11:634–639.

19. Çatal E, Dicle A. Hasta öğrenim gereksinimleri ölçeği'nin türkiye'de geçerlik ve güvenirlik çalışması. Dokuz Eylül Üniv Hemş Yüksekokulu Elektronik Derg 2008;(1):19-32. http://aves.akdeniz.edu.tr/YayinGoster.aspx?ID=2675&NO=9

20. Tan M, Özdelikara A, Polat H. Hasta öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. Florence Nightingale Hem Derg 2013;21(1):1-8.

21. Gümüş K, Ünsal A. Osteoartrit'te hemşirelik bakımına güncel bir bakış. Balıkesir Sağlık Bil Derg 2014:3 (3);179-182.

22. Ghalme SG, Mankar A, Bhalerao Y. Biomaterials in hip joint replacement. International Journal of Materials Science and Engineering 2016:4(2);113-125.

23. Ekşioğlu MF, Açar Hİ, Tekdemir İ. Kalça ekleminin fonksiyonel anatomisi. TOTBİD Derg 2011;10(1):32-37.

24. Gökçe H, Altunkılıç T, Serbest S. Total kalça protezi sonuçlarımız. J Clin Anal Med 2014;5(3):177-81.

25. Azboy İ, Demirtaş A, Uçar BY. Total kalça artroplastisinde endikasyonlar ve hasta seçimi. TOTBİD Derg 2013;12:201–206.

26. Hallan G.Wear Fixation and Revision of Total Hip Prostheses. Norway: Faculty of Medicine Univ of Bergen; 2007.

27. Kaya Ş, Özdemir H, Dabak AY. İleri yaş hastalarda çimentolu ve çimentosuz hemiartroplasti sonuçlarının karşılaştırılması. Dicle Tıp Derg 2017;44(3):233-241..

28. Keklikçi K, Çilli F, Pehlivan Ö, Kuşkucu M. Femur boyun kırıkları. Türk TOTBİD Derg 2009;(12);1-6.

29. Holzwarth U, Cotogno G. Total hip arthroplasty. JRC Scientific and Policy Reports. 2012. file:///C:/Users/lenova/Downloads/gp_eudor_WEB_LBNA25378ENC_002.pdf.en.pdf

30. Knight SR, Aujla R, Biswas SP. Total Hip Arthroplasty – over 100 years of operative history. Orthopedic Reviews 2011;3(16):72-74.

31. Brown SR, Davies WA, DeHeer DH, Swanson AB. Long-term survival of McKee-Farrar total hip prostheses. Clin Orthop Relat Res 2002;402:157-63.

32. Bilgetekin YG, Akmeşe R, Işık Ç. Koksartroz olgularında total kalça artroplastisi klinik ve radyolojik erken dönem sonuçları. Bozok Tıp Derg 2012;3:11-21.

33. Kocaoğlu H, Başarır K, Erdemli B. Total kalça artroplastisinde eklemleşme seçenekleri: Eklemleşme kime, hangi ikili? TOTBİD Derg 2013;12:239–247.

34. Gümüş K, Ünsal A. Osteoartritli bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. Türk Osteoporoz Derg 2014;20:117-24.

35. Pivec R, Johnson AJ, Mears SC, Mont MA. Hip arthroplasty. Lancet. 2012;380(9855):1768-772012:380(9855);1768-1777.

36. Gullberg B, Johnell O, Kanis JA. World-wide projections for hip fracture. Osteoporos İnt 1997;7(5):407-13.

37. Uğurlu M, Yılmaz S, Deveci A, Unlu S, Tunc B, Ustu Y ve ark. The epidemiologic characteristics of patients that underwent surgery for hip fracture. Turk J Med Sci 2012;42(2): 299-305.

38. Kurtz S, Mowat F, Ong K, Chan N, Lau E, Halpern M. Prevalence of primary and revision total hip and knee arthroplasty in the United States from 1990 through 2002. J Bone Joint Surg Am 2005;87(7):1487-97.

39. Başal Ö, Baykal B, Burç H, Turgay O, Öztürk R. Artrozlar ve artroplasti & güncel artrodez yaklaşımları kalça artroplastileri. Isparta: Derman Tıbbi Yayıncılık 2015:479-507.

40. Palabıyık O, Toptaş Y, Beyaz SG, Tomak Y, Erdem AF. Kalça protezi ameliyatinda kemik çimentosu implantasyon sendromu. Journal of Contemporary Medicine 2013;3(2):121-124.

41. Salar N, Bilgen MS, Bilgen ÖF, Ermutlu C, Eken G, Durak K. Total hip arthroplasty for acetabular fractures: "Early application". Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2017;23(4);337-342.

42. Burnett RSJ, Abos D. Total hip arthroplasty: Techniques and results. BC Medıcal Journal 2010;52(9):455-464.

43. Can F. Total kalça artroplastisi, rehabilitasyon. TOTBİD Derg 2013;12:292–308.

44. Zagra L. Advances in hip arthroplasty surgery: what is justified? Europen Oral Research 2017;2;172-177.

45. Halawi MJ, Jongbloed W, Baron S, Savoy L, Williams VJ, Cote MP. Patient Dissatisfaction After Primary Total Joint Arthroplasty: The Patient Perspective. J Arthroplasty 2019;S0883-5403(19):30120-2.

46. Şen C, Akman Ş, Boynuk B,Aşık M, Tözün R. 70 yaş üzerindeki femur kırıklı hastalarda düz saplı (straight stem) parsiyel protez uygulaması. Ulus Trav Derg 2000;6(3):160-165.

47. Maggs j, Wilson M. The Relative Merits of Cemented and Uncemented Prostheses in Total Hip Arthroplasty. Indian J Orthrop 2017;51(4):377-385.

48. Iıda H. Indications for Total Hip Arthroplasty and Selection of Prosthesis. JMAJ 2001;44(4):159–164.

49. Zhang **C**, Yan CH, Zhang **W.** Cemented or cementless fixation for primary hip arthroplastyevidence from The International Joint Replacement Registries. Ann Joint 2017;2:57.

50. Chandrakumar A, Sajid AM, Suriyaprakash TN, Ajmal KK. Prevalence of venous thromboembolism risk factors and prophylactic adequacy among general surgical patients in a tertiary care hospital. Indian Heart J 2016;68(4):513-8.

51. Gürsoy A, Çilingir D. Cerrahi hastaları için sessiz tehlike: derin ven trombozu risk azaltıcı hemşirelik bakımı. ACU Sağlık Bil Derg 2018;9(3):213-219.

52. Bjornara BT, Gudmundsen TE, Dahl OE. Frequency and timing of clinical venous thromboembolism after major joint surgery. J Bone Joint Surg Br 2006;88(3):386-91.

53. Arslan KA, Tecimel O, Aksekili A, Çiçekli Ö, Çelik İ, Doğan M. Derin ven trombozu ve ortopedik cerrahideki önemi. Dirim Tıp Gazetesi 2008;83:129-133.

54. Öner FA, Yurdakul S, Avşar ÇU, Cebeci E, Ergüney M. Akut pulmoner emboli. İstanbul Tıp Derg 2009;1:33-36.

55. White RH, Henderson MC. Risk factors for venous thromboembolism after total hip and knee replacement surgery. Curr Opin Pulm Med 2002;8(5):365-71.

56. Bekmez Ş, Çağlar Ö, Atilla B. Total kalça artroplastisi sonrası enfeksiyon. TOTBİD Derg 2013;12:268–275.

57. Öztürk İ, Ergin ÖN. Periprostetik eklem enfeksiyonları (giriş, tanımlama ve sınıflamalar). TOTBİD Derg 2016;15:74–77.

58. Ong KL, Kurtz SM, Lau E, Bozic KJ, Berry DJ, Parvizi J. Prosthetic joint ınfection risk after total hip arthroplasty in the medicare population. J Arthroplasty 2009;24 (6 Suppl):105-109

59. Kurtz SM, Lau E, Watson H, Schmier JK, Parvizi J. Economic burden of periprosthetic joint infection in the United States. J Arthroplasty. 2012;27(8 Suppl):61-5.

60. Azboy İ. Periprostetik enfeksiyon riskini azaltma: ameliyathane ortamı ve ameliyat sırasında alınacak önlemler. TOTBİD Derg 2016;15:91–95.

61. Özden VE, Beksaç B. Periprostetik eklem enfeksiyonu ameliyat öncesi tanı yöntemleri. TOTBİD Derg 2016;15:103-107.

62. Dowsey MM, Choong PFM. Obesity is a major risk factor for prosthetic ınfection after primary hip arthroplasty. Clin Orthop Relat Res 2008;466:153-158.

63. Bongartz T, Hallıgan CS, Osmon DR, Reınalda MS, Bamlet WR, Crowson CS et al. Incidence and risk factors of prosthetic joint ınfection after total hip or knee replacement in patients with rheumatoid arthritis. Arthritis & Rheumatism 2008;59(12):1713-1720.

64. Ersöz G. Ortopedik protez enfeksiyonlarını. Klimik Derg 2013;26(3):84-93.

65. Gül HC, Artuk C,Yıldız C. Protez enfeksiyonlarının tanı, tedavi ve yönetimi. J Clin Anal Med 2013;4(4):332-9.

66. Amoah KD, Raszewski J, Duplantier N,Waddell BS. Dislocation of the hip: a review of types, causes, and treatment. Ochsner J 2018;18:242–252.

67. Faldini C, Stefanini N, Fenga D, Neonakis EM, Perna F, Mazzotti A et al. How to prevent dislocation after revision total hip arthroplasty: a systematic review of the risk factors and a focus on treatment options. J Orthop Traumatol 2018;19(17):2-8.

68. Meek RMD, Allan DB, McPhillips G, Kerr L, Howie CR. Late dislocation aftertotal hip arthroplasty. Clin Med Res 2008;6(1):17-23.

69. Yılmaz M. Cerrahi süreç: Cerrahi hastaın değerlendirilmesi. Etiaslan F (Editör). Cerrahi Bakım Vaka Analizleri ile Birlikte. Ankara: Akademisyen Kitabevi: 2016. s.288-328.

70. Bozic KJ, Kurtz SM, Lau E, Ong K,Vail TP, Berry DJ. The epidemiology of revision total hip arthroplasty in the united states. J Bone Joint Surg Am 2009;91:128-33.

71. Aydın A, Çilingir D. Reoperation and nursing care. HEA Derg 2017;14(3):218-222.90.

72. Lucas B. Total hip and total knee replacement: preoperative nursing management. Br J Nurs 2008;10;17(21):1346-51.

73. Karayağız F, Altuntaş M, Güçlü YA, Yılmazer TT, Öngel K. Cerrahi servisinde yatan hastalarda görülen anksiyete dağılımı. Smyrna Tıp Derg 2011:22-26.

74. Cimilli C. Cerrahide anksiyete. Klinik Psikiyatri 2001;4:182-186.

75. Turhan Y, Avcı R, Özcengiz D. Elektif cerrahi hazırlığında preoperatif ve postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisi. Anestezi Derg 2012;20(1):27-33.

76. Brull R, McCartney CJ, Chan VW. Do preoperative anxiety and depression affect quality of recovery and length of stay after hip or knee atrhroplasty? Can J. Anaesth 2002;49(1):109.

77. Taşdemir A, Erakgün, Deniz AM, Çertuğ A. Preoperatif bilgilendirme yapılan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerinin state-trait anxiety ınventory test ile karşılaştırılması. Turk J Anaesth Reanim 2013;41:44-9.

78. Dayılar H, Oyur G, Kamer E, Sarıçiçek A, Cengiz F, Hacıyanlı M. Kolon ameliyatı öncesi hastaların anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi. Turk J Colorectal Dis 2017;27:6-10.

79. Doğu Ö. Cerrahi girişim planlanan hastaların eğitim gereksinimlerinin karşılanması ve eğitimin hasta bireyin psikolojik hazırlığına etkisi-Sakarya Örneği. Düzce Üniv Sağlık Bil Enst Derg 2013;3(3):10-13.

80. Yılmaz E, Aydın E. Cerrahi girişim yapılan hastalarda ameliyat öncesi-sonrası anksiyetenin derlenme kalitesine etkisi. Fırat Sağlık Hizmetleri Derg 2013;8(23):80-95.

81. Yavuz M. Ameliyat öncesi bakım, Aslan FE, Ayfer Karadakovan A (Editörler). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım'da. Adana: Nobel Kitabevi; 2010. s.293-307.

82. T.C. Mili Eğitim Bakanlığı. Ameliyat öncesi hazırlık. Ankara; 2012. http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Ameliyat%20%C3%96ncesi%20Haz%C4%B1rl%C4%B1k.pdf

83. Açık ME, Işıl CT, Türk HŞ, Dobrucalı UH, Sayın P, Kılınç L ve ark. Total kalça protezi yapılan yaşlı hastalarda tek taraflı spinal anestezinin hemodinamik etkileri. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni 2015;49(1):46-52.

84. Usta A, Aygin D. Yaşlı hastanın ameliyat sonrası bakımı neden farklı olmalı? Düzce Üniv Sağlık Bil Enst Derg 2015;5(3):59-65.

85. Savaş S, Akçiçek F. Kapsamlı geriatrik değerlendirme. Ege Tıp Derg 2010;49(3Ek):19-30.

86. Dumlu EG, Bozkurt B, Tokaç M, Kıyak G, Özkardeş AB, Yalçın S ve ark. Cerrahi hastalarda malnütrisyon ve beslenme desteği. Ankara Medical Jornal 2013;13(1):33-39.

87. Erdil F, Elbaş NÖ. Ameliyat öncesi (preoperatif) hemşirelik bakımı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği'nde. Ankara: Aydoğdu Ofset Matbaacılık; 2001. s.103-114.

88. Özer B, Kocakuşak A, Tatar C, Koyuncu A, Benek S, Aydın H ve ark. Elektif cerrahi operasyon planlanan hastaların pre-operatif nütrisyonel durumunun değerlendirilmesi ve nütrisyonel destek gereksiniminin belirlenmesi. Med Bull Haseki 2016;(54):232-6.

89. Dolgun E, Yavuz M. Aşırı şişmanlık cerrahisinde hemşirelik bakımı. Maltepe Univ Hem Bilim ve Sanatı Derg 2010;3(1):86-92.

90. Aydın E, Bulut H. Bariatrik cerrahide hemşirelik bakımı. TAF Prev Med Bull 2014;13(1):77-82.

91. Bakırhan S, Ünver B, Karatosun V. Total kalça artroplastili hastalarda ameliyat öncesi vücut ağırlığı ameliyat sonrası erken dönem fonksiyonel aktiviteleri etkiler mi? Eklem Hastalık Cerrahisi Derg 2017;28(3):188-194.

92. Fındık ÜY, Topçu SY, Üstündağ H, Coşkun Ö. Cerrahi hastalarının hastanede sigara içme durumlarının belirlenmesi. İstanbul Üniv Florence Nightingale Hem Derg 2010;18 (1):26-32.

93. Şahin ÖK, Aksoy MÇ. Oral cerrahi işlemler sonrası yara iyileşmesine sigaranın etkileri. Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg 2014;24(3):434-441.

94. Sakai A, Zenke Y, Menuki K , Yamanaka Y, Tajima T , Uchida S. Current smoking ıs associated with delayed wound healing but not with ımprovement of contracture after the open palm technique for dupuytren's disease. J Hand Surg Asian Pac 2019;24(1):65-71.

95. Dağıstanlı S, Kalaycı MU, Kara Y. Genel cerrahide ERAS protokolünün değerlendirilmesi. İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Derg 2018;10(Ek sayı):9-20.

96. Ferrata P, Carta S, Fortina M, Scipio D, Riva A, Giacinto SD. Painful hip arthroplasty: definition. Clin Cases Miner Bone1,3, Metab. 2011;8(2):19–22.

97. Atış G, Altunay İK, Başoğlu F,Öncü J. Kaşıntı ve ağrının yaşam kalitesi üzerine etkisi. Turk J Dermatol 2017;11:119-22.

98. Faydalı S. Cerrahi hastalarında analjeziklerin kaliteli kullanımı. Sağlık Bil Fak Hem Derg 2010;83–91.

99. Pak SC, Micalos PS, Maria SJ, Lord B. Nonpharmacological ınterventions for pain management in paramedicine and the emergency setting: a review of the literature. Evid Based Complement Alternat Med 2015;873039.

100. Karadağ B, İkitimur B, Öngen Z. Yeni oral antikoagülan ve antigregan ilaçları kulanan hastalarda perioperatif yaklaşım. Türk Kardiyol Dern Arş 2012;40(6):548-551.

101. Kılıçarslan A, Öz ŞG. İç hastalıkları gözüyle preoperative değerlendirme. İç Hastalıkları Derg 2012;19:61-71.

102. Türk Anesteziyoloji ve Reaminasyon Derneği. Preoperatif hazırlık. 2005. https://www.tard.org.tr/assets/kilavuz/preoperatifdegerlendirme.pdf

103. Sevinç S. Kardiyovasküler sistemin değerlendirilmesi. HEA Derg 2006;3(1):12-21.

104. Kanan N. Kalp damar sisteminin cerrahi hastalıkları ve bakımı. Akyolcu N, Kanan N, Aksoy G (Editörler). Cerrahi Hemşireliği II'de. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2017. .s.74-85.

105. Hickson CJ, Metcalfe D, Oswald T, Masters JP, Rymaszewska M, Reed MR et al. Prophylactic antibiotics in elective hip and knee arthroplasty. Bone Joint Res 2015;4(11): 181–189.

106. Sepit D. Solunum sisteminin değerlendirilmesi. HEA Derg 2005;2(2):16-19.

107. Türk Toraks Derneği Preoperatif Değerlendirme Uzlaşı Raporu. Ankara; 2014. https://www.toraks.org.tr/book.aspx?list=1806&menu=270

108. Akyolcu N, Ak ES. Solunum sisteminin cerrahi hastalıkları ve bakımı. Akyolcu N, Kanan N, Aksoy G (Editörler). Cerrahi Hemşireliği II'de. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2017. s.11-17.

109. Özbaş A, Çavda İ. Üriner sistem cerrahisinde bakım. Aslan FE (Editör). Vaka Analizleri İle Birlikte Cerrahi Bakım'da. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2016. s.813-817.

110. Kanan N. Üriner sistemin cerrahi hastalıkları ve bakımı. Akyolcu N, Kanan N, Aksoy G (Editörler). Cerrahi Hemşireliği II'de. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2017. s.613.

111. Set T, Şahin EM. Birinci basamak hekimi için böbrek fonksiyon testleri. Sted 2003;12(9):344-348.

112. Uludağ İF, Gedizlioğlu M, Zorlu Y. Nörolojik hastalıklarda cerrahi öncesi değerlendirme. Turk Norol Derg 2011;17:173-180.

113. Uğraş GA. Yolcu N. Sinir sisteminin cerrahi hastalıkları ve bakımı. Akyolcu N. Kanan N. Aksoy G (Editörler). Cerrahi Hemşireliği II'de. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2017. s.522-547.

114. Özden VE, Beksaç B, Tözün İR. Ameliyat öncesi planlama, önemi. Türk Ortopedi ve Travmatoloji Derneği Derg 2013;12:207–214.

115. Erdil F, Bayraktar N. Yaşlı bireylerde kas iskelet sistemi sorunlarına yönelik hemşirelik yaklaşımları. İstanbul Üniv Florence Nightingale Hem Derg 2010;18(2):106-113.

116. Erdil F, Elbaş NÖ. Kas iskelet sistemi cerrahisi (ortopedi) ve hemşirelik bakımı. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği'nde. 4. Baskı. Ankara: Aydoğdu Ofset; 2001. s.511-587.

117. Büyükyılmaz F, Özdemir NG. Total kalça ve diz protezinde yeni yaşam: hasta eğitiminde anahtar kavramlar. İnönü Üniv Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Derg 2018;6(2):86-96.

118. Ertem A, Yava A, Demirkılıç U. Kardiyak cerrahi yapılan hastaların ameliyat öncesi verilen aydınlatılmış onam hakkındaki görüş ve önerilerinin belirlenmesi. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Derg 2013;21(2):378-391.

119. Deveci MA, Şener E, Şimşek SA. Proteze bağlı enfeksiyonların tedavisinde iki aşamalı revizyon. TOTBİD Derg 2011;10(4):312-318.

120. Hergül FK, Yavuz M. Ameliyat öncesi antiseptik duş cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesinde etkili midir? Pamukkale Tıp Derg 2016;9(2):171-179.

121. Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR. Guideline for prevention of surgical site ınfection. Centers for disease control and prevention (cdc) hospital infection control practices advisory committee. Am J Infect Control. 1999;27(2):97-132.

122. Department of HealThe Military Health System's Partnership for Patients Campaign. Implementation Guide for Surgical Site Infection 2013. https://health.mil/Reference-Center/Technical-Documents/2013/02/14/Implementation-Guide-for-Surgical-Site-Infections

123. Dönmez YC. Ameliyat öncesi cilt hazırlığı. Türkiye Klinikleri 2016;2(2):1116.

124. Yılmaz E. Cerrahi hastalarda ameliyat öncesi açlık sürecinde yeni yaklaşımlar. Ege Üniv Hem Yüksekokulu Derg 2009;25(3):105-118.

125. Schieren M, Wappler F. [Coffee, cigarettes, chewing gum - myths and facts about preoperative fasting]. Anasthesiol Intensivmed Notfallme Schmerzther 2019;54(2):142-145.

126. Özkaya BÖ, Yüce Z, Gönenç M, Gül A, Alış H. Ameliyat sonrası erken dönemde hastanede yatan hastaların uyku düzenini etkileyen etmenler. Bakırköy Tıp Derg 2013;9(3):121-125.

127. Lucas B. Total hip and total knee replaceent: postoperative nursing management. Br J Nurs 2013;17(22).

128. Totur F, Korkmaz FD. Geriatrik cerrahide hasta bakımı. Ege Üniv Hem Yüksek Okulu Derg 2011;27(2):61-68.

129. Genç H.Tavusbay C.Postoperatif komplikasyonlar, Gülay H (Editör). Temel ve Sistematik Cerrahi'de. İzmir: Güven Kitabevi; 2005.s.409-415.

130. Fındık ÜY. Cerrahi Süreç: Ameliyat sonrası bakım, Aslan FE (Editör). Vaka Analizleri ile Birlikte Cerrahi Bakım'da. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2016.s.425-455.

131. Acar K, Acar H, Deir F, Aslan FE. Cerrahi sonrası ağrı insidansı ve analjezik kulanım miktarının belirlenmesi. Acıbadem Üniv Sağlık Bil Derg 2016;(2):85-91.

132. Büyükyılmaz F, Aştı T. Ameliyat sonrası ağrıda hemşirelik bakımı. Atatürk Üniv Hem Yüksek Okulu Derg 2009;12(2):84-93.

133. Yavuz M, Köze BŞ, Alkan D, Özkan DM. Hastaların ameliyat öncesi ve sonrasında solunum egzersizlerini uygulama durumları. Ege Üniv Hem Fak Derg 2015;31(2):1-7.

134. İğci A, Asaoğlu O. Ameliyat sonrası komplikasyonları. Değerli Ü, Erbil Y (Editörler). Genel Cerrahi'de. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2006.s.135-146.

135. Vermişli S, Çam K. Ürolojik radikal cerrahi sonrası erken mobilizasyonun etkinliği. Bulletin of Urooncology 2015;4:324-326.

136. Önal N, Bilik Ö, Savcı A, Altıparmak Ö, Kuzu P, Kar Z ve ark. Ortopedi hastalarında nörovasküler izlem sıklığı ne olmalı? DEUHFE Derg 2015;8(3):176-183. http://www.deuhyoedergi.org/index.php/DEUHYOED/article/view/196/297

137. Bilik Ö. Hemşirelik bakımında bütünün bir parçası: nörovasküler tanılama**.** Dokuz Eylül Üniv Hem Fak Elektronik Derg 2012;5(4):175-179.
https://acikerisim.deu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12397/4624/bilik.pdf?sequence=1&isAllowed=y

138. Judge NL. Neurovascular assessment. Nurs Stand. 2007;21(45):39-44.

139. Linda A. Neurovascular Assessment. Orthop Nurs 2002;21(4):48–50.

140. Yüksel S.Vaka örneği(total kalça protezi uygulanan hastanın bakım planı), Akyolcu N, Aksoy G, Kanan N (Editörler). Cerrahi Hemşireliği Uygulama Rehberi'nde. İstanbul: İstanbul Kitabevi; 2011. s.267-288.

141. Sindel D, Dıraçoğlu D. Kalça kırıklı hastalarda cerrahi sonrası rehabilitasyon. Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2009;55(1):8-14.

142. Öztekin D. Ameliyat sonrası bakım uygulamaları. Akyolcu N, Aksoy G, Kanan N (Editörler). Cerrahi Hemşireliği Uygulama Rehberi'nde. İstanbul: İstanbul Kitabevi; 2011. s.33-57.

143. Özkurt B, Utkan A. Primer total diz artroplastisi sonrası yara yeri sorunları ve yüzeyel enfeksiyon. TOTBİD Derg 2019;18:128–137.

144. Yavuz M. Kas İskelet sistemi hastalıkları. Aslan FE, Karadakovan A (Editörler). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım'da. Adana: Nobel Kitabevi; 2010. s.1327.

145. Husby VS, Foss OA, Husby OS, Winther SB. Randomized controlled trial of maximal strength training vs. standard rehabilitation following total knee arthroplasty. Eur J Phys Rehabil Med. 2018;54(3):371-379.

146. Sınıcı E, Tunay S, Tunay V, Kılıc E. Evaluation of patient quality of life after total hip arthroplasty. Acta Orthop Traumatol Turc 2008;42(1):22-25.

147. Ekşioğlu E, Gürçay E. Total diz artroplastisi sonrası rehabilitasyon. İst Tıp Fak Derg 2013;76:1.

148. Yolcu S, Akın S, Durna Z. Ameliyat sonrası dönemde hastaların hareket düzeyleri ve fhareket düzeyleri ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. HEA Derg 2016;13(2):129-138.

149. Damar TH, Bilik O, Karayurt O, Ursavas FE. Factors related to older patients' fear of falling during the first mobilization after total knee replacement and total hip replacement. Geriatr Nurs. 2018;39(4):382-387.

150. Hadjistavropoulos HD, Garratt S, Janzen JA, Bourgault-Fagnou MD, Spice K. Ortopedik hasta taburcularının hastaneden taburcu edilmesini iyileştirmek için sürekli bakım kontrol listelerinin geliştirilmesi ve değerlendirilmesi. Ortopedik Hem Derg 2009;13(4):183-193.

151. Güçlü A, Kurşun Ş. Genel cerrahi hastalarının taburculuk bilgi gereksinimleri. Anadolu Hem ve Sağlık Bil Derg 2017;20(2):107-113.

152. Yalçın S, Arpa Y, Cengiz A, Doğan S. Hemşirelerin hastaların taburculuk eğitim gereksinimlerine yönelik görüşleri ile hastaların eğitim gereksinimlerine yönelikgörüşlerinin karşılaştırılması. HEA Derg 2015;12(3):204-209.

153. Ayoğlu T. Akyolcu N. Kas-iskelet sisteminin cerrahi hastalıkları ve bakımı. Akyolcu N, Kanan N, Aksoy G (Editörler). Cerrahi Hemşireliği II'de. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2018. s.504-514.

154. Shoar S, Esmaeili S, Safari S. Pain management after surgery: a brief review. Anesth Pain Med. 2013;1(3):184–186.

155. Pellino TA, Gordon DB, Engelke ZK, Busse KL, Collins MA, Silver CE, Norcross NJ. Use of nonpharmacologic interventions for pain and anxiety after total hip and total knee arthroplasty. Orthop Nurs. 2005;24(3):182-90.

156. Esposito F, Freddolini M, Marcucci M, Latella L, Corvi A. Unassisted quiet standing and walking after crutch usage in patients with total hip replacements: Does crutch length matter? Gait Posture 2018;64:95-100.

157. Özkan ZK, Fındık ÜY, Ünver S. Hastaların ameliyat sonrası kompresyon çorabı kullanma durumlarının değerlendirilmesi. Florence Nightingale Hem Derg 2016;24(1): 30-37.

158. Altıntaş F. Total kalça protezi ve venöz tromboemboli. Türkiye Klinikleri 2007;3(17):44-9.

159. Dinçer A. Kurşun Ş. Yaşlı bireylerin cerrahi girişim sonrası evde yaşadıkları sorunların belirlenmesi. ACU Sağlık Bil Derg 2019;10(3):518-523.

160. López-Parra M, Gil-Rey D, López-González E, González-Rodríguez EM, Simó-Sánchez I, Zamora-Carmona F et al. Open-label randomized controlled trial to compare wound dressings for patients undergoing hip and knee arthroplasty: study protocol for a randomized controlled trial. Trials 2018:19:357.

161. Meşe S. Taburculuk Eğitimi Memnuniyet Ölçeğinin Geliştirilmesi (yüksek lisans tezi). Eskişehir : Osmangazi Üniv; 2018.

162. Köklü AHK, Çankal DAU. Yara iyileşmesini etkileyen faktörler içerisinde beslenmenin yeri. Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg 2013;(Suppl 7):135-141.

163. Kalkan N, Karadağ M. Cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemede güncel yaklaşımlar ve hemşirelere yönelik önleme girişimleri algoritması. Gümüşhane Üniv Sağlık Bil Derg 2017;6(4):280-289.

164. İnal S, Hatipoğlu H, Keçeli HG. Total eklem replasmanlı hastalarda dental işlemler için antibiyotik profilaksisi. TTBİD Derg 2013;12:285-291.

165. Uğurlu H. Artroplasti Rehabilitasyonu. Türkiye Klinikleri 2006;2(45):68-72.

166. Wu JO, Moa LB, Wu J. Efficacy of exercise for improving functional outcomes for patients undergoing total hip arthroplasty: a meta-analysis. Medicine (Baltimore) 2019;98(10):14591.

167. Özdemir O, Tosun BU. Effects of Home Exercise Programmes During Home Visits After Hip Replacement: A Systematic Review. J Coll Physicians Surg Pak 2017;27(1):34-37.

168. Dural G, Sarıtaş SÇ. Miyokard infarktüsünde ev tabanlı eğitim ve yaşam kalitesi. Journal of Cardiovascular Nursing 2017;8(17):86-94.

169. Ekizler S. Total Kalça Protezi Uygulanan Hastalarda Geç Dönem Ev Egzersiz Programının Etkinliğinin İncelenmesi (yüksek lisans tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniv; 2009.

170. Seyler TM, Mont MA, Ragland PS, Kachwala MM, Delanois RE. Sports activity after total hip and knee arthroplasty: specific recommendation sconcerning tennis. Sports Med 2006;36(7):571-83.

171. Çakmak G. Total eklem artroplastisi uygulanan hastalarda cinsel yaşam. Anddroloji Bülteni 2008:32:1-3.

172. Liu XW Zi Y, Xiang LB, Wang Y. Total hip arthroplasty: areview of advances, advantages and limitations. Int J Clin Exp Med 2015;8(1):27–36.

173. Bubela N. Galloway S. McCay E. McKibbon A. Nagle L. Pringle D. Et all. The patients learning needs scale: reliability and validity. J Adv Nurs1990;15:1181-1187.

174. Kennedy D, Wainwrigt A, Pereira L, Robarts S, Dickson P, Christian J et al. A qualitative tudy of patient education needs for hip and knee replacement. BMC Musculoskelet Disord 2017;18:413.

175. Özbek EA, Erdemli B. Total kalça protezinde çimentolu ve çimentosuz tespit yöntemlerinin başarısı arasında fark var mıdır? TOTBİ Derg 2019;18:278–282.

176. Soyer Ö, Dönmez YC, Giersbergen MY. Ameliyat olan hastaların öğrenim gereksinimleriniN belirlenmesi DEUHFE Derg 2018;11(3):200-208. http://www.deuhyoedergi.org/index.php/DEUHYOED/article/view/489

177. Stronach BM, Bergin PF, Perez JL, Watson S, Jones LC, McGwin G et al. The rising use of total hip arthroplasty for femoral neck fractures in the United States. Hip Int 2019;5: 1120700019832989.

178. Stirton JB, Maier JC, Nandi S. Total hip arthroplasty for the management of hip fracture: A review of the literature. J Orthop. 2019;16(2):141-144.

179. Ko YL, Chu WE, Lin PC. Patients' perspectives on pre-opreative education for total hip replacement. Open Journaal of Nursing 2015;5:987-993.

180. Bilik Ö. Kalça protezi uygulanmış olan hastaların evde telefonla izlenmesinin iyileşmeye etkisi. (doktora tezi). İzmir: Ege Üniv; 2006.

181. Şendir M. Total kalça protezi öncesi hasta eğitiminin ameliyat sonrası fiziksel uyum ve yaşam kalitesine etkisi. (doktora tezi). İstanbul: İstanbul Üniv; 2000.

182. Vermişli S, Çukurova İ, Baydur H, Yılmaz E. Kulak burun boğaz ve baş boyun cerrahisi kliniğinde cerrahi tedavi için yatan hastaların ameliyat öncesi hasta öğrenim gereksinimi ve kaygı arasındaki ilişki. Kulak Burun Boğaz İhtis Derg 2016;26(2):79-91.

183. Nilsson O, Hultgren R, Lettersta A, Perceived learning needs of patients with abdominal aortic aneurysm. J Vasc Nurs 2017;35(1):4-11.

184. Dal Ü, Bulut H, Demir SG. Cerrahi girişim sonrası hastaların evde yaşadıkları güçlükler. Bakırköy Tıp Derg 2012;8(1):34-40.

185. Ulusan Z. Kalça Protezi Uygulanan Hastaların Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimlerinin Saptanması (yüksek lisans tezi). Ankara: Gazi Üniv; 2008.

186. Şendir M, Büyükyılmaz F, Muşovi D. Kalça ve diz protezi ameliyatı olan hastaların taburculuk öncesi eğitim gereksinimlerinin değerlendirilmesi. IV. Ortopedi ve Travmatoloji Hemşireliği Kongresi. Sözlü Bildiriler s.226, Çeşme, 2009.

187. Deniz S, Gezer D, Erden S, Arslan S. Assement of learning needs patitents hospitalized in the general surgery clinic. İnternational Journal of Caring Sciences 2017;10(2):764-770.

188. Çetinkaya F, Aşiret GD. Dahiliye ve cerrahi kliniklerindeki hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirelenmesi. DEUHFE Derg 2017;10(2):93-99. http://www.deuhyoedergi.org/index.php/DEUHYOED/article/view/409/234

189. Fereıdouni Z, Sarvestani RS, Harırı G, Kuhpaye SA, Amirkhani M, Kalyani MN. Moving into action: The master key to patient education. J Nurs Res 2019;27(1):1-8.

190. Suhonen R, Nenonen H, Laukka A, Välimäki M. Patients' informational needs and information received do not correspond in hospital. J Clin Nurs 2005;14(10):1167-76.

191. Demir SG, Erden S, Bulut H, Carboğa B, Elbas NÖ. Orthopaedic Nursing: The Problems Experienced by Parents Providing Postoperative Home Care Following Their Child's Surgery for Developmental Dysplasia of the Hip. Orthop Nurs 2015;34(5):280-286.

192. Löfvendahl S, Bizjajeva S, Ranstam J, Lidgren L. Indications for hip and knee replacement in Sweden. J Eval Clin Pract 2011;17(2):251-60.

193. Escobar A, Quintana JM, Bilbao A, Ibañez B, Arenaza JC, Gutiérrez L, Azkárate J, Güenaga JI, Vidaurreta I. Development of explicit criteria for prioritization of hip and knee replacement. J Eval Clin Pract 2007;13(3):429-34.

194. Bahl JS, Nelson MJ, Taylor M, Solomon LB, Arnold JB, Thewlis D. Biomechanical changes and recovery of gait function after total hiparthroplasty for osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. Osteoarthritis Cartilage 2018;26(7):847-863.

195. Johansson K, Nuutila L, Virtanen H, Katajisto J, Salantera S. Preoperative education for orthopaedic patients: systematic review. J Adv Nurs 2005;50(2):212-23.

196. Gürlek Ö, Yavuz M. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ameliyat öncesi hasta eğitimi uygulama durumları. Anadolu Hem ve Sağlık Bil Derg 2013;16(1):8-15.

197. Orgun F, Gülden Ş. Bir devlet hastanesinin cerrahi birimlerinde yatan hastaların öğrenim gereksinimlerinin saptanması. Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bil Derg 2012;2(4):53-64.

198. Şendir M, Büyükyılmaz F, Yazgan İ, Bakan N, Mutlu A, Tekin F. Ortopedi ve travmatloji hastalarının hemşirelik bakımına ilişkin deneyim ve memnuniyetlerinin değerlendirilmesi. İsanbul Florence Nightingale Hem Derg 2012;20(1):35-42.

199. Özsoy SA, Özgür G, Akyol D. Türkiye'de hemşirelik bakımı ile ilgili hasta beklentisi ve memnuniyeti: literatür taraması. International Nursing Review 2007;54:249-255.

200. Beldek KB, Emegen S, Kayhan T. Ortopedi ve travmatoloji kliniğinde yatan hasta yakınlarının taburculuk sonrası bilgi düzeylerinin belirlenmesi. 7. Ulusal Ortopedi ve Travmatoloji Hemşireliği Kongresi. Sözlü Bildiriler s.293, Antalya, 2015.

201. Aygül S, Ulupınar S. Hemşirenin Hasta eğitimindeki rolüne yönelik hastaların görüşleri. Anadolu Hem ve Sağlık Bil Derg 2012;15(1):2-9.

202. Demir SG, Erdoğan Z. Kalça protezi ameliyatı sonrası cinsel yaşam: Olgu sunumu ve literatür incelemesi. Sözlü ve Poster Bildiriler Listesi. 8.Ulusal Ortopedi ve Travmatoloji Hemşireliği Kongresi. s.239, Antalya, 2017.

203. Bakırhan S, Ünver B, Karatosun V. Total kalça artroplastili hastalarda ameliyat öncesi vücut ağırlığı ameliyat sonrası erken dönem fonksiynel aktiviteleri etkiler mi? Eklem Hastalıkları ve Cerrahisi Derg 2017;28(3):188-194.

ŞEKİLLER LİSTESİ

TABLOLAR

Tablo 1. Hastaların bireysel özelliklerinin dağılımı……..26

Tablo 2. Hastaların hastalık özellikleri …….27

Tablo 3. Hastaların bilgilenme durumu…….……28

Tablo 4. Hastaların Öğrenim Gereksinimleri Önem Verme ve Karşılanma Düzeyi……29

Tablo 5. Hastaların Bireysel Özellikleri ile Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması…31

Tablo 6.Hastaların Hastalık Özellikleri ile Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması….32

Tablo 7. Hastaların Bilgilendirilme Özelliklerinin Öğrenim Gereksinimleri Önem Verme ve Karşılanma Düzeyine Etkisi……..33

Tablo 8. Hastaların Bilgi Gereksinimi Düşünceleri……34-35

ÖZGEÇMİŞ

Tekirdağ İlinde, 1990 yılında doğan Damla ŞAHİN ilk ve orta öğrenimini Tekirdağ'da tamamlamasının ardından 2008-2012 yılları arasında Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü'nde lisans eğitimini tamamlamıştır. 2013-2014 yılları arasında İstanbul Mehmet Akif Ersoy Kalp Damar ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Kardiyovasküler Cerrahi Servisi'nde hemşire olarak görev yapmıştır. 2014'ten bu yana Tekirdağ Muratlı İlçe Devlet Hastanesi'nde Acil Servis, Genel Cerrahi ve Çocuk Servisi olmak üzere farklı birimlerde hemşire olarak görev yapmaktadır.

EKLER

Ek 1: Kişisel Bilgi Formu

Ek 2: Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği

Ek 3: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Bilimsel Araştırma Etik Kurulu İzin Formu

Ek 4: Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kurum İzni

Ek 5: Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Kullanım İzni

EK-1

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Sayın…….. ,

Bu araştırmanın amacı kalça protezi ameliyatı olan hastaların bilgilenme gereksinimlerinin belirlenmesidir. Elde edinilen bilgiler kalça protezi uygulanan bireylerin, bilgilenme gereksinimlerinin giderilmesinde uygulanacak hemşirelik bakım girişimlerine bilgi sağlayacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Prof. Dr. Ümmü Yıldız Fındık
Yüksek Lisans Öğr. Damla Şahin

GENEL BİLGİLER

1) Yaş: .....
2) Cinsiyet: Kadın ( ) Erkek ( )
3) Medeni Durum: Evli ( ) Bekar ( )
4) Eğitim Durumu: Okur – yazar değil ( ) Orta öğrenim ( ) Üniversite ( )
5) Çalışma durumu: Çalışıyor ( ) Çalışmıyor ( )

HASTALIK ÖZELLİKLERİ

6) Tanı:…….
7) Daha önce ameliyat oldunuz mu ? Evet ( ) …… Hayır ( )
8) Kalça protezi ameliyatının nedeni:

Ağrıya dayanamama ( ) Yürüyememe ( ) Daha fazla yürüme isteği ( ) Diğer ( )……..

BİLGİLENDİRİLME ÖZELLİKLERİ

9) Kalça protezi ameliyatı ile ilgili tanı ve tedavi sürecinde gereksinim duyduğunuz bilgiler size verildi mi? Evet, verildi ( ) Hayır verilmedi.( )
10) Hangi konu / konularda size bilgi verildi ?
    İlaçlar ( ) Yaşam aktiviteleri ( ) Toplum ve izlem ( ) Duruma ilişkin duygular ( ) Tedavi ve komplikasyonlar ( ) Yaşam kalitesi ( ) Cilt bakımı ( )
11) Gereksinim duyduğunuz bilgiler size ne zaman verildi ?
    Ameliyat öncesi ( ) Ameliyat öncesi ve sonrası ( )
12) Gereksinim duyduğunuz bilgiler size nasıl verildi ? Sözlü ( ) Yazılı ( ) Sözlü ve Yazılı ( )
13) Gereksinim duyduğunuz bilgiler size kim tarafından verildi ?

Hemşire( ) Fizyoterapist( ) Hekim ( ) Aynı ameliyatı olan bireyler( ) Komşu veya arkadaş ( )

HASTALARIN BİLGİ GEREKSİNİM DÜŞÜNCELERİ

14) Hatalığınız ile ilgili aşağıdaki konuları duyduğunuz bilgi gereksinimine göre değerlendiriniz

Konular	Gereksinim Var	Kararsızım	Gereksinim Yok
Yatağa yatma ve kalkma			
Yürüteç ve koltuk değnek ile yürüme			
Banyo yapma ve banyodan çıkma (Banyo süngeri kullanma, banyoda yüksek tabure kullanma vb.)			
Ameliyat sonrası gelişebilecek sorunların izlenmesi ve önlenmesine yönelik bilgiler			
Ameliyat sonrası yatış pozisyon (Sırtüstü pozisyonda, bacaklarının arasına yastık koyarak yatma vb..)			
Yara bakımı ve pansuman sıklığı			
Ameliyat sonrası evde güvenlik önlemleri ile ilgili bilgiler (merdivenlerde parmaklık ve tutunma barlarının bulunması vb.)			
Ameliyat sonrası hastanede ve evde yapılmaması gereken fiziksel aktiviteler (Kalçanızı 90 dereceden fazla bükmeyin, ayaklarınızı içe döndürmeyin vb.)			
Boş zamanlarını değerlendirme aktiviteleri (yürüyüş, yüzme vb.)			
Merdiven inip, çıkma			
Arabaya binme ve arabadan inme (Kalçanıza ağırlık vermeye başladıktan sonra araba kullanma vb.)			
Ev işleri (Eşyaları taşımak için tekerlekli sandalye kullanma vb.)			
Protezin günlük yaşamınıza etkileri (protez havaalanında ve bazı bina girişlerinde metal saptama araçlarını uyarabilir vb.)			
Cinsel yaşam			
Varis çorabını giyme süresi			
Bacak egzersizleri			

EK-2

HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ (HÖGÖ)

HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ (HÖGÖ)										
GEREKSİNİMLERİNİZ	***NE KADAR ÖNEMLİ?***					***NE KADAR KARŞILANDI?***				
	Lütfen taburcu olup eve gitmeden önce aşağıdaki her bir maddenin sizin için ne kadar önemli olduğunu belirtiniz.					*Lütfen her bir maddede verilen eğitimin bilmek istediğiniz konular için bilgi gereksiniminizi karşılaması açısından nasıl olduğunu belirten en uygun seçeneği seçiniz.*				
	1= önemli değil, **2= biraz önemli,** **3= ne az ne çok önemli,** **4= çok önemli,** **5= son derece önemli.**					***1=hiç karşılanmadı*** ***2=biraz karşılandı*** ***3=ne az ne çok karşılandı*** ***4=çok karşılandı*** ***5=tamamen karşılandı***				
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1. Evde gelişebilecek ve dikkat etmem gereken sorunlar nelerdir?										
2. Enerjimi/gücümü korumak için ne yapmalıyım?										
3. İlaçlarımın her biri nasıl etki ediyor?										
4. Evde gelişebilecek bir sorunu nasıl fark edebilirim?										
5. Bağırsak boşaltımı ile ilgili bir problem olursa ne yapmalıyım?										
6. Evdeki bakımımda ne yapmalıyım?										
7. Hastalığım hakkında ailem ve arkadaşlarımla nasıl konuşabilirim?										
8. İlaçlara bağlı bir yan etki gelişirse ne yapmalıyım?										
9. Ailem hastalığımla baş edebilmek için nerelerden yardım alabilir?										
10. Hastalığıma bağlı oluşabilecek sorunlar nelerdir?										

11. Bu hastalık geleceğimi nasıl etkileyecek?										
12. Ne zaman duş alabilir ya da banyo yapabilirim?										
13. Hastalığımın belirtileri neler olabilir?										
14. Ev işlerine/işe ne zaman başlayabilirim?										
15. Ağrımı nasıl giderebilirim?										
16. İlaçlarımın her birini ne kadar süre kullanmalıyım?										
17. Ne kadar süre istirahat etmeliyim?										
18. İlaçlarımın her birini nasıl (aç-tok karına gibi) almalıyım?										
19. Tedavimi kim takip edecek?										
20. Tedavime bağlı oluşabilecek yan etkiler nelerdir?										
21. Hastalığımın belirtileri ortaya çıktığında ne yapmalıyım?										
22. Evde acil bir sağlık sorunum olduğunda nereye başvurabilirim?										
23. Evde yardım için telefonla kimi aramalıyım?										
24. Hastalığımın nedeni/nedenleri nelerdir?										
25. Ameliyat yarasının bakımını nasıl yapmalıyım?										
26. İdrar yapmamla ilgili bir sorunum olursa ne yapmalıyım?										
27. Yemeklerimi nasıl (yağsız, tuzsuz gibi) hazırlamalıyım?										
28. Yemem ve yememem gereken yiyecekler nelerdir?										
29. Yeterli uyuyamazsam ne yapmalıyım?										
30. Yapmamam gereken aktiviteler (ağır kaldırmak gibi) nelerdir?										
31. Acil durumda sağlık kuruluşlarından nasıl yararlanabilirim?										
32. Yaşam/ölümle ilgili duygularımı kiminle konuşabilirim?										
33. Ayaklarıma uygun bakımı nasıl yapmalıyım?										
34. Hangi vitaminleri ve ek gıdaları almalıyım?										
35. Hastalığıma ilişkin duygularımla baş etmek için nereden yardım alabilirim?										
36. Toplumsal gruplarla (hasta dernekleri gibi) nasıl iletişim kurabilirim?										

37. İlaçlarımın her birini niçin kullanmam gerekiyor?										
38. Hastalık ve tedavime bağlı gelişebilecek sorunları nasıl önlemeliyim?										
39. İlaçlarımla ilgili olası yan etkiler nelerdir?										
40. Stresle nasıl baş edebilirim?										
41. Klinikten eve nasıl gideceğim?										
42. Hastalığımla ilgili duygularımı nasıl tanımlayabilirim?										
43. Cildimde yara oluşmasını nasıl önlemeliyim?										
44. İlaçlarımın her birini ne zaman almalıyım?										
45. İlaçlarımı nereden/nasıl temin edebilirim?										
46. Stresten nasıl uzak durabilirim?										
47. Tedavimin amaçları nelerdir?										
48. Yapmam gereken hareketler nelerdir?										
49. Cildimde kızarıklık oluşmasını nasıl önlemeliyim?										
50. Bu hastalık yaşamımı nasıl etkileyecek?										

EK 3

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2016/132	
	PROTOKOL ADI	Kalça Protezi Ameliyatı Olan Hastaların Bilgilenme Gereksinimlerinin Belirlenmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Doç. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 10/01**	**Tarih:18.05.2016**	
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK'in sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Damla ŞAHİN'in tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Başkan Yardımcısı	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E☐ H☐	E☐ H☐	Mazeretli
Prof. Dr. Ç. Hakan KARADAĞ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	E	E☐ H☐	E☐ H☐	İzinli
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E☐ H☐	E☐ H☐	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Prof. Dr. Selma Arzu VARDAR Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	K	E☐ H☒	E☒ H☐	Mazeretli
Doç. Dr. Salim DÖNMEZ Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E☐ H☒	E☐ H☐	
Prof. Dr. Koray ELTER Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E☐ H☒	E☐ H☐	
Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E☐ H☐	E☐ H☐	
Prof. Dr. Berkan DEMİRAL Üye		T.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	E	E☐ H☐	E☐ H☐	Mazeretli
Avukat Baki KURNAZ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E☐ H☐	E☐ H☐	Mazeretli

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Nurettin AYDOĞDU
Dekan a.
Dekan Yrd.

EK 4

Evrak Tarih ve Sayısı: 16/08/2016-12798

T.C.
NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü

Sayı : 45976400-010.07.01-.

Konu : Tez Çalışması İçin İzin İsteme

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

İlgi : Trakya Üniversitesi Rektörlüğü 27/07/2016 tarihli, 29304 sayılı ve "Tez Çalışması İçin İzin İsteme" konulu yazı

İlgi sayılı yazınız tarafımızca incelenmiş olup; Üniversiteniz Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Damla ŞAHİN'in "Kalça Protezi Ameliyatı Olan Hastaların Bilgilendirme Gereksinimlerinin Belirlenmesi" başlıklı tez çalışmasını Merkez Müdürlüğümüz Ortopedi Kliniğinde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır
Doç. Dr. Erdoğan GÜLTEKİN
Merkez Müdürü

BELGENİN ASLI ELEKTRONİK İMZALIDIR
Vural DUĞAN
Şef

Namık Kemal Mah. Kampüs Cad. Süleymanpaşa / TEKİRDAĞ
Tel. 0282 250 00 00 / 7045
E-Posta. bashekimlik@nku.edu.tr;hastane@nku.edu.tr
Ayrıntılı bilgi için irtibat: Vural Duğan
Faks: (282) 250 9950
Elektronik ağ:http://hastane.nku.edu.tr/

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 5

HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

Sayın **Damla Şahin**,

Türkçe'ye uyarladığımız **"Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği**'ni çalışmanızda kullanma isteğiniz bizi çok memnun etti, öncelikle teşekkür eder çalışmanızda başarılar dileriz.

"Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkiye'de Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması" Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği programında yükseklisans tez çalışması olarak yapılmıştır. Ölçek İzmir ilinde bir eğitim araştırma hastanesinin genel cerrahi kliniğinde batın cerrahisi uygulanmış hastalarla yürütülmüştür. Ölçeğin ülkemizde farklı hasta gruplarında, daha geniş popülasyonda tekrar test edilmesi amacıyla bir veri havuzu oluşturmak; geçerlik ve güvenirliğini yeniden test etmek için çalışma verilerinizi göndermek koşuluyla ölçeği kullanabilirsiniz. Aynı zamanda ölçeğin performansını ve yaygın etkisini değerlendirmek için çalışma sonuçlarınızı yayınladığınız makalenin bir örneğini göndermeniz, gelecek iyileştirmeleri yapabilmemiz için önemlidir.

Çalışma verilerinizi göndermenizde; yasal ve etik açıdan sizin yayın hakkınızın güvence altında olduğunu, buna paralel olarak ölçeği kullanma izni veren tarafın haklarının saklı kaldığını kabul ve beyan ederiz.

Öğr. Gör. Dr. Emine ÇATAL **Yard. Doç. Dr. Aklime DİCLE**