



**İNTERTROKANTERİK KIRIĞI AMELİYATI OLAN
HASTALARA VERİLEN TABURCULUK
EĞİTİMİNİN TABURCULUĞA HAZIR OLUŞLUK VE
CERRAHİ İYİLEŞMEYE ETKİSİ**

Zeynep BAL
Yüksek Lisans Tezi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Yasemin ERDEN

2024
Her hakkı saklıdır.



**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEİ**

**İNTERTROKANTERİK KIRIĞI AMELİYATI
OLAN HASTALARA VERİLEN TABURCULUK
EĞİTİMİNİN TABURCULUĞA HAZIR
OLUŞLUK VE CERRAHİ İYİLEŞMEYE ETKİSİ**

Zeynep BAL

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Yasemin ERDEN

Anabilim Dalı: Halk Sağlığı Hemşireliği

Erzurum

2024

Her hakkı saklıdır

BEYANNAME

Bu tez çalışmasının Erzurum Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak hazırlanarak yazıldığını; tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçların akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak sunulduğunu; bu tezin özgün bir bilimsel araştırma olduğunu; tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını; tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

04/07/2024

İmzası

Zeynep BAL

İÇİNDEKİLER

Sayfa

BEYANNAME.....	
İÇİNDEKİLER.....	
TEŞEKKÜR.....	I
ÖZET.....	II
ABSTRACT.....	IV
TABLolar DİZİNİ.....	VI
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VII
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VIII
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Femur ve İntertrokanterik Kırıkların Cerrahisi.....	5
2.2. Klinik Belirti ve Bulgular.....	6
2.3. Tedavi Seçenekleri.....	6
2.3.1. Konservatif cerrahi.....	6
2.3.2. Cerrahi tedavi.....	6
2.4. Komplikasyonlar.....	7
2.5. Yara İyileşmesi.....	7
2.5.1. Yara iyileşmesi aşamaları.....	8
2.5.2. Yaranın kapatılma şekline göre yara iyileşmesi.....	10
2.5.3. Yara iyileşmesini etkileyen faktörler.....	10
2.5.4. Yara iyileşmesi sürecinde yaygın görülen komplikasyonlar.....	12
2.5.5. İntertrokanterik cerrahi sonrası yara ve hemşirelik bakımı.....	13
2.5.6. İntertrokanterik cerrahisinde taburculuk eğitimi ve önemi.....	15
2.5.7. İntertrokanterik cerrahi kırığında evde bakım ve halk sağlığı hemşirelerinin rolleri.....	17
3. YÖNTEM.....	19
3.1. Araştırmanın Türü.....	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	19
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	19
3.3.1. Girişim ve kontrol gruplarının belirlenmesi.....	19
3.4. Veri Toplama Araçları.....	22

3.4.1. Sosyo-demografik bilgi formu	22
3.4.2. Toronto Yara Semptom Değerlendirme Sistemi	22
3.4.3. Hasta Değerlendirme Formu	22
3.4.4. Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği	23
3.5. Verilerin Toplanması	24
3.6. Hemşirelik Girişimleri	24
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	26
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	26
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	26
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	27
4. BULGULAR	28
4.1. Girişim ve Kontrol Grubunda Bulunan Hastaların Sosyo-demografik ve Hastalık Özelliklerini İçeren Bulgular	28
4.2. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Toronto Yara Semptom Değerlendirme Sistemine Verdikleri Cevaplara İlişkin Bulgular	31
4.3. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Hasta Değerlendirme Ölçeğine Verdikleri Cevaplara İlişkin Bulgular.....	32
4.4. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Hasta Öz Değerlendirme Formuna Verdikleri Cevaplara İlişkin Bulgular	37
5. TARTIŞMA	38
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	44
KAYNAKLAR.....	45
EKLER.....	58

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans öğrenimim ve tez çalışmam süresince bana her konuda destek veren, yardımlarını esirgemeyen, bilgi, birikim ve tecrübelerinden yararlandığım çok kıymetli danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Yasemin ERDEN'e saygılarımı ve teşekkürlerimi sunarım.

Tez aşamasında bilgi birikim ve klinik tecrübelerini benimle paylaşan ve beni motive eden Doç. Dr. Hacı Bayram TOSUN, Dr. Muhammed KAZEZ ve Dr. Ali Sami ŐEKER'e desteklerinden dolayı teşekkürlerimi sunarım.

Hayatım boyunca her konuda beni destekleyen ve inanan anneme, babama, kardeşlerime, dostlarıma ve yanımda olan herkese teşekkürlerimi sunarım.

04/07/2024

İmza

Zeynep BAL

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İntertrokanterik Kırığı Ameliyatı Olan Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin Taburculuğa Hazır Oluşluk ve Cerrahi İyileşmeye Etkisi

Amaç: Bu araştırma, intertrokanterik femur kırığı ameliyatı olan hastalara verilen taburculuk eğitiminin cerrahi iyileşme ve taburculuğa hazır oluşluğa üzerine etkisinin olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma deneysel çalışma olarak gerçekleştirildi. Araştırma, Mayıs 2023 -Temmuz 2024 tarihleri arasında Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi ve Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesinin ortopedi kliniklerinde intertrokanterik femur kırığı ameliyatı olan, araştırma kriterlerini karşılayan ve onamları alınan 60 hasta ile yürütülmüştür. Araştırmanın verileri, Sosyodemografik form, Toronto Yara Semptom Değerlendirme Sistemi, Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği ve cerrahi iyileşmeyi değerlendirmeye yönelik Hasta Değerlendirme Formu ile toplanmıştır. Veriler; taburculuk öncesi, taburculuk sonrası ikinci, dördüncü ve sekizinci hafta olmak üzere dört aşamada toplanmıştır. İlk aşamada tüm hastalara hasta tanıtım ve hasta değerlendirme formu yüz yüze uygulandı. Sonrasında girişim grubuna taburculuk eğitimi verilmiş ve eğitim konularını içeren kitapçık yanlarına verilmiştir. Kontrol grubu hastaları ise klinik standartlara göre izlenmiştir. Taburculuk sonrası ikinci, dördüncü ve sekizinci haftada iki hasta grubu da telefonla ulaşılarak hasta değerlendirme formu doldurulmuştur. Verilerin analiz edilmesinde; frekans ve yüzde analizleri, ki kare analizi, standart sapma ve grup içi tekrarlı test ortalama puanlarının karşılaştırılmasında ise tekrarlı ölçümler için Anova testi kullanılmıştır.

Bulgular: Girişim ve kontrol grubu hastalarının grup içi taburculuk öncesi, taburculuk sonrası ikinci, dördüncü ve sekizinci haftada cerrahi iyileşme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. ($p<0,05$). Gruplar arası taburculuk sonrası ikinci, dördüncü ve sekizinci haftada cerrahi iyileşme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Taburcu olmaya hazır olma öz değerlendirme ölçeği ve alt boyutları arasında girişim ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Sonuç: Araştırma sonucunda intertrokanterik femur kırığı olan hastalara verilen taburculuk eğitiminin, hastaların taburculuğa hazır oluşluk ve cerrahi iyileşme sũreçleri ũzerinde girişim ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, İntertrokanterik kırık, Taburculuk eğitimi, Yara iyileşmesi



ABSTRACT

MS. Thesis

Effect of Discharge Education Given to Patients Undergoing Intertrochanteric Fracture Surgery on Discharge Readiness and Surgical Recovery

Aim: This study was conducted to determine whether discharge education given to patients who underwent intertrochanteric femur fracture surgery had an effect on surgical recovery and readiness for discharge.

Methods: The study was conducted as a randomized controlled trial. The study was conducted with 60 patients who underwent intertrochanteric femur fracture surgery at the orthopedic clinics of Elazığ Fethi Sekin City Hospital and Fırat University Faculty of Medicine Research Hospital between April 2023 and July 2024, who met the research criteria and gave their consent. The study data were collected using the Sociodemographic form, Toronto Wound Symptom Assessment System, Discharge Readiness Scale and Patient Assessment Form. Data were collected in four stages: before discharge, and at the second, fourth and eighth weeks after discharge. In the first stage, patient introduction and patient assessment forms were applied to all patients face to face. Then, discharge education was given to the intervention group and a booklet containing the education topics was given to them. The control group patients were followed up according to clinical standards. Both patient groups were reached by phone and the patient assessment form was filled out at the second, fourth and eighth weeks after discharge. In the analysis of the data; Frequency and percentage analyses, chi-square analysis, standard deviation, and Anova test for repeated measures were used to compare within-group repeated test mean scores.

Results: It was determined that there was a statistically significant difference between the surgical recovery score averages of the intervention and control group patients before discharge and in the second, fourth and eighth weeks after discharge. ($p < 0,05$). There was no statistically significant difference between the surgical recovery score averages between the groups in the second, fourth and eighth weeks after discharge ($p > 0,05$). There was no statistically significant

difference between the discharge readiness self-assessment scale and its subscales between the intervention and control groups ($p>0,05$).

Conclusion: The research results indicate that the discharge education provided to patients with intertrochanteric femur fractures did not create a statistically significant difference between the intervention and control groups in terms of readiness for discharge and surgical recovery processes.

Keywords: Nursing, Intertrochanteric fracture, Discharge education, Woundhealing



TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.1. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri	28
Tablo 4.2. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Hastalık Özellikleri	30
Tablo 4.3. Toronto Yara Semptom Değerlendirme Sistemine İlişkin Bulgular ..	31
Tablo 4.4. Girişim ve Kontrol Gruplarındaki Hastaların Hasta Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Tüm Ölçüm Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.5. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Cerrahi İyileşme Durumlarının Haftalara Göre Dağılımı	34
Tablo 4.6. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Cerrahi İyileşme Puan Ortalamalarının Haftalara Göre Grup İçi –Gruplar Arası Karşılaştırılması.....	35
Tablo 4.7. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının 1. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalamaları ile 2., 4. Ve 8. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 4.8. Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Hasta Öz Değerlendirme Formu ve Alt Boyutlarına İlişkin Sonuçlar.....	37

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Femur Üst Uç Anatomisi	6
Şekil 3.1. CONSORT Şeması	21
Şekil 4.1. Girişim ve Kontrol Grubu Ölçüm Puanlarının Değişimi	33



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<u>Kısaltmalar</u>	<u>Açıklama</u>
BT	Bilgisayarlı Tomografi
MR	Manyetik Rezonans
HDF	Hasta Değerlendirme Formu
TYSDS	Toronto Yara Semptom Değerlendirme Sistemi
TOHOÖ	Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu



1. GİRİŞ

Kalça kırıkları, dünya genelinde morbidite ve mortalite oranlarının artmasına neden olan önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (Gem vd., 2015; Richmond vd., 2003; Turhan & Arıcan, 2019). Kırığın meydana geldiği ilk yıl içinde ölüm riski belirgin şekilde artarken, sonraki yıllarda bu risk giderek azalmakta ve normal seviyelere inmektedir (Farahmand vd., 2005). Kalça kırıklarının çoğunu femur kırıkları oluşturmaktadır (Tükenmez, 2004). Femur kırıkları, genç hastalarda nadir görülmekle (%5'ten az) birlikte bu grup bireylerde genellikle düşme, araba kazaları veya spor yaralanmaları gibi yüksek enerjili travmalar sonucu meydana gelmektedir (Alagöz vd., 2016).

Femur, vücudun ve alt ekstremitenin ana yük taşıyan kemiği olduğu için femur kırıkları ciddi sağlık sorunlarına yol açabilir (Adanır vd., 2017; Arslan, 2018). İntertrokanterik bölge, büyük trokanter ile küçük trokanter arasında yer alan ve femur üst uç kırıklarının %50'sini oluşturan önemli bir alandır (Love & Wiersema, 2016). Femur kırıkları özellikle yaşlı bireylerde, en sık görülen travmatik yaralanmalar arasında yer almaktadır (Abrahamsen vd., 2009). Yaşlanma ile birlikte osteoporoz, görme bozuklukları, kas güçsüzlüğü, fiziksel aktivite eksikliği, yetersiz beslenme, nöromusküler değişiklikler, ilaç kullanımı ve ek hastalıklar gibi faktörler femur kırığı riskini arttırmaktadır. Bu faktörler ayrıca düşmeye karşı verilen refleks cevaplarını zayıflatarak kırık oluşma riskini daha da arttırabilmektedir (Kannus vd., 1996).

Femur kırıklarının tedavisi genellikle cerrahi müdahaleyi gerektirir ve iyileşme süreci oldukça uzun olabilir. Kırıkların başarılı bir şekilde tedavi edilmesi, hem hasta ile ilişkili hem de cerrahi müdahale ile ilgili faktörlere bağlıdır. Hasta ile ilgili faktörler arasında genel sağlık durumu, ek hastalıklar, kırık öncesi yürüme kapasitesi, osteoporoz düzeyi ve hastanın beklentileri yer alır. Cerrahi müdahale ile ilgili faktörler ise kırık tipi, cerrahinin erken dönemde yapılması, redüksiyon kalitesi ve cerrahin deneyimi gibi unsurları içerir. Bu faktörlerin her biri, tedavi sürecinin başarısını ve hastanın iyileşme sürecini önemli ölçüde etkiler (Niu vd., 2015). Ayrıca, cerrahi iyileşme süreci de bu faktörlerle yakından ilişkilidir. Cerrahi iyileşme kavramı, cerrahi müdahale sonrasında hastaların günlük yaşam aktivitelerine, sağlık ve iyilik hallerini sürdürmeye yönelik faaliyetlere başlamalarını ifade eder (Santana vd., 2018). Cerrahi iyileşmenin güvenli olarak

taburculuk sonrasında da sürdürülebilmesi için cerrahi iyileşmede gecikmelerin kontrol altına alınması gerekmektedir (Santana vd., 2014). Önceden planlanmış etkili eğitim ve izlem programları, hastaların cerrahi müdahale sonrası karşılaşılabilecekleri sorunları yönetmelerine yardımcı olarak iyileşme süreçlerini destekleyebilir ve cerrahi iyileşmeye olumlu katkı sağlayabilir (Erbaş, 2018).

Ameliyat sonrası dönemde evde bakım, hasta ve hasta yakınları için çeşitli zorluklar içerebilir. Bu zorluklar arasında ağrı yönetimi, ödem kontrolü, öz bakım yetersizliği, beslenme, yara yeri enfeksiyonu riski, egzersiz, solunum ve boşaltım işlevleri, ilaç kullanımı ve evde acil durumların yönetimi gibi konular yer almaktadır. Bu sorunların yönetimi, hastanın iyileşme sürecinin başarılı bir şekilde ilerlemesi açısından kritik öneme sahiptir ve hasta yakınlarının bu konularda bilinçlendirilmesi gereklidir (Özşaker vd., 2022; Thomas vd., 2017). Taburculuk sürecinde verilen eğitim programı, hasta bakımının kalitesini arttırmak, hastanede yattığı süre boyunca tedaviye olumlu yanıtlar vermek, hastaların ve yakınlarının evde bakım sürecinde karşılaşılabilecekleri sorunları ele almak ve bu sorunları çözmeye yardımcı olarak hastaneye tekrarlı yatışları ve sağlık giderlerini azaltmak için araç olabilmektedir (Pelt vd., 2018). Bu nedenle, taburculuk eğitimi, hastaların postoperatif dönemde günlük yaşam aktivitelerine adaptasyonunu sağlamak ve yaşam kalitesini artırmak açısından büyük bir öneme sahiptir (Çam & Salık Asar, 2019; Çulha, 2019).

Taburculuk süreci ve eğitimi, akut bakım hemşireliğinde kritik bir yetkinlik olarak kabul edilir (Weiss vd., 2021). Taburculuk eğitiminin sunum şekli, zamanlaması, sıklığı ve eğitimi veren sağlık profesyonellerinin niteliği, bu sürecin etkinliği açısından kritik bir öneme sahiptir (Kang vd., 2018; Köstekli vd., 2020). Ameliyat sonrası hastaların taburculuk eğitiminin yönetimi, öncelikli olarak hasta ile en fazla zaman geçiren cerrahi hemşirelerinin sorumluluğundadır. Cerrahi hemşireleri, hastaların taburculuk sürecini etkili bir şekilde yönetmek için gerekli bilgi ve becerilere sahiptir (Soyer Er vd., 2018). Cerrahi sonrası evde bakım, hastaların iyileşme sürecinde kritik bir rol oynar. Bu bakımın etkinliği, cerrahi işlemin niteliği ve hastanın ne zaman taburcu edildiği gibi faktörlere bağlıdır. Ancak bu faktörlerin yanı sıra hastanın genel sağlık durumu, devam eden ihtiyaçları ve sosyal destek ağı da evde bakımın başarısında önemli bir rol oynar (Gökçe & Arslan, 2024).

Evde bakım, hasta ve yakınlarına sunulan tıbbi eğitim ve uygulamaları içerir ve bu süreçte doktor, hemşire, fizyoterapist, psikolog, sosyolog, halk sağlığı uzmanı, yaşlı bakım uzmanı ve sağlık teknisyenleri gibi çeşitli profesyoneller yer alır (Can vd., 2013). Halk sağlığı hemşireleri, toplumdaki bireyler ve aileler için ev ziyaretleri yaparak ve sağlık eğitimi vererek sağlığın geliştirilmesi, iyileştirilmesi ve hastalıkların önlenmesini amaçlamaktadır (Friedman, 2006; Lundy vd., 2009). Bu amaç doğrultusunda, evde bakım hemşireliği uzun yıllardır halk sağlığı hemşireliğinin bir alt bileşeni olarak kabul edilmiştir ve günümüzde de bu şekilde kabul görmeye devam etmektedir (Friedman, 2006). Evde bakım hemşiresi halk sağlığı ve klinik alanların ortak bir sentezini içerir. Taburculuk eğitiminin kalitesi, hastaların taburculuk sonrası bakım süreçlerine aktif katılımlarını teşvik ederek, sağlık sonuçlarını ve yaşam kalitelerini olumlu yönde etkileyebilmektedir (Kang vd., 2018). Hastalara gereken taburculuk eğitiminin eksik verilmesi, komplikasyon riskini artırabilir, plansız hastane yatışlarını ve tekrar ameliyat ihtiyacını artırabilir. Ayrıca, cerrahi müdahale geçiren hastalar arasında mortalite oranlarında artışa yol açabilir. Teknolojik araçlarla desteklenen ve hastaların bireysel öğrenme ihtiyaçlarına göre özelleştirilmiş taburculuk eğitimleri, hastaların taburculuk sonrası iyileşme süreçlerini olumlu yönde etkileyebilir (Gürkan vd., 2020; Kang vd., 2018; Kang vd., 2020; Meşe & Kosgeroglu, 2021).

Literatürde, çeşitli cerrahi operasyon geçiren hastalara yönelik yapılan taburculuk eğitiminin hastaların taburculuğa hazır oluşuklarını olumlu yönde etkilediğini gösteren randomize kontrollü çalışmalar bulunmaktadır (Palonen vd., 2015; Şahan, 2022; Toraman, 2022). Ancak bu alandaki sistematik derleme ve meta-analiz çalışmaları, genel cerrahi ameliyatı geçiren hastalar için taburculuk eğitiminin etkinliği konusunda belirsizlikler olduğunu ortaya koymuştur (Gillespie vd., 2023; Kang vd., 2018). Randomize kontrollü çalışmalara yönelik yetersiz kanıtlar, cerrahi hastalarına yönelik taburculuk eğitimlerinin etkinliğinin kesin olarak değerlendirilmesini zorlaştırmaktadır. Ayrıca mevcut literatürde taburculuk eğitiminin cerrahi iyileşmeyi nasıl etkilediğine dair kanıtlarında yetersiz olduğu görülmektedir (Arslan & Gezer, 2023).

Bu bağlamda, bu araştırma intertrokanterik kırığı ameliyatı geçiren hastalara verilen taburculuk eğitiminin, hastaların taburculuğa hazır oluşuk

düzeyle ve cerrahi iyileşme süreçleri üzerindeki etkilerini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Araştırmanın Hipotezleri;

H1₀:İntertrokanterik kırığı ameliyatı olan hastalara verilen taburculuk eğitimi ve izlemin taburculuğa hazır oluşluğa etkisi yoktur.

H1₁:İntertrokanterik kırığı ameliyatı olan hastalara verilen taburculuk eğitimi ve izlemin taburculuğa hazır oluşluğa etkisi vardır.

H2₀:İntertrokanterik kırığı ameliyatı olan hastalara verilen taburculuk eğitimi ve izlemin cerrahi iyileşme üzerine etkisi yoktur.

H2₁:İntertrokanterik kırığı ameliyatı olan hastalara verilen taburculuk eğitim ve izlemin cerrahi iyileşme üzerine etkisi vardır.

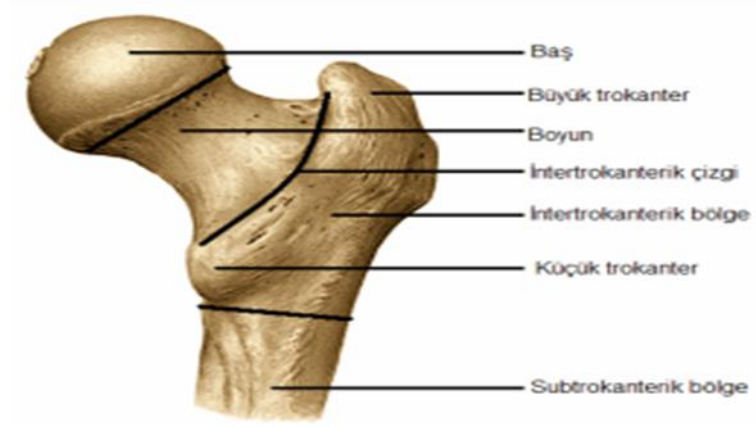
2. GENEL BİLGİLER

2.1. Femur ve İntertrokanterik Kırıkların Cerrahisi

Kalça eklemi, vücudumuzda bir "topuz" biçiminde bir eklem olarak kabul edilir. İlium, İskium ve pubis kemikleri intrauterin 6. haftada birleşerek Asetabulum adı verilen kemik çukurunu oluşturur (Galli vd., 2014). Kalça eklemine katılan femurun üst ucu anatomik olarak baş (caput femoris), boyun (collum femoris) ve trokanterik bölge (trochanter major ve trochanter minor) şeklinde üç ana bölüme ayrılmaktadır (Harty, 1984). Femur, insan vücudundaki en sağlam ve en uzun kemik olarak bilinir (Galli vd., 2014).

Trokanterik bölge femur boynu ve femur diafizi arasında kalan bölgedir. Büyük trokanter ve küçük trokanter diye 2 kısma ayrılır. Bu iki kısım arasında kalan bölge intertrokanterik hat ve küçük trokanterin 5 cm altına kadar olan bölgeyi kapsayan kemik yapılardan oluşmaktadır. İntertrokanterik kırık büyük ve küçük trokanter arasında oluşur (Şekil 2.1). Trokanterik bölgede oluşan parçalı kırıklara pertrokanterik kırık, küçük trokanterin 5 cm uzağına kadar olan kırıklar ise subtrokanterik kırık olarak adlandırılır (Aksu, 2008).

İntertrokanterik kırıklar kalça kırıklarının bir alt grubudur ve tüm kalça kırıklarının %42'sini oluşturur. Kalça kırıkları genellikle femur (uyluk kemiği) üzerinde meydana gelir ve yaşlı yetişkinlerde sıkça görülür. İntertrokanterik kırıklar, femurun trokanter bölgesi üzerinde meydana gelen kırıkları ifade eder. Bu kırıklar genellikle düşmeler veya travmatik olaylar sonucunda ortaya çıkar (Johnell & Kanis, 2004). Uyluk kemiği insan vücudundaki en büyük ve en güçlü kemiktir ve onu kırmak için büyük bir güç gerekir. Erişkinlerde femur kırığının en sık nedeni motorlu araç kazalarıdır. Çocuklarda ise sebep genellikle istismardır (Reynolds, 2013).



Şekil 2.1. Femur Üst Uç Anatomisi

2.2. Klinik Belirti ve Bulgular

İntertrokanterik kırığı olan hastalar acil servise ağrı ve yürüyememe şikayetiyle gelir; tedavi planı, hastanın yaşı, travma şekli ve genel sağlık durumu göz önünde bulundurularak yapılır. Muayenede kırık bölgesinde hassasiyet, kalça hareketlerinde kısıtlılık, ödem ve kanama görülebilir, kemik uçları ayrıldığında bacakta kısalık, dışa dönme ve addüksiyon olabilir, tanı fizik muayene, direkt grafî, BT ve MR ile kesinleşir (Lindemeier & Mesko, 2020).

2.3. Tedavi Seçenekleri

Birden fazla cerrahi ve konservatif tedavi seçeneği olmasına rağmen kırıklarda amaç hastayı en kısa sürede kırık öncesi fonksiyonunu geri kazandırmaktır (Yılmaz, 2023).

2.3.1. Konservatif cerrahi

Cerrahi müdahale sonrası eski yürüme fonksiyonuna ulaşması zor olan ileri yaş, genel durumu kötü, yüksek anestezi riski, kırık öncesi hareketsiz yaşamı olan kişilerde tercih edilebilir. Bu methodla tedavi edilen hastalar idrar yolu enfeksiyonu, yatak yarası, derin ven trombozu gibi komplikasyonlar görülebilir (Olsson, 2000).

2.3.2. Cerrahi tedavi

Cerrahi tedavide amaç kırığın anatomik olarak doğru yerleşmesini sağlayarak hastayı erken mobilize etmektir. Kırığın tedavisinde anatomik yapının eski haline gelmesi için tarih boyunca birden fazla implant kullanılmıştır (Yılmaz, 2023).

2.4. Komplikasyonlar

Repozisyounun (Yeniden yerleştirmenin) Yetersiz Yapılması: Çivinin kullanılmasından önce kırığın yerleştirmesinin yanlış yapılması, kırık bölgesine uygun vidanın seçilememesi ve yanlış pozisyonda yapılmasından dolayı ortaya çıkar (Boldin vd., 2003).

Femur Kırığı: İntrameddller çivinin kısa kullanılması çivinin medullaya iletilirken eki kullanılması esnasında ameliyat sonrası dönemde çivinin distalinde stres kuvvetleri sonucu ile oluşur (Boldin vd., 2003; Pervez & Parker, 2001).

Rotasyonel Deformiteler ve Kısalık: Hasta valgus pozisyonunda iken tespit yapılırken femur boynuna vidayı uygulamanın sonucu olarak kısalık görülebilmektedir (Browner vd., 1996).

Derin Ven Trombozu (DVT) ve Pulmoner Emboli (PE): DVT profilaksisi uygulanmayan hastalarda %40-90 oranında görülür (Zuckerman vd., 1992).

Ölüm: Fraktür sonrası hareketsizlik durumu uzadıca hastada pulmoner emboli, yağ embolisi, pnömoni, myokard enfarktüsü, sepsisemi görülen en önemli ölüm nedenlerindedir. Mortalite sebepleri arasında hastanın yaşı, ek hastalıklar, komplikasyonlar ile doğrudan ilişkili olduğu kanıtlanmıştır (Ruecker vd., 2009).

2.5. Yara İyileşmesi

Yara, cilt ve mukozayı oluşturan yapıların travma, hastalık, cerrahi müdahale gibi nedenlerle bütünlüğünün bozulması veya kaybı ile anatomik fonksiyonlarının geçici veya kalıcı olarak kaybolmasıdır (Akyüz & Akyolcu, 2015). Cilt kapladığı alan olarak vücudun en büyük organıdır (Hess, 2019). Cilt vücudu yabancı etkenlere karşı fiziksel olarak savunma görevi görerek koruma işlevini, sinir uçlarındaki ağrıyı, ısıyı, baskıyı hissederek algılama işlevini, vücud ısısını terleme, vazokontrksiyon ve vazodilatasyon ile termoreğlasyon işlevini, güneş iřđını absorbe ederek D vitamini sentezini sağlayarak kemik oluşumunda rol alarak metabolizma sürecinde rol oynarak işlevlerini gerçekleştirir (Donna & Denise, 2008; Hess, 2013).

Cildin en dış katmanında epidermis denilen tabaka bulunur. Bu tabakadan cilde dayanıklılık kazandıran keratin, protein, lipitler içeren granüller üretilir. Bunlar

hücreler arası boşluklara salınarak geçirgenlikte rol oynar (Hess, 2013; Jackson, 2010).

Epiderminin hemen altında bulunan dermis tabakası saç kökleri, kan ve lenf damarları, yağ ve ter bezlerini barındırır. Bu tabakada yara iyileşmesinde rol alan fibroblast, lenfosit, mast hücresi ve makrofajlar bulunur. Fibroblastlar cildin esnekliğini sağlayan elastin üretir. Ayrıca kollejen üreten fibroblastlar deri altındaki fasya kas gruplarına destek sağlayarak cilde kuvvet verir (Akyüz & Akyolcu, 2015; Hess, 2019; Jackson, 2010).

Dermisin altında ise yağ ve bağ dokusu, sinir hücreleri, lenf damarlarından oluşur. Cildin altındaki dokuların stabilitesini sağlar, vücut sıcaklığını düzenler, darbeleri emer ve enerji depolama amacıyla yağ depoları olarak kullanılır (Hess, 2013; Wysocki, 1999).

Yara iyileşmesinde birçok faktör iyileşme sürecini etkileyebilir. Sağlıklı kişilerde yaralar beklenen sürede iyileşir ancak beslenme, dolaşım, oksijenlenme vb. (sistemik faktörler), yaralanmanın şekli, yaranın çevresi, enfeksiyon (lokal faktörler) ve yaş, sigara içme durumu, obezite, ilaç (bireysel faktörler) birden fazla ortaya çıkan faktörlerden dolayı bu süreç değişebilir (Aksoy, 2012).

Yaralar etiyolojik olarak akut ve kronik olmak üzere iki katagoriye ayrılır. Akut yaralar bir anda oluşur ve iyileşme süreci kısa sürer. Laserasyon, abrazyon, delinme tarzı, yanıklar, cerrahi insizyonlar tarzı yaralar bu grupta yer alır. Kronik yaralar ise iyileşmeleri gecikir ve etkeni devamlıdır. Yara genellikle tekrarlar. Basınç yaraları, diyabetik yaralar, venöz ülser, arteriyel ülser vb. kronik yaralardır (McNees, 2006).

2.5.1. Yara iyileşmesi aşamaları

Hemostaz

Yaralanmadan sonra doku bütünlüğü bozulur ve kanama başlar. Kanama ile hücre dışı matris bileşenleri kana karışır. Kanamayı durdurmak için trombositler yara bölgesine giderek bir tıkaç oluşturur. Faktör XII (Hageman faktörü), pıhtılaşma sürecinde önemli bir rol oynayan bir pıhtılaşma faktörüdür. Faktör XII'yi aktive eden trombosit agregasyonu ve degranülasyonu sonucunda pıhtı oluşur (Hess, 2013; Holloway vd., 2015; Jackson, 2010).

Hemostaz sürecinde kan damarı hasarını durdurmak için fibrin adı lifli protein yara bölgesinde bir ağ oluşturularak yara bölgesini koruyarak kanamayı durdurur. Yara iyileşmesinde ise fibrinlerin yıkılarak pıhtının çözülmesi ile yara bölgesine göç etmesi ile süreç tamamlanarak hemostaz sağlanır (Hess, 2013; Jackson, 2010; Wilkinson & Hardman, 2020).

İnflamasyon

İnflamasyon, doku hasarında vücudun savunma mekanizması olarak hasara karşı verdiği tepkidir. İyileşme sürecinde düzenli bir tepki vererek bu süreci hızlandırır. Bu süreç 3 ile 7 gün arasında sürer (Wilkinson & Hardman, 2020). Hasarın ardından vücutta dolaşan monosit o bölgeye giderek makrofajları oluşturur. Oluşan makrofajlar o bölgedeki bakterileri yok ederek temizler. Makrofajlar immun yanıtı ikaz ederek lökositlerin yerini alarak doku tamirini yapmak için ihtiyacı olan sitokin ve büyüme faktörlerini üreterek bu hücrelerin yara bölgesine ilerlemesini sağlayarak iyileşmesini hızlandırır (Hess, 2013; Wilkinson & Hardman, 2020).

İnflamasyon belirtileri; yara yerindeki renk değişikliği, ısı artışı, ödem, ağrı, akıntı gözlenebilir (Wilkinson & Hardman, 2020).

Proliferasyon (Çoğalma)

Bu süreç 2 gün ile 3 hafta arasında tamamlanabilir. Bu aşamada granülasyon dokusu kırmızı, granüllerden oluşur. Bu doku makrofajlar, fibroblastlar, kan damarları, matür kollajenleri içerir. Granülasyon dokusu çoğalarak fibroblastları uyararak kollajen üretimini sağlar. Granülasyon dokusu yara yüzeyini doldurarak yara kenarlarını birleşerek yara yüzeyi küçülmeye başlar. Bu safhadan sonra epitelizasyon evresi başlayarak keratonisitler yara kenarlarına akın eder. Daha sonra bölünerek bitişik hale gelip yarayı kapatırlar (Doyle & McCutcheon, 2016).

Maturasyon (Olgunlaşma)

Dokunun yeniden şekillenme süreci olan bu evre 21 günden aylar hatta yıllara kadar sürebilir. Miyofibroblastlar dönüştürücü büyüme faktörü olarak görev yaparak fibroblastları miyoblastlara dönüşmesi ile neticelenen programlanmış hücre ölümü dediğimiz apoptoz ile sonuçlanabilir. Miyofibroblastlar kollajen lifleri yeniden düzenleyerek doku üzerinde gerilme kuvvetini arttırarak yara iyileşmesini sağlayarak süreci tamamlar (Vuolo, 2012; Wilkinson & Hardman, 2020).

2.5.2. Yaranın kapatılma şekline göre yara iyileşmesi

Primer (Birincil) İyileşme

Cerrahi insizyonlar, laserasyonların kapatılması için dikişler, zımba, bant ya da yapıştırıcı gibi yöntemlerle biraraya getirildiği yaralardır. Bu yöntemde yara yeri düzgün ve yüzeyi azdır bu sebeple bu tür yaralarda enfeksiyon riski daha az görülür. 4 ile 14 gün arasında yara izi iyileşir (Doyle & McCutcheon, 2016; Vuolo, 2012).

Sekonder (İkincil) İyileşme

Doku kaybı ile yara kenarlarının kapatılmadığı basınç yaraları, venöz ülser gibi yaralarda görülür. Granülasyon dokusu ile dolan yarada enfeksiyon riski primer iyileşmeden daha fazladır. İyileşme uzun sürebilir (Doughty, 2016 ; Hess, 2013; Vuolo, 2012).

Tersiyer (Gecikmiş Primer) İyileşme

Yaraların enfekte olması durumunda debridman, drenaj yapılarak temizlendikten sonra yaranın bir süre açık bırakıldıktan sonra kapatılmasıdır. Yara kenarları genellikle 3-7 gün içinde karşılıklı olarak bir araya getirilip cilt katmanları uygun şekilde birleştirilir. Bu, yaranın daha hızlı ve düzgün bir şekilde iyileşmesini sağlar (Akyüz & Akyolcu, 2015; Hess, 2013).

2.5.3. Yara iyileşmesini etkileyen faktörler

Çevresel (dışsal) faktörler

Enfeksiyon: Yarada pürülan akıntı, ateş, kötü koku, şişlik varsa enfeksiyon oluştuğunu gösterir. Enfeksiyonun gelişmesi inflamasyon süresini uzatarak yara iyileşmesini etkiler. Bu durumda yara kültürü alınmalıdır (Akyüz & Akyolcu, 2015).

Cildin Nem Durumu: Cildin nem durumu yara iyileşmesini hızlandırabildiği gibi yavaşlatabilir. Kuru yaralara uygulanan nemli pansmanlar yara iyileşmesini hızlandırıp ağrılı iyileşmeyi azaltır. Nemli ortam hücrelerin daha hızlı hareket etmesiyle yaranın daha erken iyileşmesine katkıda bulunur. Cildin nemli olması yara iyileşmesinde kuru bir cilde göre daha hızlı ve daha az ağrılı iyileşmeye yardımcı olur. Cildin aşırı nemli olması beraberinde enfeksiyon riskini

de arttırmaktadır (Akyüz & Akyolcu, 2015; Hess, 2013; Wilkinson & Hardman, 2020).

Nekrotik Doku: Nekrotik doku ölü veya cansız doku demektir. Yaralarda slough ve eskar olmak üzere 2 çeşit nekrotik doku bulunur. Bu yaralar yara yerinini iyileşmesini olumsuz yönde etkiler. Slough nemli, lifli ve sarı renkli bir dokudur ve yara yüzeyini kaplayarak iyileşmesini engeller. Eskar ise kuru ve siyah renkli dokudur. Yara yüzeyindeki dokuyu debridman ile uzaklatırarak yara iyileşmesi sağlanabilir (Baranoski & Ayello, 2015; Vuolo, 2012).

Basınç: Yara bölgesinde aşırı veya sürekli basınç varlığında kılcal damarlara giden kan akımı zayıflayacağından yara iyileşmesine sebep olur (Hess, 2013).

Travma ve Ödem: Yaranın tekrar bir travmaya maruz kalması veya ödem oluşması hücreye giden lokal kan akımını ve vücutta oksijenlenmeyi yavaşlatacağından dolayı yara iyileşmesini olumsuz etkiler (Hess, 2013).

Sistemik (içsel) faktörler

Yaş: Yaşlanma ile birlikte inflamasyon, hücre göçü, çoğalma ve maturasyon tepkileri giderek yavaşlamaya başlar. Yaşlanmayla birlikte derinin üst tabakası olan epidermin incelmesi ile yırtılma ve sürtünmeden dolayı cilt yaralanmalarına daha duyarlı hale gelir. Yaşlanmaya bağlı olarak yara iyileşmesinde rol alan fibroblast ve epidermal hücrelerin azalması ile hücre üretimi yavaşlayarak yara iyileşmesi sekteye uğrar (Hess, 2013).

Doku Perfüzyonu ve Oksijenizasyon: Oksijen ihtiyacı iyileşme evresinde en yüksek düzeydedir. Oksijenin dokulara az iletilmesi sonucunda fibroblastların çoğalmasını etkileyerek kollajen seviyesini bozarak lökosit üretiminin azalmasına sebep olarak yara iyileşmesini olumsuz etkiler (Doughty, 2016).

Obezite: Obezitede yağ dokusu daha fazla olduğundan dolayı hücrelere giden kan akımı yetersiz kalacağından yara iyileşmesi uzar (Doughty, 2016).

Beslenme Durumu: Yara iyileşmesinde karbonhidratlar; enerji sağlamada proteinler; bağ dokunun onarımı ve enzim sentezinde A vitamini; inflamatuvar yanıt ve yara kapanmasında C vitamini; kollajen ve antioksidan etki gösterek immün yanıtta demir; hücrelere hemoglobini ile oksijen taşıyarak enerji üretimi ve

bağışıklıkta magnezyum ve çinko ; protein sentezi ve enzim aktivitesinde su; metabolik atıkların atılması ve hücelere oksijen ve besin maddelerini taşınması ile yara iyileşmesinde görev alır (Hess, 2013; Jackson, 2010; Vuolo, 2012).

Sigara: Dokuların oksijenlenmesini azaltarak fibroblast aktivitesini azaltarak yara iyileşmesini olumsuz etkiler (Busse, 2016; Doughty, 2016).

İlaç Kullanımı: Steroid ilaçlar inflamasyonu azaltıcı etkiye sahiptir. Makrofaj işlevlerini bozarak lenfosit sayısını azaltır. A vitamini kullanımı steroid ilaçlarının etkisini azaltır. Uzun süreli antibiyotik kullanımı yara iyileşmesi hızını yavaşlatır. Antikoagülan ve antiinflamatuvar kullanımı trombosit aktivasyonunu engelleyerek kan pıhtılarının oluşumunu ve büyümesini önlerler. Kemoterapik ilaçlar fibroblast ve miyofibroblast hücrelerini etkileyerek kollajen sentezini ve yara kontraksiyonunu bozar (Doughty, 2016).

İmmünosupresyon: Herhangi bir nedenden dolayı bağışıklık sisteminin baskılayarak inflamatuvar cevabı geciktirir veya önleyerek yara iyileşmesinin tüm fazlarını etkiler (Hess, 2013).

Kronik Hastalıklar: Koroner arter hastalığı, periferik vasküler hastalık gibi ek hastalıklar vücudun oksijen taşıma kapasitesini etkileyerek yara iyileşmesini bozar. Diabetes mellitüs kollajen sentezini ve depolanmasını olumsuz etkileyerek yara iyileşmesini zorlaştırır (Doughty, 2016 ; Hess, 2013).

2.5.4. Yara iyileşmesi sürecinde yaygın görülen komplikasyonlar

Kanama: Cerrahi müdahale sonrası cildin alt dokusunda küçük damarlar ve kılcallarda çatlama sonrası oluşan kanamaya hematom denir. Cerrahi müdahale sonrası oluşan hematomlar o bölgede enfeksiyona sebep olabilir. Ayrıca hematom cerrahi kesinin ayrılmasına neden olarak iyileşmeyi yavaşlatır (Harding vd., 2019).

Enfeksiyon: Deri bariyer görevi görerek mikroorganizmaların vücut içine girişini engeller. Yaranın kontamine olması lokal enfeksiyona hatta daha da ilerleyerek ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Lokal enfeksiyonun belirtileri arasında kızarıklık, ısı artışı, hassasiyet, pürülan akıntı ve kötü koku oluşur (Baranoski & Ayello, 2015; Doughty, 2016).

Yara Ayrılması (Yara Dehissansı): Yaralanmadan 3-11 gün sonra ortaya çıkan yara kenarlarının ayrılmasıdır. İnflamatuvar sürecin uzamasına sebep olan

enfeksiyon, obezite, seroma, hematoma gibi nedenlerden dolayı yara kenarlarının biraraya gelmesi zorlaştırır (Anderson, 2018; Doyle & McCutcheon, 2016; Harding vd., 2019).

Aşırı Granülasyon Dokusu Oluşumu: Yara yüzeyinden dışarı doğru çıkan pembe veya kırmızı renkli, nemli bir dokudur. Yaranın içinde yeni kan damarlarının ve bağ dokusunun oluştuğunu gösterir. Granülasyon dokusunun dağılması veya kesilmesi iyileşmeyi etkilemez (Harding vd., 2019).

Hipertrofik Skar: İyileşme esnasında artan fibroblast ve lökositler, aşırı kollejen üretimi skar dokusunun (yara dokusu) büyük, kabarık, kırmızı ve sert olmasına neden olur (Baranoski & Ayello, 2015; Doughty, 2016 ; Harding vd., 2019).

Keloid: Cilt renginden daha koyu, bazen tümör gibi büyük ve abartılı görünümüne sahip olan yara sınırını aşarak matriksin sentezinde meydana gelen bozulmalar sonucu oluşan skar dokudur (Baranoski & Ayello, 2015; Doughty, 2016 ; Harding vd., 2019).

2.5.5. İntertrokanterik cerrahi sonrası yara ve hemşirelik bakımı

Ameliyat sonrası bakımın amacı, hastanın günlük yaşam aktivitelerine uyumunu etkili ve en kısa sürede hastanın sağlık yaşamına dönmesini sağlamaktır. Hemşireler hastanın gereksinimlerine uygun bakım planı oluşturarak, oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi ve hızlı iyileşme sağlanması için gerekli prosedürleri uygular (Karadakovan & Aslan, 2022).

Ameliyat sonrası dikkat edilmesi gereken durumlar genel olarak şunlardır:

- Operasyon sonrası uzun süre hareketsiz kalacak olan hasta için havalı yatak temin edilmeli ve hastaya pozisyon verilerek önemi anlatılmalıdır.
- Hastanın yaşam bulguları (Kan basıncı, nabız, saturasyon) stabil oluncaya kadar yakın takip altında tutularak gözlenmelidir.
- İntertrokanterik kırık ameliyatı geçiren hastaya bacağın desteklenerek uygun pozisyon verilmesi sağlanmalıdır.
- Hastada emboli atma riskine karşı derin solunum ve öksürme egzersizleri öğretilmelidir.

- Hastada dren varsa yakın takibi yapılarak kanama riskine karşı hemşire dikkatli olmalıdır.
- Hasta ödem, bası yarası açısından değerlendirilmelidir.
- Ameliyat sonrası dönemde hasta ve ailesiyle sürekli iletişim halinde olmak, hastanın duygusal ve psikolojik desteğini sağlamak da önemlidir. Hasta ve ailesiyle açık bir iletişim, iyileşme sürecinin daha olumlu geçmesine yardımcı olabilir (Karadakovan & Aslan, 2022).

Yara bakımı oldukça kapsamlı ve profesyonel bir yaklaşımla yapılmalıdır. Yaranın bakımı hastanın yaşam kalitesini etkileyerek hastanın konforunu daha iyi hale getirebilirken doğru yapılmayan bakım hastanın hayatını daha da zorlaştırabilir. Bu konuda en büyük desteklerden biri de hemşirelerin bilgi birikimlerini doğru bir şekilde aktarabilmesi büyük önem taşır (Karadakovan & Aslan, 2022).

Hemşire öncelikle yarayı değerlendirerek yaranın temizliğini yapar, yaranın irrigasyonu yapar, yaraya pansuman yaparak yaranın usülüne uygun kapatılmasını sağlar. Yaranın hızlı bir şekilde iyileşmesini sağlamak için yaraya uygun doğru ürünü ayrıntılı bir şekilde değerlendirerek hasta ve ailesini bilgilendirip yönlendirir. Basınç yarası riskini değerlendirerek ülser gelişme ihtimaline karşı gereken önlemleri alarak komplikasyon oluşmasını engeller (Hemşirelik Yönetmeliği, 2011).

Hekim ile işbirliği yaparak hastadan gerekirse yara kültürü alır. Yara bölgesine yerel (tropikal) ajanlar uygular. Yaraya mekanik debritleme uygular (ıslak kuru pansuman, basınçlı yıkama). Hekim ile beraber yaraya kimyasal ve cerrahi debritleme uygular (Hemşirelik Yönetmeliği, 2011).

Toronto Yara Semptom Değerlendirme Sistemi (TYSDS), yara bakımı konusunda semptomları ve sınıflamaları kolaylaştıran araçtır. TYSDS'nin Edmonton Semptom Değerlendirme Skalası'dan esinlenerek palyatif bakım alanında sürekli kullanılan ve geçerliliği kanıtlanmış olması avantaj sağlamaktadır (Maida vd., 2009).

Sonuç olarak yara bakımı ekip işi olmakla birlikte hemşirenin rolü özellikle önemlidir. Yara takibinde dikkatli ve düzenli takip, yaranın doğru ve etkili biçimde

iyileşmesine katkıda bulunarak problemlerin daha erken fark edilmesine yardımcı olur ve erken uygun girişimler yapılabilir (Mutlu & Yılmaz, 2019).

2.5.6. İntertrokanterik cerrahisinde taburculuk eğitimi ve önemi

Hemşirelik bakımı denilince sadece hastanın fiziksel sağlığı değil aynı zamanda psikososyal gereksinimlerini de akla getirmelidir. Hemşirelik bu amaç doğrultusunda sağladığı bakım ve destek hizmetleri ile hastanın daha erken iyileşmesi ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesinde bütüncül, çok yönlü ve kapsamlı bakım anlayışını benimsemektedir (Bırol, 2004). Hasta eğitimi hemşirelik uygulamalarının en önemli girişimlerinden biridir. Hemşire intertrokanterik femur fraktürü ameliyatı olan hastada hastane sonrası iyileşmesi daha kolay sağlamak için taburculuk eğitimi verilmelidir.

Sıklıkla kullanılan öğretim yöntemleri/ teknikleri; düz anlatım, bire-bir veya grup tartışması, rol yapma, soru cevap, rol oynama, vaka çalışması(örnek gösterme) gibi farklı öğretim tekniği kişinin durumuna göre seçilerek yapılır (Aslan & Ergin Doğan, 2024).

Taburculuk eğitimi hastanın sağlık problemleri ve olası sağlık sorunları ile başa çıkması, kendisine yapılan uygulamalar hakkında bilgi sahibi olması ve aktif rol alması hastaneye yatış süresini azaltmakta ve gereksiz test ve prosedürlerden kaçınarak maliyetleri azaltabilmesi gibi konularda yarar sağlamaktadır (Senyuva & Taşocak, 2014).

Taburculuk eğitiminin amacı;

- Hastaların ve ailelerinin ameliyat öncesi ve sonrası evde bakım ihtiyaçları doğrultusunda yardım etmek,
- İyileşme aşamasını hızlandırmak,
- Sağlık personelinin yardım alabilmek ve gerektiğinde hastaneye başvuracağı durumlar konusunda bilgilendirmek,
- Günlük yaşam standartlarına geçişi en kısa sürede sağlamaktır (Ay, 2007; Senyuva & Taşocak, 2014).

Taburculuk eğitiminin hedefleri;

- Birey ve ailesinin; taburculuk sonrası beklenen fonksiyonların düzeyi, kullanılacak ilaç ve tedaviler ve acil durumlarda yapmaları gerekeni anlamalarına yardımcı olmak,
- Taburculuk sonrası toplumda destek gruplarına katılımlarını sağlamak, destek sistemlerinin (sağlık merkezleri, sosyal hizmet kuruluşları, yardım dernekleri v.b) kaynaklarına ulaşmasında yardımcı olmak ve kordinasyonunu sağlamak,
- Kişilere eğitim vererek kişilerin kendi sağlık durumlarını yönetmelerine ve en iyi tedavi seçeneklerini seçmelerine yardımcı olmak diyebiliriz (Karadağ, 1999).

Sağlık ve hemşirelik alanında yaşanan yeni teknolojik, ekonomik gelişmeler, hastaneye yatış sürelerinin kısalmasına, süregelen hastalıklarla birlikte kaliteli bir yaşamı idame ettirmeye, hasta ve ailesinin mesuliyetinin artmasına katkı sağlayan mahiyettedir (Yıldırım vd., 2017).

Hasta eğitimi kişide sağlığın geliştirilmesine, idame ettirilmesine, hastalıkların ortaya çıkmadan önlenmesine ve sağlığın yeniden kazanılmasına yönelik uygulamalarda rolü çok büyük önem kazanmaktadır. Ayrıca hasta eğitiminin dizgeli, sorunları tahlil etme ve mahiyetli bir şekilde yerine getirilmesi şarttır (Senyuva & Taşocak, 2019). Hastalara verilen eğitimin planlı bir şekilde olması, hastaların kendi bakımlarına uygun şekilde katılmasını sağlamak, sağlık davranışlarını yükselterek desteklemek ve yeniden hastaneye yatışları önlemek için son derece önemlidir (Huber & Blanco, 2010).

Hemşirenin rollerinden olan hasta eğitimi, kişiyi yan etkilerden korumayı, hastanın yaşamında kendi kendine yeterli duruma gelmesini, hastalıkların üstesinden gelmeyi ve adapte olmayı sağlamak, yaşamlarını idame ettirecek davranışlarda oluşacak farklılıkların elde edilmesini amaçlamaktadır (Kaya, 2009). Planlı bir taburculuk eğitimi ile hasta bireylerin evde bakım ihtiyaçlarını giderbilmek, sağlıklarını koruyabilecek ve sürdüreceği bilgi ve davranış değişiklikleri hemşireler tarafından verilir (Yıldırım & Bayraktar, 2010). Operasyon sonrası verilecek taburculuk eğitiminin yakın takiple birlikte, hastaların yeni hayatlarına adaptasyonunu kolaylaştıracağı, iyileşmede ivme kazandıracığı ve aniden ortaya çıkan tekrarlı hastaneye yatışlarını %50 oranında önüne

geçebileceğini bildirilmektedir (Evelyn Kang vd., 2018; Santana vd., 2018; Zheng vd., 2013). İntertrokanterik fraktürü ameliyatı geçiren hastalar en az 3 en fazla 1 hafta içinde taburcu edilmektedir. Hasta ve ailesi eve giderken anksiyete problemi ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu durum evde gelişebilecek komplikasyonlar ve bakım konusunda bilgi yetersizliğinden kaynaklanabilmektedir (Öğüt & Sucu Dağ, 2019).

2.5.7. İntertrokanterik cerrahi kırığında evde bakım ve halk sağlığı hemşirelerinin rolleri

Evde bakım, hasta bireyin ihtiyaç ve taleplerini ev ortamında karşılayan bir sağlık hizmeti türüdür. Bu hizmet türü, hastaneye başvuru ve yatışları azaltarak maliyetleri düşürmekte ve hastane ortamında oluşabilecek komplikasyonları önlemektedir. Bu avantajlarından dolayı, evde bakım hizmetlerine olan talep her geçen gün artmaktadır (Andrade vd., 2017; Bulut vd., 2020). Evde bakım hemşiresi, hastaların kendi evlerinde veya bakım evlerinde akut, kronik ve terminal dönemlerindeki sağlık ihtiyaçlarını karşılayan, bu hizmetleri planlayan, uygulayan ve değerlendiren profesyoneldir. Evde bakım hemşiresinin temel amacı, sağlığı korumak, geliştirmek ve hastalıkları önlemektir. Bu profesyoneller, hastaların yaşam kalitesini artırmak için bireysel bakım planları oluşturarak, ihtiyaç duyulan tıbbi desteği sağlarlar ve hastaların sağlık durumlarının sürekli izlenmesine yardımcı olmaktadır (Kayaoğlu, 2019). Evde bakım sürecinde, bakım vericinin yükünü ve kaygısını azaltmak amacıyla, hemşirenin bakım verici ile iş birliği yapması ve problemlerin çözümü için düzenli ve planlı ev ziyaretleri gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Çeşitli çalışmalar, bakım vericilerin sosyal destek kaynaklarını kullanmasının sağlanmasının, stresin önlenmesi ve başa çıkma stratejilerinin öğretilmesinin, ayrıca bakım sürecinde sağlık ekibinden profesyonel destek alınmasının önemini vurgulamaktadır. Bu yaklaşımlar, bakım vericilerin yaşam kalitesini artırarak, bakım sürecinin daha sürdürülebilir ve etkili olmasını sağlamaktadır (Cingil vd., 2015; Özkan vd., 2022).

Halk sağlığı hemşiresinin bu noktadaki önemi, hastalara ve ailelerine gereken bakım hizmetlerinin sağlanması yoluyla belirlenen amaçlara ulaşılmasında büyük bir rol oynamaktadır. Hemşirelik hizmetleri; ailelere toplumsal kaynakların kullanımı konusunda rehberlik etme, bakım verenlerin eğitimi, danışmanlık hizmetleri sunma ve hasta ile ailesine kapsamlı bakım hizmeti sağlama gibi

görevleri içermektedir. Hemşirelerin, bakımın devamlılığını ihtiyaç halinde gerçekleştirmesi, bakım verenlerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarında olumsuz etkiler oluşmasını engelleyerek, bakım yükünü minimum seviyelere indirmeye yönelik gerekli desteği sağlaması ve uygun işlevleri yerine getirmesi büyük bir önem taşımaktadır (O'Connell vd., 2013). Evde sağlık hizmetleri, hastaların kendi ev ortamlarında bakım almasını sağlayarak hem fiziksel hem de psikolojik olarak daha iyi hissetmelerine yardımcı olmaktadır. Hasta yakınlarına verilen eğitimler sayesinde hastanın bakımı daha profesyonel bir şekilde gerçekleştirilebilmekte ve hastanın kendisini daha güvende hissetmesi sağlanmaktadır (Anonim., 2018). Günümüzdeki teknolojik gelişmeler, hasta bakımının yönetiminde özellikle telefon ile sağlık hizmetlerinin sunulmasını mümkün kılmakta ve bu yenilikler hemşirelik uygulamalarına da yansımaktadır. Bu teknolojik ilerlemeler, hemşirelerin hasta ve bakım vericilere uzaktan destek sağlama, sağlık durumlarını izleme ve gerektiğinde müdahalede bulunma becerilerini artırmaktadır (Özkan & Salık Asar, 2022). Türkiye'de bu hizmetlerden faydalanmak isteyen vatandaşlar, Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan 444 38 33 (444 EVDE) numaralı telefon hattını arayarak başvurularını yapabilmektedir. Bu hat, başvuruların doğru alınmasını ve hastaların en uygun birimlere yönlendirilmesini kolaylaştırmaktadır (Anonim., 2018). Telefon çağrısı sonrasında, Evde Sağlık Hizmet Birimi yetkilisi hastanın yaşadığı yeri ziyaret eder. Bu ziyaret sırasında, hastanın evde sağlık hizmeti alıp almayacağına veya verilecek hizmetin kapsamına karar verilir ve bu doğrultuda bir ziyaret programı planlanır. Evde Sağlık Hizmetleri kapsamında izlenmesine karar verilen tüm hastalar hakkında, aile hekimlerine bilgi verilerek aile hekimleri ile gerekli bilgi paylaşımı sağlanır (Anonim., 2018).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma intertrokanterik femur kırığı ameliyatı olan hastalara verilen taburculuk eğitiminin cerrahi iyileşme ve taburculuğa hazır oluşluğa üzerine etkisinin olup olmadığını belirlemek amacıyla deneysel olarak yürütüldü. Araştırma süreci CONSORT 2010 yönergelerine dayanmaktadır (Şekil 3.1). Ayrıca randomize kontrollü çalışmalar için gerekli olan araştırma kayıt numarası (NCT06342479) Clinical Trials.gov adresinden alındı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Mayıs 2023 – Temmuz 2024 tarihleri arasında Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi ve Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Servisinde yürütülmüştür. Fethi Sekin Şehir Hastanesi üç ortopedi servisi olmak üzere 48 yatak kapasitesi mevcuttur. Fırat üniversitesi Hastanesi ise bir ortopedi servisi ve 39 yatan hasta kapasitesi mevcuttur.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi ve Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi ortopedi servisinde yatan hastalar oluşturmuştur. Örneklemi ise; güç analizi ile 0.05 yanılğı, 0.95 güven aralığında, 0.6 etki büyüklüğünde, evreni 0.80 temsil gücüyle 60 hasta oluşturmuştur. (n=60) Hastalar 30 girişim 30 kontrol grubu şeklinde ayrılmıştır.

3.3.1. Girişim ve kontrol gruplarının belirlenmesi

Araştırmanın yürütüldüğü hastanelerde dört ortopedi kliniği bulunmaktadır. Hangi hastanenin girişim grubu hangi hastanenin kontrol grubu hastalarını oluşturacağı araştırmanın başında bağımsız bir araştırmacı tarafından kura çekilerek belirlendi. Kura sonucunda Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi girişim grubunu, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi kontrol grubunu oluşturdu.

Araştırmaya alınma kriterleri

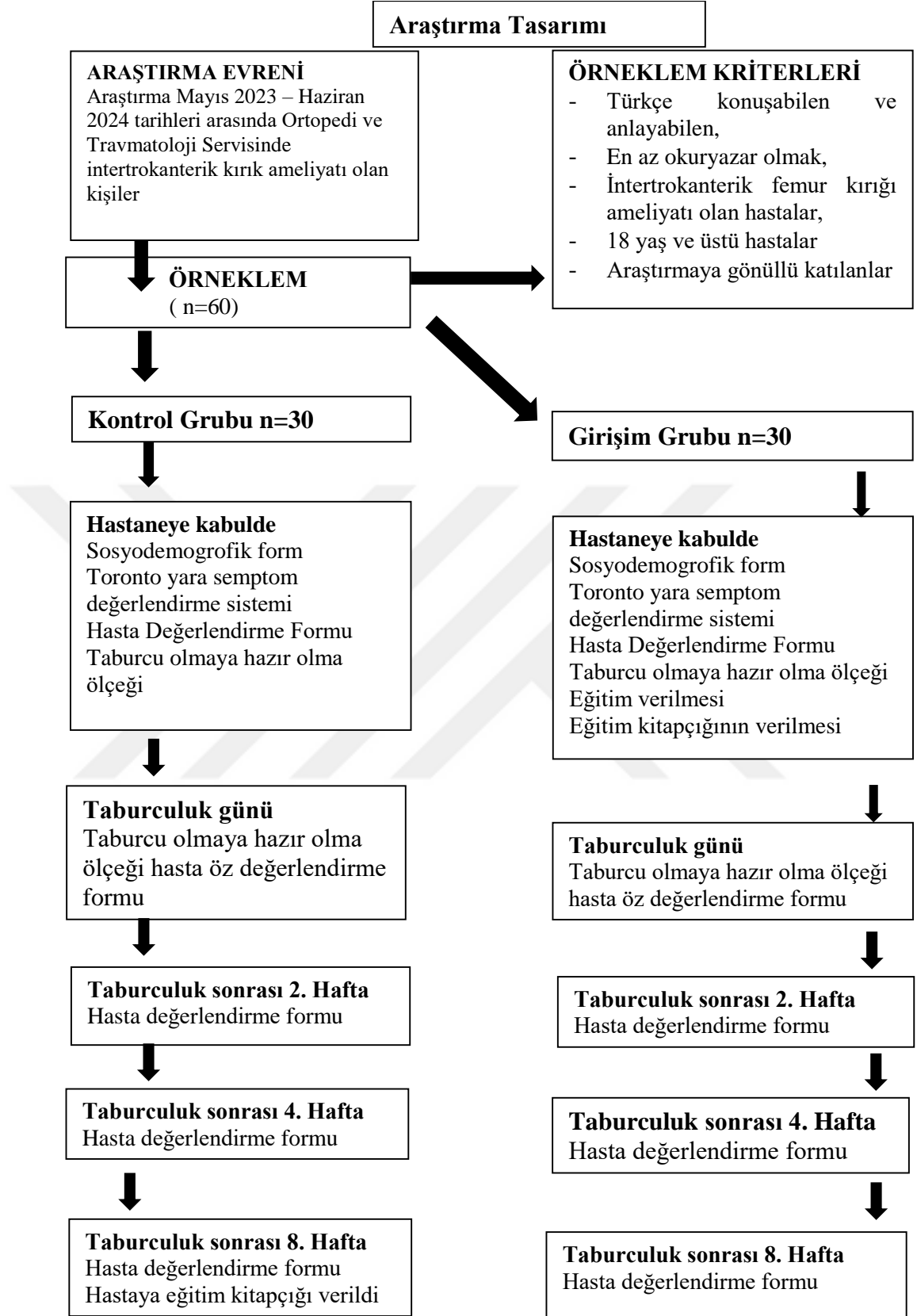
1. Türkçe konuşabilen ve anlayabilen,
2. En az okur yazar olan,
3. İntertrokanterik femur kırığı ameliyatı olan,

4. 18 yaş ve üstü hastalar araştırmaya dahil edildi.

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri:

1. Kendi bakımına engel olacak fiziksel engeli (görme, işitme, hareket etme gibi) olan,
2. Psikiyatrik bir hastalık tanısı almış (Demans, Alzheimer vb.) olan
3. Daha önce taburculuk eğitimi alan
4. Okuma yazması olmayan hastalar taburculuk eğitimi dışında bırakıldı.





Şekil 3.1. CONSORT Şeması

3.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplanmasında Bilgilendirilmiş gönüllü onam formu, Eğitim kitapçığı, Sosyodemografik form, Toronto Yara Semptom Değerlendirme Sistemi, Taburcu olmaya hazır olma ölçeği, hasta değerlendirme formu ve telefon kullanılmıştır.

3.4.1. Sosyo-demografik bilgi formu (EK-1)

17 soru ve 1 bölümden oluşan hastanın sosyodemografik özelliklerini, kronik hastalığı varlığını, yaranın var oluş süresini, taburculuk eğitimi alınıp alınmadığını içeren sorulardan oluşmaktadır.

3.4.2. Toronto Yara Semptom Değerlendirme Sistemi (TYSDS) (EK-2)

Litaretüre bağlı kalınarak araştırmacılar tarafından oluşturulan ölçek kronik yaraları olan hastaların semptomlarını değerlendirmek amacıyla, Vincent Maida ve ark. tarafından 2009 yılında geliştirilmiştir. Toronto Yara Semptom Değerlendirme Sistemi- TYSDS 10 soru ve her bir soru 0-10 arasında toplam 11 puandan oluşan bir araçtır. Her bir sorudaki 0, semptomun görülmediğini, 10 ise semptomun çok yoğun görüldüğünü ifade etmektedir. Ölçekten en az 0, en fazla 100 puan alınmakta, puanların artması yara semptomlarının çok yoğun görüldüğünü açıklamaktadır (Köze & Özbayır, 2023).

3.4.3. Hasta Değerlendirme Formu (HDF) (EK-3)

Hasta Değerlendirme Formu, NANDA-I’de tanımlanan “gecikmiş cerrahi iyileşme” tanısının dokuz tanımlayıcı özelliğinin (evdeki/işteki aktivitelere başlamayı erteleme durumu, iyileşmek/toparlanmak için daha fazla zaman gerektiği anlayışı, öz bakım uygulamalarında yardımcı gereksinimi varlığı, cerrahi bölgenin bozulduğunu belirten kanıt varlığı (bölgede akıntı, şişlik, kızarıklık, ağrı, kanamadan birinin varlığı hafif düzeyde; hepsinin varlığı şiddetli düzeyde sıkıntılı olarak işaretlenecektir), bulantıyla beraber iştah kaybı, bulantı olmaksızın iştah kaybı, etrafta hareket etmede güçlük durumu, ağrı veya rahatsızlık durumu, yorgunluk) varlığı sorularını içermektedir. Hasta Değerlendirme Formu tanımlayıcı özelliklerin şiddetlerini ölçen beşli likert tipi ölçek NOC’ tan yararlanarak oluşturulmuş olup “şiddetli düzeyde sıkıntılı” ifadesi “1 puan”; “önemli düzeyde sıkıntılı” ifadesi “2 puan”, “orta düzeyde sıkıntılı” ifadesi “3 puan”, “hafif düzeyde sıkıntılı” ifadesi “4 puan”, “sıkıntı yok” ifadesi ise “5 puan” olarak değerlendirilmiştir.Var olması durumunda hastaların dokuz tanımlayıcı özelliğinin

şiddetini “şiddetli düzeyde sıkıntılı, önemli düzeyde sıkıntılı, orta düzeyde sıkıntılı, hafif düzeyde sıkıntılı, sıkıntı yok” ifade etmeleri istenmiştir. Her bir değerlendirme aşamasında hasta en az dokuz en fazla 45 puan alabilir. Her değerlendirme sorusu için alınan puan arttıkça iyileşme olumlu olarak değerlendirilmiştir.

3.4.4. Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği (TOHOÖ) (Ek-4)

Bu ölçeği ilk önce 2006 yılında Weiss ve Piacentine (2006) tarafından 21 maddelik olarak geliştirilmiştir (Weiss & Piacentine, 2006). Daha sonra Weiss ve arkadaşları (2014) tarafından ölçeğin hasta ve hemşire için kısa şekli geliştirilmiştir. Hastaların taburculuğa hazır olmasının ona bakım veren hemşiresi tarafından değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş olan kısa versiyonu sekiz madde ve dört alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; fiziksel durum (2 madde), bilgi (2 madde), algılanan başa çıkma yeteneği (2 madde) ve beklenen destek (2 madde) şeklinde belirtilmiştir. Ölçek 10’lu Likert tipi bir ölçek olup, ölçekten alınan puan ortalaması 9-10 aralığında ise taburcu olmaya çok fazla hazır, 8-8,9 ise fazla hazır, 7-7,9 arasında ise orta hazır, 7’nin altındaysa düşük hazır olarak değerlendirilmektedir. 2018’de Kaya ve arkadaşları tarafından Türkçe uyarlaması yapılmış ve hemşire versiyonu ile paralel sorulara sahip olan bir ölçektir. Ölçeğin Cronbach’s Alpha değeri, 74’tür ve 10’lu Likert tipi bir değerlendirmeye sahiptir (Kaya vd., 2018). Bu araştırmada ise Cronbach’s Alpha değeri 0.92 bulundu.

Eğitim Kitapçığı

Araştırmacılar tarafından literatür (Liu vd., 2021; Sarkies vd., 2023; Yang vd., 2016) incelemesi doğrultusunda oluşturulan İntertorakanterik Femur Kırığı Ameliyatı Eğitim Kitapçığı; beslenme, cerrahi iyileşme, hareket, boşaltım, özbakım becerileri, ağrı yönetimi, egzersiz, yara bakımı, kontrol zamanı ve intertrokanterik ameliyatı sonrası dikkat edilmesi gereken hususları kapsamaktadır.

İntertorakanterik Femur Kırığı Ameliyatı Eğitim Kitapçığı içeriğinde; “Femur kırığı nedir? Yara bakımı, egzersiz, beslenme, oluşabilecek komplikasyonlar, kontrol zamanı vb.” gibi başlıklar bulunmaktadır.

Kitapçığın oluşturulması sürecinde, bir ortopedi uzmanı, üç hemşire öğretim üyesi ve bir uzman hemşirenin görüşlerinden faydalanılmıştır. Ayrıca, kitapçığın anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla üç intertrokanterik kırığı olan hastaya

sunulmuş ve onların önerileri doğrultusunda düzenlemeler yapılmış ve son hali verilmiştir.

Telefon

Araştırmacı, hasta değerlendirme formunu hastaların verdikleri telefon numaralarından, taburculuk sonrası ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarda telefonla arayarak hasta ifadelerine göre uygulamıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmaya başlamadan önce araştırmaya katılmayı onaylayan ve araştırma kriterlerine uyan bireyler araştırma ile ilgili bilgilendirilip sözlü ve yazılı onamları alındı. Uygulama öncesi girişim ve kontrol grubuyla yüz yüze görüşme sağlanarak ‘‘Sosyodemografik Bilgi Formu’’, ‘‘TYSDS’’, ‘‘HDF’’ ve ‘‘TOHOÖ’’ ile veriler toplandı. Araştırma dört aşamada uygulanmıştır. Literatürden yola çıkılarak intertrokanterik cerrahi geçiren hastanın iyileşme durumu taburculuk öncesinde, taburculuk sonrası ikinci, dördüncü ve sekizinci haftada olmak üzere dört kez değerlendirilmiştir (Santana vd., 2016; Santana & Lopes, 2015).

3.6. Hemşirelik Girişimleri

Girişim Grubu

Girişim grubuna alınan hastalar, çalışmaya katılma kriterleri yönünden değerlendirildikten sonra çalışmanın amacı, beklenen yararları ve yöntemi ile ilgili araştırmacı tarafından bilgilendirilip; sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formu alınmıştır. Girişim grubundaki hastalara, ön test aşamasında sözel ve yazılı bilgilendirmeye ek olarak Sosyodemografik Bilgi Formu, TYSDS, HDF ve TOHOÖ uygulanarak birinci ölçümler elde edilmiştir. Taburculuk öncesinde bilgilendirilmiş gönüllü olur formu alınan hasta, taburculuk eğitimi verilmeden önce cerrahi iyileşme yönünden değerlendirilmiştir. İlk değerlendirme sonrası, klinikteki hekimlerin viziti, yemek saati, ziyaret ve tedavi saatlerinin dışında ve ağrı kesici uygulamasından ortalama iki saat sonra, hasta odasında sessiz ve sakin bir ortamda klinikte uygulanan standart klinik izleme ek olarak yaklaşık 30 dakika süren (geliştirilen kitapçıkta yer alan konular ile ilgili, beslenme, cerrahi iyileşme, hareket, boşaltım, özbakım becerileri, ağrı, egzersiz, yara bakımı, kontrol zamanı, intertrokanterik ameliyatı sonrası dikkat edilecek noktalar gibi) taburculuk eğitimi hastalara verilmiştir. Hastaya anlatılarak gösterilen eğitimleri (hareket, egzersiz

gibi.) hasta operasyondan 1 gün sonra en az üç kez yaparak göstermesi istendi. Eğitim sonunda hastanın geçirdiği cerrahiye uygun olarak hazırlanmış olan kitapçık hastanın yanına verilmiştir (Ek-8). Hastayla yüz yüze görüşme sonlandırılmadan önce ikinci, dördüncü ve sekizinci haftadaki değerlendirmelerin yapılabilmesi için hastadan ulaşılabilecek bir telefon numarası alındı. Taburculuk sonrası ikinci hafta hastanın verdiği telefon numarasından araştırmacı tarafından hasta aranıp ve telefon araması ile hasta takip formunun ikinci hafta için oluşturulan kısmındaki sorular hastaya yöneltilmiştir. Dördüncü ve sekizinci haftalarda da ikinci haftadaki gibi hasta değerlendirme formu uygulamaya devam edildi (Ek-2). Hasta ile her telefon görüşmesinde Hasta Değerlendirme Formu'ndaki sorular yöneltilerek sorulara cevap alındıktan sonra motivasyonel bir görüşme yapılmıştır. Görüşme sonlandırılırken bir sonraki telefon görüşmesinin zamanı ile ilgili bilgi verildi. Telefon görüşmelerinin ortalama 10 dakika sürmüştür.

Kontrol Grubu

Kontrol grubuna alınan hastalar, Ortopedi Kliniği'nde verilen rutin taburculuk eğitimi ve klinik izlemi alındı. Ortopedi Kliniği'nde yatan hastalara standart klinik izlemde servis hemşireleri taburculuk öncesinde yara bakımı, yara yerinde enfeksiyon belirtileri, ilaç kullanımı ve taburculuk sonrası kontrol zamanları başlıkları ile ilgili sözel bilgilendirme yapılmakta olup yazılı eğitim materyali kullanılmamıştır. Kontrol grubu, çalışmaya katılma kriterleri yönünden değerlendirildikten sonra çalışmanın amacı, beklenen yararları ve yöntemi ile ilgili araştırmacı tarafından bilgilendirilip; sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formu alınmıştır. Kontrol grubundaki hastalara, ön test aşamasında sözlü ve yazılı bilgilendirmeye ek olarak Sosyodemografik Bilgi Formu, TYSDS, HDF ve TOHOÖ uygulanarak birinci ölçümler elde edilmiştir. Taburculuk öncesinde bilgilendirilmiş gönüllü olur formu alınan hasta, taburcu olmadan önce cerrahi iyileşme yönünden değerlendirilmiştir. Hastayla yüz yüze görüşme sonlandırılmadan önce ikinci, dördüncü ve sekizinci haftadaki değerlendirmenin yapılabilmesi için hastadan ulaşılabilecek bir telefon numarası alınıp, aramalar araştırmacı tarafından yapıp ve ortalama 10 dakika sürmüştür. Taburculuk sonrası ikinci, dördüncü ve sekizinci haftada uygulama, girişim gurubundaki gibi devam ettirildi (Ek-2). Çalışma sonuçlandıktan sonra kontrol grubu hastalarına geliştirilen taburculuk eğitimi kitapçıkları (Ek-8) ulaştırılmıştır.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler: Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, sigara ve alkol kullanma durumu araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

Bağımlı değişkenler: Toronto yara değerlendirme sistemi, hasta değerlendirme formu ve taburcu olmaya hazır olma ölçeği araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma verileri SPSS 27.0 yazılımı kullanılarak analiz edildi. Ölçeklerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için Skewness ve Kurtosis değerleri (+2 ve -2) ile Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri incelendi. Ayrıca histogram grafikleri de gözlemlendi ve ölçümler normal dağılım gösteriyorsa, gruplar arası ortalama puanları karşılaştırmak için bağımsız örneklem için t-testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen durumlarda ise Mann-Whitney U testi tercih edildi. Girişim ve kontrol gruplarının tanımlayıcı özelliklerini belirlemek için frekans ve yüzde analizleri yapıldı. Girişim ve kontrol gruplarının tanımlayıcı özellikler açısından homojen olup olmadığını belirlemek için Pearson ki-kare analizi uygulandı. Ölçeklerin tanımlanmasında ortalama puanlar ve standart sapma değerleri kullanıldı. Grup içi tekrarlı test ortalama puanlarının karşılaştırılmasında ise Tekrarlı Ölçümler için ANOVA Testi kullanıldı ve gruplar arasındaki farkın hangi ölçümlerden kaynaklandığını belirlemek amacıyla Bonferroni düzeltmesi uygulandı. Uygulanan tüm analizlere ilişkin bulgular $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Erzurum Teknik Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu Klinik Kurulu'ndan (ID: 04.20.ND:30.03.2023), etik kurul izni (EK-5), Fethi Sekin Şehir Hastanesi ve Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden çalışma izni (EK-6), (EK-7) ve araştırmanın yürütüleceği Elazığ İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni (EK-6) alınmıştır. Araştırma öncesinde, Helsinki Bildirgesi'nin ilkeleri doğrultusunda katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilmiştir.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek bir ilde yapıyor olması ve hastaların evde bakım izleminin yapılamaması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.



4. BULGULAR

İntertrokanterik kırığı ameliyatı olan hastalara verilen taburculuk eğitimi ve izlemin taburculuğa hazır oluşluğa etkisinin incelendiği bu araştırmada ulaşılan bulgular sırası ile sunulmuştur.

4.1. Girişim ve Kontrol Grubunda Bulunan Hastaların Sosyo-demografik ve Hastalık Özelliklerini İçeren Bulgular

Tablo 4.1’de araştırmaya katılan girişim ve kontrol grubu hastaların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular sunulmuştur.

Tablo 4.1. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri (n=60)

Değişkenler	Gruplar				Test Değeri ve Önemlilik	
	Girişim		Kontrol			
	n	%	n	%		
Cinsiyet	Kadın	19	63,3	14	46,7	$\chi^2=1,684$ p=0,194
	Erkek	11	36,7	16	53,3	
Beden Kitle İndeksi	18,5 altı	19	63,3	19	63,3	$\chi^2=0,259$ p=0,879
	18,5-24,9	9	30	8	26,7	
	25-29,9	2	6,7	3	10	
Eğitim Durumu	Okur Yazar	1	3,3	1	3,3	$\chi^2=3,789$ p=0,285
	İlköğretim	19	63,3	12	40	
	Lise	4	13,3	9	30	
Medeni Durum	Fakülte/Yüksekokul	6	20	8	26,7	$\chi^2=0,000$ p=1,000
	Evli	26	86,7	26	86,7	
	Bekar	4	13,3	4	13,3	
Gelir Düzeyi	İyi	-	-	9	30	$\chi^2=11,581$ p=0,003
	Orta	24	80	19	63,3	
	Kötü	6	20	2	6,7	
Meslek	Memur	2	6,7	9	30	$\chi^2=7,036$ p=0,134
	Ev Hanımı	13	43,3	10	33,3	
	Emekli	13	43,3	8	26,7	
	Serbest Meslek	2	6,7	2	6,7	
	Diğer	-	-	1	3,3	

Tablo 4.1. (Devamı)

Değişkenler	Gruplar				Test Değeri ve Önemlilik	
	Girişim		Kontrol			
	n	%	n	%		
Sigara Kullanma Durumu	Evet	6	20	15	50	$\chi^2=5,934$ $p=0,015$
	Hayır	24	80	15	50	
Alkol Kullanma Durumu	Evet	-	-	6	20	$\chi^2=6,667$ $p=0,010$
	Hayır	30	100	24	80	
Sürekli değişkenler		X± SD	Min- max	X± SD	Min- Max	
Yaş	66,83±10,12		25- 75	62,20± 9,73	42- 75	t=1,808 p=0,076
Boy	165,47±9,33		145- 180	169,30 ±10,19	150- 187	t= -1,519 p=0,134
Kilo	67,20±10,32		48- 100	70,10± 9,06	49- 88	t= -1,157 p= 0,252

χ^2 :Ki-kare testi; t: Bağımsız gruplar t-testi

Girişim grubunda bulunan hastaların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde, %63,3'ünün kadın olduğu görülmektedir. Ayrıca, %63,3'ünün Beden Kitle İndeksi 18,5'in altında, %63,3'ünün ilköğretim mezunu, %86,7'sinin evli, %80'inin gelir düzeyinin orta olduğu, %43,3'ünün ev hanımı olduğu, %80'ninin sigara ve hiçbirinin alkol kullanmadığı tespit edilmiştir. Bu hastaların yaş ortalaması 66,83±10,12, boy ortalaması 165,47±9,33 ve kilo ortalaması 67,20±10,32 olarak bulunmuştur.

Kontrol grubunda bulunan hastaların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde, %46,7'sinin kadın olduğu görülmektedir. Ayrıca, bu hastaların %63,3'ünün Beden Kitle İndeksi 18,5'in altında, %40'ının ilköğretim mezunu, %86,7'sinin evli, %63,3'ünün gelir düzeyinin orta olduğu, %33,3'ünün ev hanımı olduğu, %50'sinin sigara ve %80'ninin alkol kullanmadığı tespit edilmiştir. Bu hastaların yaş ortalaması 62,20±9,73, boy ortalaması 169,30±10,19 ve kilo ortalaması 70,10±9,06 olarak bulunmuştur.

Pearson ki-kare analizi sonuçları, girişim ve kontrol gruplarının eğitim durumu, gelir düzeyi, sigara ve alkol kullanma durumları açısından homojen olmadığını ($p < 0,05$); cinsiyet, beden kitle indeksi, medeni durum ve meslek değişkenleri bakımından ise homojen olduğunu gösterdi. Yapılan bağımsız gruplar t-testi ise girişim ve kontrol grubu hastalarının yaş, boy ve kilo değişkenlerine göre anlamlı farklılaşmanın olmadığını gösterdi. Dolayısıyla, girişim ve kontrol grupları yaş, boy ve kilo bakımından da homojen olduğu tespit edildi ($p > 0,05$).

Tablo 4.2’de araştırmaya katılan girişim ve kontrol grubu hastaların hastalık özelliklerine ilişkin bulgular sunulmuştur.

Tablo 4.2. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Hastalık Özellikleri (n=60)

Değişkenler		Gruplar				Test Değeri ve Önemlilik
		Girişim		Kontrol		
		n	%	n	%	
Yara Süresi	2-12 Ay	29	96,7	29	96,7	$\chi^2 = 0,000$ $p = 1,000$
	13-18 Ay	1	3,3	1	3,3	
Kronik Hastalık Durumu	Evet	13	43,3	7	23,3	$\chi^2 = 2,700$ $p = 0,100$
	Hayır	17	56,7	23	76,7	
Kronik Hastalığı Olanların Sahip Oldukları Hastalıklar	Diyabet	4	30,7	1	14,3	$\chi^2 = 5,934$ $p = 0,051$
	Hipertansiyon	8	61,5	2	28,6	
	Diyabet+Hipertansiyon	1	0,8	4	57,1	
Hareket Kısıtlılığı Durumu	Var	4	13,3	-	-	$\chi^2 = 4,286$ $p = 0,035$
	Yok	26	86,7	30	100	
Bakım Verecek Kişi	Yok	1	3,3	2	6,7	$\chi^2 = 5,219$ $p = 0,266$
	Eş	11	36,7	16	53,3	
	Akraba	1	3,3	3	10	
	Çocuklar	16	53,3	9	30	
Daha Önce Cerrahi Girişim Durumu	Huzurevi Çalışanları	1	3,3	-	-	$\chi^2 = 5,711$ $p = 0,017$
	Evet	23	76,7	14	46,7	
	Hayır	7	23,3	16	53,3	

χ^2 : Ki-kare testi; t: Bağımsız gruplar t-testi

Girişim grubunda bulunan hastaların %96,7'sinin yara süresinin 2-12 ay aralığında olduğu, %56,7'sinin kronik bir rahatsızlığı olmadığı, %61,5'inin hipertansiyon hastası olduğu, %86,7'sinin herhangi bir hareket kısıtlılığı olmadığı, %53,3'ünün çocukları tarafından bakım göreceği ve %76,7'sinde daha önce bir cerrahi müdahale girişimi olduğu görülmüştür. Kontrol grubunda bulunan hastaların ise %96,7'sinin yara süresinin 2-12 ay aralığında olduğu, %76,7'sinin

kronik bir rahatsızlığı olmadığı, %57,1'inin hem hem diyabet hem hipertansiyon hastası olduğu hiçbirinde herhangi bir hareket kısıtlılığı olmadığı, %53,3'ünün eşi tarafından bakım göreceği ve %46,7'sinde daha önce bir cerrahi müdahale girişimi olduğu görülmüştür. Pearson ki-kare analizi sonuçları, girişim ve kontrol gruplarının hareket kısıtlılığı ve daha önce cerrahi müdahale girişimi olup olmaması bakımından homojen olmadığını ($p<0,05$); girişim ve kontrol gruplarının yara süresi, kronik hastalık durumu ve bakım verecek kişi bakımından homojen olduğunu gösterdi ($p>0,05$).

4.2. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Toronto Yara Semptom Değerlendirme Sistemine Verdikleri Cevaplara İlişkin Bulgular

Tablo 4.3'te girişim ve kontrol grubunda yer alan hastaların Toronto Yara Semptom Değerlendirme Sistemine ilişkin vermiş oldukları cevaplara ilişkin bulgular sunulmuştur.

Tablo 4.3. Toronto Yara Semptom Değerlendirme Sistemine İlişkin Bulgular (n=60)

Değişkenler	Gruplar				Test Değeri ve Önemlilik	
	Girişim		Kontrol			
	n	%	n	%		
Yara Yeri	Pelvis/kalça	30	100	30	100	-
	Diğer	-	-	-	-	
Yara Sınıfı	Travmatik	30	100	30	100	-
	Diğer	0	-	-	-	
		X± SD	Min-max	X± SD	Min-Max	
TYSDS		2,46±0,89	1,20-5,10	2,81±1,14	1,10-5,80	t= -1,326 p=0,190

TYSDS: Toronto Yara Semptom Değerlendirme Sistemi; t: Bağımsız gruplar t-testi

Bağımsız gruplar t-testi, girişim ve kontrol gruplarının işlem öncesi Toronto Yara Semptom Değerlendirme Sistemine verdikleri cevaplarda ölçüm puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığını göstermiştir ($p>0,05$). Bu bulguya göre, girişim ve kontrol grubu hastaları arasında yara semptomları açısından bir fark olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca, girişim ve kontrol gruplarının her ikisinde de tüm hastaların yaranın pelvis/kalça bölgesinde olduğu

ve yara sınıfının travmatik olduğu belirlenmiştir. Bu açıdan, girişim ve kontrol grubunun homojen olduğu görülmüştür.

4.3. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Hasta Değerlendirme Ölçeğine Verdikleri Cevaplara İlişkin Bulgular

Tablo 4.4'te girişim ve kontrol grubunda yer alan hastaların taburculuk eğitiminin 1, 2, 4 ve 8. haftalarında Hasta Değerlendirme Ölçeğine vermiş oldukları cevaplara ilişkin tüm ölçüm sonuçları sunulmuştur.

Tablo 4.4. Girişim ve Kontrol Gruplarındaki Hastaların Hasta Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Tüm Ölçüm Sonuçlarının Karşılaştırılması

	Ölçek	Gruplar		Gruplar arası Test değeri ve Önemlilik
		Girişim	Kontrol	
		X±SD	X±SD	
Hasta Değerlendirme Formu	1. hafta ¹	3,09±0,65	3,26±0,76	t=-0,981; p=0,331
	2. hafta ²	4,04±0,53	4,24±0,44	t=-1,644; p=0,106
	4. hafta ³	4,56±0,35	4,69±0,22	U=541,00; p=0,164
	8. hafta ⁴	4,80±0,14	4,85±0,17	U=-568,50; p=0,071
	Fark	4>1, 2, 3; 2>1; 3>2; 3>1	4>1, 2, 3; 2>1; 3>2; 3>1	
Grup içi Test Değeri ve Önemlilik		F=185,026 p=0,000	F=146,019 p=0,000	

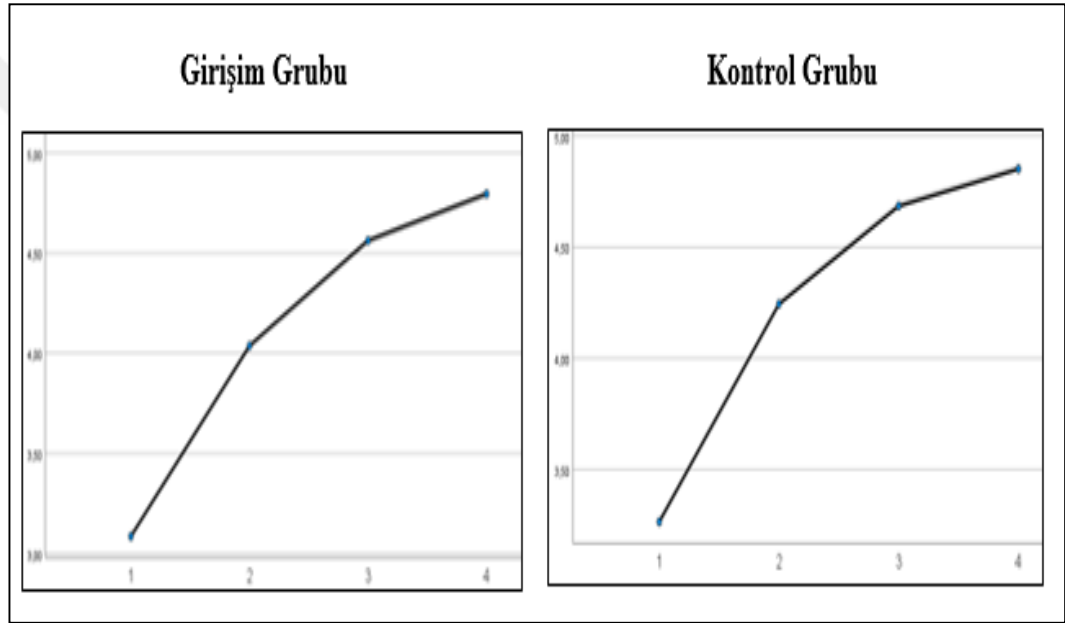
F: Tekrarlı ölçümler Anova; t: Bağımsız gruplar t-testi; U: Mann-Whitney U testi

Tekrarlı ölçümler için ANOVA Testi sonuçları, girişim ve kontrol grupları arasındaki dört ölçüm sonucunda anlamlı düzeyde fark olduğunu gösterdi ($p<0,05$). Bu farkın hangi ölçümler arasında olduğunu belirlemek için Bonferroni düzeltmesi yapıldı. Hem girişim hem de kontrol grubunda, 8. Hafta puanları, 1., 2. ve 4. Hafta puanlarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p<0,05$; $p<0,05$; $p<0,05$). Ayrıca, her iki grupta 4. Hafta puanları 1. ve 2. Hafta puanlarına kıyasla ($p<0,05$; $p<0,05$). 2. Hafta puanları ise 1. Hafta puanlarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p<0,05$; $p<0,05$).

Girişim ve kontrol gruplarının her bir ölçümde aldıkları ortalama puanlarını karşılaştırmak için uygulanan bağımsız gruplar t-testi sonuçları; hem 1. Hafta ($t=-0,981$; $p>0,05$) hem de 2. Hafta ($t=-1,644$; $p>0,05$) ölçüm puanlarında girişim ve

kontrol grupları arasında puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılaşmadığını gösterdi. 4. ve 8. Hafta ölçümlerinde, girişim ve kontrol grupları arasında puan ortalamaları arasında farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan Mann-Whitney U testi sonuçları da hem 4. Hafta ($U=541,00$; $p>0,05$) hem de 8. Hafta ($U=-568,50$; $p>0,05$) ölçümlerinde girişim ve kontrol grupları arasında puanların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığını gösterdi.

Girişim ve kontrol grubu hastalarına sekiz haftalık taburculuk eğitimi süresince dört defa uygulanan Hasta Değerlendirme Ölçeğinden hastaların almış oldukları puanların değişimini gösteren gösteren grafik Şekil 4.1’de sunulmuştur.



Şekil 4.1. Girişim ve Kontrol Grubu Ölçüm Puanlarının Değişimi

Tablo 4.5. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Cerrahi İyileşme Durumlarının Haftalara Göre Dağılımı

Değişkenler	Gruplar						Test Değeri ve Önemlilik	
			Girişim		Kontrol			
	n	%	n	%	n	%		
Cerrahi Bölgenin İyileşmesinin Bozulduğunu Belirten Kanıt Varlığı (bölgede akıntı, şişlik, kızarıklık, ağrı, kanama)	1. Hafta	Şiddetli Sıkıntılı	Düzye	1	3,3	1	3,3	$\chi^2=1,053$ p=0,902
		Önemli Sıkıntılı	Düzye	2	6,7	1	3,3	
		Orta Sıkıntılı	Düzye	2	6,7	4	13,3	
		Hafif Sıkıntılı	Düzye	10	33,3	9	30	
		Sıkıntı Yok		15	50	15	50	
	2. Hafta	Şiddetli Sıkıntılı	Düzye	-	-	-	-	$\chi^2=3,439$ p=0,179
		Önemli Sıkıntılı	Düzye	-	-	-	-	
		Orta Sıkıntılı	Düzye	3	10	-	-	
		Hafif Sıkıntılı	Düzye	6	20	5	16,7	
		Sıkıntı Yok		21	70	25	83,3	
	4. Hafta	Şiddetli Sıkıntılı	Düzye	-	-	-	-	$\chi^2=2,069$ p=0,355
		Önemli Sıkıntılı	Düzye	-	-	-	-	
		Orta Sıkıntılı	Düzye	1	3,3	-	-	
Hafif Sıkıntılı		Düzye	1	3,3	-	-		
Sıkıntı Yok			28	93,3	30	100		
8. Hafta	Şiddetli Sıkıntılı	Düzye	-	-	-	-	$\chi^2=1,017$ p=0,313	
	Önemli Sıkıntılı	Düzye	-	-	-	-		
	Orta Sıkıntılı	Düzye	-	-	-	-		
	Hafif Sıkıntılı	Düzye	1	3,3	-	-		
	Sıkıntı Yok		29	96,7	30	100		

Cerrahi bölgenin iyileşmesinin bozulduğunu belirten kanıt varlığına ilişkin olarak 1. Hafta sonunda; girişim grubu hastalarının %3,3'ü (n=1) Şiddetli Düzye Sıkıntılı, %6,7'si (n=2) Önemli Düzye Sıkıntılı, %6,7'si (n=2) Orta Düzye Sıkıntılı, %33,3'ü (n=10) Hafif Düzye Sıkıntılı ve %50'si (n=15) Sıkıntı Yok olarak bildirirken kontrol grubu hastalarının %3,3'ü (n=1) Şiddetli Düzye Sıkıntılı, %3,3'ü (n=1) Önemli Düzye Sıkıntılı, %13,3'ü (n=4) Orta Düzye Sıkıntılı, %30'u (n=9) Hafif Düzye Sıkıntılı ve %50'si (n=15) Sıkıntı Yok olarak bildirmiştir. 2. Hafta sonunda; girişim grubu hastalarının %10'u (n=3) Orta

Düzye Sıkıntılı, %20'si (n=6) Hafif Düzye Sıkıntılı ve %70'i (n=21) Sıkıntı Yok olarak bildirirken kontrol grubu hastalarının %16.7'si (n=5) Hafif Düzye Sıkıntılı ve %83.3'ü (n=25) Sıkıntı Yok olarak bildirmiştir. 4. Hafta sonunda; girişim grubu hastalarının %3,3'ü (n=1) Orta Düzye Sıkıntılı, %3,3'ü (n=1) Hafif Düzye Sıkıntılı ve %93,3'ü (n=28) Sıkıntı Yok olarak bildirirken kontrol grubu hastalarının tamamı Sıkıntı Yok olarak bildirmiştir. 8. Hafta sonunda; girişim grubu hastalarının %3,3'ü (n=1) Hafif Düzye Sıkıntılı ve %96,7'si (n=29) Sıkıntı Yok olarak bildirirken kontrol grubu hastalarının tamamı Sıkıntı Yok olarak bildirmiştir. Girişim ve kontrol grubu “cerrahi bölgenin iyileşmesinin bozulduğunu belirten kanıt varlığı” açısından ki-kare testi ile karşılaştırıldığında dört haftada yapılan ölçümlerin hepsinde iki grup arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Tablo 4.6. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Cerrahi İyileşme Puan Ortalamalarının Haftalara Göre Grup İçi –Gruplar Arası Karşılaştırılması

		Gruplar		Gruplar arası Test Değeri ve Önemlilik
		Girişim X±SD	Kontrol X±SD	
Cerrahi İyileşme Puan Ortalamaları	1. Hafta ¹	4,20±1,06	4,20±1,03	t=-0,000; p=1,000
	2. Hafta ²	4,60±0,67	4,83±0,38	U=-382,50; p=0,176
	4. Hafta ³	4,90±0,40	5,00±0,00	U=420,00; p=0,154
	8. Hafta ⁴	4,97±0,18	5,00±0,00	U=-435,00; p=0,317
	Fark	4, 3, 2>1; 4>2	4>1, 2, 3; 3>2, 1; 2>1	
Grup içi Test Değeri ve Önemlilik		F = 5,272 p=0,000	F = 9,958 p=0,000	

F: Tekrarlı ölçümler Anova; t: Bağımsız gruplar t-testi; U: Mann-Whitney U testi

Girişim grubu hastalarının 1. Hafta, 2. Hafta, 4. Hafta ve 8. Hafta cerrahi iyileşme puan ortalamaları sırasıyla 40,20±1,06; 4,60±0,67; 4,90±0,40 ve 4,97±0,18 iken kontrol grubu hastalarının puan ortalamaları ise sırasıyla 4,20±1,03; 4,83±0,38; 5,00±0,00; 5,00±0,00 olarak saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubu hastalarının 1. Hafta cerrahi iyileşme puanlarının gruplar arasında karşılaştırılması için uygulanan bağımsız gruplar t-testi sonuçları, 1. Hafta (t=-0,000; p>0,05) ölçüm puanlarında girişim ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark olmadığını gösterdi. 2., 4. ve 8. Hafta ölçümlerinde ise, girişim ve kontrol gruplarının puan ortalamaları arasında farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan Mann-

Whitney U testi sonuçları da 2. Hafta (U=-382,50; p>0,05), 4. Hafta (U=420,00; p>0,05) ve 8. Hafta (U=-435,00 ; p>0,05) ölçümlerinde girişim ve kontrol grupları arasında puanların istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığını gösterdi.

Tekrarlı ölçümler için ANOVA Testi sonuçları, girişim (F = 5,272; p=0,000) ve kontrol (F = 9,958; p=0,000) grupları arasındaki dört ölçüm sonucunda anlamlı bir fark olduğunu gösterdi (p<0,05). Bu farkın hangi ölçümler arasında olduğunu belirlemek için Bonferroni düzeltmesi yapıldı. Girişim grubunda, 2., 4. ve 8. Hafta puanlarının 1. Hafta puanlarına kıyasla; yine 8. Hafta puanlarının 2. Hafta puanlarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu bulundu (p<0,05). Kontrol grubunda ise, 8. Hafta puanları 1., 2. ve 4. Hafta puanlarından; 4. Hafta puanları 1. ve 2. Hafta puanlarından ve 2. Hafta puanları 1. Hafta puanlarından istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu bulundu (p<0,05).

Tablo 4.7. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının 1. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalamaları ile 2., 4. Ve 8. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	1. Hafta Cerrahi İyileşme Puan Ortalaması X±SD	Tekrarlayan Ölçüm Zamanları	X±SD	Önemlilik
Girişim Grubu	4,20±1,06	2. Hafta	4,60±0,67	F=8,093 p =0,008
		4. Hafta	4,90±0,40	F=7.350 p =0,000
		8. Hafta	4,97±0,18	F=16,303 p =0,000
Kontrol Grubu	4,20±1,03	2. Hafta	4,83±0,38	F=20,568 p =0,000
		4. hafta	5,00±0,00	F=18,078 p =0,000
		8. Hafta	5,00±0,00	F=18,078 p =0,000

F: Tekrarlı ölçümler Anova

Girişim ve kontrol grubunun 1. Hafta cerrahi iyileşme puan ortalaması ile 2., 4. ve 8. hafta cerrahi iyileşme puan ortalamalarının karşılaştırılmasında tekrarlı ölçümler ANOVA testi kullanılarak Bonferroni düzeltme yöntemi uygulanmıştır. Girişim grubu ve kontrol grubu hastalarında 1. hafta cerrahi iyileşme puan ortalaması ile 2., 4. ve 8. haftalar arasındaki cerrahi iyileşme puan ortalamaları

arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Hem girişim grubunda hem de kontrol grubunda 1. Hafta cerrahi iyileşme puan ortalamasının 2., 4. ve 8. hafta puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

4.4. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Hasta Öz Değerlendirme Formuna Verdikleri Cevaplara İlişkin Bulgular

Tablo 4.8'de, girişim ve kontrol grubu hastaların taburculuk eğitimi sonrasında Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Hasta Öz Değerlendirme Formu ve alt boyutlarına ilişkin verdikleri cevaplara ilişkin sonuçlar sunulmuştur.

Tablo 4.8. Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Hasta Öz Değerlendirme Formu ve Alt Boyutlarına İlişkin Sonuçlar (n=60)

Değişkenler	Gruplar				Test Değeri ve Önemlilik
	Girişim		Kontrol		
	X± SD	Min-max	X± SD	Min-Max	
Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Öz Değerlendirme Formu	5,65±1,01	3,25-7,38	6,12±1,19	2,25-7,88	t= -1,633; p=0,108
Fiziksel Durum Alt Boyutu	5,07±1,45	2,50-7,00	5,58±1,70	1,00-8,00	t= -1,264; p=0,211
Bilgi Alt Boyutu	6,13±1,21	3,50-8,00	6,53±1,16	3,00-8,50	t= -1,307; p=0,196
Algılanan Başa Çıkma Alt Boyutu	5,02±0,83	3,00-7,00	5,35±1,17	2,00-7,00	t= -1,277; p=0,207
Beklenen Destek Alt Boyutu	6,40±1,24	3,00-9,00	7,17±1,42	3,00-9,50	t= -1,788; p=0,079

Girişim ve kontrol grubunda bulunan hastaların taburculuk eğitimi sonrasında Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Hasta Öz Değerlendirme Formu'na verdikleri cevaplara ilişkin bağımsız gruplar t-testi sonuçları, Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Öz Değerlendirme Formu (t= -1,633; p=0,108) ile Fiziksel Durum (t= -1,264; p=0,211), Bilgi (t= -1,307; p=0,196), Algılanan Başa Çıkma (t= -1,277; p=0,207) ve Beklenen Destek (t= -1,788; p=0,079) alt boyutlarında girişim ve kontrol grubu arasında ortalama puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını gösterdi.

5. TARTIŞMA

Hastaların Tanımlayıcı ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu araştırma, intertrokanterik kırığı ameliyatı olan hastalara verilen taburculuk eğitiminin taburculuğa hazır oluşluk ve cerrahi iyileşmeye etkisini belirlemek amacıyla yapıldı. Elde edilen bulgular, konu ile ilgili yapılan çalışmalarla karşılaştırılarak tartışıldı.

Araştırmada girişim ve kontrol grubunun tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; sigara-alkol kullanımı ve gelir düzeyi dışındaki hastaların tanıtıcı özelliklerinin istatistiksel anlamda benzer olduğu saptandı ($p>0,05$, Tablo 1). Gruplar arasında uygulanan yöntemlerde farklılık olmaması için, tanıtıcı özelliklerin benzer olması önemli bir bulgudur.

Araştırmada girişim ve kontrol grupları arasında hareket kısıtlılığı ve cerrahi operasyon geçirme durumuna göre girişim ve kontrol grupları arasında anlamlı derecede fark olduğu belirlendi ($p<0,05$), (Tablo 2). Hastaların ameliyat sonrası ilk 24 saatte mobilize edilmesini öneren çalışmalar günümüzde önemli bir odak noktası haline gelmiştir. Dolgun ve arkadaşları (2017), Gustafsson ve arkadaşları (2019) ve Kankılıç ile Tuna (2019) tarafından yapılan çalışmalar, erken mobilizasyonun, ameliyat sonrası iyileşme sürecini hızlandırdığını ve komplikasyon riskini azalttığını göstermektedir (Dolgun vd., 2017; Gustafsson vd., 2013; Kankılıç & Tuna, 2019). Bu araştırma opere olan hastalar üzerinden yürütüldüğünden dolayı hastalar operasyon sonrası hareket açısından ilk zamanlarda yürüme veya ayağının üzerine basma açısından hareket kısıtlılığı bulunmamaktadır. Girişim grubunda daha önce cerrahi girişim geçirme oranı %76.7 bulunmuştur. Bu araştırmada intertrokanterik ameliyatı geçiren kişilerin yüksek oranda yaşlılardan oluştuğunu görmekteyiz. Literatürü incelediğimizde yaşlılık vücudun zihinsel ve bilişsel yeteneklerinin azalıp, fiziksel fonksiyonlarının düştüğü yaşamanın daha çok yaşam süresinin son evresi diye tanımlayabiliriz. Bu sebeple ilerleyen teknolojik gelişmeler ile yaşlıların sağlık sorunları nedeniyle cerrahi girişim geçirme sıklığı artmaktadır (Aygin, 2012; Ucuzal, 2008). Bu bilgiler ışığında bu araştırmada girişim grubunda cerrahi girişim geçirme oranının yüksek bulunması literatür ile paralellik göstermektedir.

Girişim grubunda daha önce cerrahi girişim geçirme oranı %76,7 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada intertrokanterik ameliyatı geçiren kişilerin büyük bir kısmının yaşlılardan oluştuğu görülmektedir. Literatürde yaşlılık, zihinsel ve bilişsel yeteneklerin azalması, fiziksel fonksiyonların düşmesi ve yaşam süresinin son evresi olarak tanımlanmaktadır (Ozmen & Contarli, 2023). İlerleyen teknolojik gelişmelerle birlikte yaşlıların sağlık sorunları nedeniyle cerrahi girişim geçirme sıklığı artmaktadır (Aygin, 2012; Ucuzal, 2008). Bu bilgiler ışığında, bu araştırmada girişim grubunda cerrahi girişim geçirme oranının yüksek bulunması literatürle uyumlu görünmektedir.

Hasta Değerlendirme Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu araştırmada, girişim ve kontrol grubundaki hastaların taburculuk eğitimi ve izlem sonrası cerrahi iyileşmeye yönelik Hasta Değerlendirme Formu (HDF) toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, uygulama sonrası girişim grubundaki hastaların kontrol grubuna göre HDF toplam puan ortalamalarında anlamlı bir değişiklik gözlemlenmemiştir ($p>0,05$, Tablo 4). Ancak, araştırmada ölçülen zaman dilimlerinde girişim ve kontrol gruplarında önemli farklılaşmalar tespit edilmiştir. Özellikle, 8. hafta puanları, 1., 2., ve 4. haftaya kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ayrıca, 4. hafta puanları, 1. ve 2. hafta puanlarına kıyasla yüksek iken, 2. hafta puanları da 1. hafta puanlarına göre anlamlı derecede daha yüksek çıkmıştır ($p<0,05$). Grup içi değişimlere bakıldığında, hem girişim grubunda hem de kontrol grubunda zaman içinde (haftalar arasında) istatistiksel olarak anlamlı değişimler gözlenmiştir ($p<0,05$, Tablo 4.6). Bu araştırmada taburculuk öncesi dönemde girişim grubu hastalarının %50'si ve kontrol grubu hastalarının %50'si cerrahi bölgede iyileşmenin bozulduğuna dair kanıt varlığını "sıkıntı yok" olarak bildirmiştir (Tablo 4.5). Cerrahi alan iyileşmesinin kesintiye uğramasına dair kanıtların varlığı, cerrahi işlem sonrası beklenmeyen klinik belirtiler ve bulgularla tanımlanır. Süturların ayrılması, hiperemi, ödem ve cerrahi alanda sarı akıntı görülmesi, gecikmiş cerrahi iyileşmenin en önemli göstergeleri arasında yer almaktadır (Delphino vd., 2015; Santana vd., 2014). Cerrahi alan enfeksiyonlarının belirtileri genellikle 13.4 ila 30 gün arasında ortaya çıkabilmektedir (Allvin vd., 2009). Cerrahi alan iyileşmesindeki aksaklıklar, gecikmiş iyileşmenin belirgin bir işaretidir ve bu nedenle taburculuk sonrası dönemde cerrahi alanın dikkatle izlenmesi gerekmektedir (Santana & Lopes, 2015). Pedrazzani ve ark. (2007) çalışmalarında, gastrektomi geçiren hastaların %2,3'ünde cerrahi alan enfeksiyon belirtilerinin

görüldüğünü rapor etmişlerdir (Pedrazzani vd., 2007). Williams (2008) ise çalışmasında, hastaların %13'ünün taburculuk sonrası üç hafta içinde cerrahi alan iyileşmesinde bozulma belirtileriyle hastaneye başvurduğunu bildirmiştir (Williams, 2008). Allvin ve ark. (2009), kolorektal kanser cerrahisi geçiren hastaların %27,6'sında cerrahi alan enfeksiyon belirtilerinin görüldüğünü rapor etmiştir (Allvin vd., 2009). Tanner ve ark. (2009), kolorektal cerrahi geçiren ve stoma açılan hastaların %30'unda cerrahi alan enfeksiyon belirtilerinin gözlemlendiğini bildirmişlerdir (Tanner vd., 2009). Sasaki ve ark. (2011), hastaların %76'sında cerrahi alan iyileşmesinde sorunların taburculuk sonrası ortaya çıktığını, %23'ünde ise bu sorunların taburculuk sonrası ikinci haftada ortaya çıktığını belirtmişlerdir (Sasaki vd., 2011). Dal ve ark. (2012), cerrahi hastalarının %60,4'ünün cerrahi alan enfeksiyonu ile ilgili sorunlar rapor ettiğini belirtmişlerdir (Bulut & Dal, 2012). Taburculuk sonrası cerrahi alan iyileşmesiyle ilgili sıkıntılar genellikle hastaların yeterince bilgilendirilmemesi sonucu ortaya çıkmaktadır. Var olan literatürle karşılaştırıldığında cerrahi alanda sıkıntı varlığı açısından bu araştırmanın literatürle farklılık gösterdiği görülmektedir. Bu farklılığın nedeni, ameliyat sırasında uygulanan steril teknikler, hastaların bağışıklık durumu ve cerrahi alanın enfeksiyon riski gibi faktörlerin yanı sıra, ameliyat sonrası dönemde gerçekleştirilen klinik izlem ve taburculuk eğitimi olabilir. Bu durum, klinikte verilen standart eğitimin de etkin olduğunu göstermektedir. Standart eğitim, hastaların temel bakım ihtiyaçlarını karşılamada yeterli olmuş ve cerrahi iyileşme süreçlerinde olumlu sonuçlar elde edilmiştir. Bu bakımdan araştırma sonuçları klinikteki standart eğitimlerinin de etkili ve yeterli olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada, girişim ve kontrol grubundaki hastaların cerrahi iyileşme puanlarının haftalara göre değişimi incelenmiştir. Her iki grup için de 1. hafta ile 8. hafta arasındaki iyileşme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$, Tablo 4.7). Fakat kontrol grubu da benzer şekilde artış gösterdiği için girişim ve kontrol grubu arasında haftalara göre değişimde istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşmamıştır ($p > 0,05$, Tablo 4.7). Benzer şekilde, Gezer ve Arslan (2023)'nin yaptığı çalışmada, onkolojik cerrahi geçiren hastalarda Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması kullanılarak geliştirilen taburculuk eğitiminin cerrahi iyileşme üzerindeki etkisi incelenmiştir. Hastalar girişim ve kontrol gruplarına

ayrılmış, girişim grubuna taburculuk eğitimi verilmiş ve kontrol grubu klinik standartlara göre izlenmiştir. Girişim ve kontrol grubu hastalarının grup içi taburculuk öncesi, taburculuk sonrası ikinci, dördüncü ve sekizinci haftadaki cerrahi iyileşme puan ortalamaları arasında ve gruplar arası taburculuk sonrası ikinci, dördüncü ve sekizinci haftadaki cerrahi iyileşme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Arslan & Gezer, 2023). **Araştırma sonucunun mevcut literatürle paralellik gösterdiği görülmektedir. Araştırma sonucunda H2₀ hipotezi (İntertrokanterik kırığı ameliyatı olan hastalara verilen taburculuk eğitimi ve izlemin cerrahi iyileşme üzerine etkisi yoktur) desteklenmiştir.** Cerrahi iyileşme bakımından gruplar arası karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaması, eğitim sonrası girişim grubunun iyileşme sürecinde kontrol grubuna kıyasla belirgin bir avantaj elde etmediğini ortaya koymaktadır. Bu sonuç, her iki gruptaki iyileşme sürecinin benzer dinamikler içinde gerçekleştiğini ve belirli bir zaman diliminde tüm hastaların genel olarak iyileştiğini düşündürebilir. Bu süreçte birçok faktör etkili olmuş olabilir. Cerrahi iyileşme sürecinde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmaması, çeşitli faktörlerin bir araya gelerek taburculuk eğitiminin etkisini sınırladığına işaret etmektedir. Bu durum, standart bakımın yeterliliği, hastaların bireysel özellikleri, sosyal destek ve çevresel koşullar gibi etmenlerin iyileşme sürecinde önemli rol oynadığını göstermektedir. Bu nedenle, cerrahi sonrası bakımın bireysel ihtiyaçlara göre uyarlanması ve çok yönlü bir yaklaşım benimsenmesi önemlidir. Kontrol grubunda ilköğretim mezunu hasta sayısının az olması bu sonuçlar üzerinde etkili olmuş olabilir. Çünkü eğitim düzeyi, sağlık okuryazarlığı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. (Grossman, 2017). Yüksek eğitim seviyesine sahip bireyler, sağlıkla ilgili bilgileri daha iyi anlama ve uygulama eğiliminde olabilirler. Kontrol grubundaki yüksek eğitim seviyesine sahip hastalar, tedavi ve bakım talimatlarını daha doğru ve etkin bir şekilde takip etmiş olabilirler. Eğitim düzeyi, bireylerin bilgiye erişim ve anlama kapasitelerini etkileyebilir. Fakat eğitim düzeyi ile sağlık arasındaki ilişki karmaşık ve çok yönlüdür ve tam olarak nedensel bir ilişki olarak açıklanamaz. Bu nedenle, eğitimin sağlık üzerindeki etkisini anlamak için çoklu faktörleri ve karmaşık etkileşimleri göz önünde bulundurmak önemlidir. Ayrıca, kontrol grubundaki hastaların bireysel farklılıkları (motivasyon, istek gibi) iyileşme sürecinde önemli bir rol oynayabilir. Hastaların evdeki çevresel koşulları da iyileşme sürecine olumlu katkıda bulunmuş olabilir. Son olarak, kontrol grubundaki

hastaların sosyal medyadan etkilenmiş olma olasılığı, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmamasına katkıda bulunmuş olabilir.

Hastaların Taburculuğa Hazır Oluşluk Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu araştırmada taburculuk eğitimi sonrası, girişim ($5,65 \pm 1,01$) ve kontrol ($6,12 \pm 1,19$) grubundaki hastaların taburcu olmaya hazır olma puanlarının düşük olduğu ve her iki grup arasında istatistiksel açıdan herhangi bir fark olmadığı belirlendi ($p > 0,05$, Tablo 4.8).

Ulaşılan literatürde (EBSCO, Clinical Key, Cochrane, Medline, Ovid, Science Direct, Scopus, Springerlink, Taylor & Francis Online, Web of Science, Wiley Online Library, Türkiye Atıf Dizini) intertorkanterik femur kırığı ameliyatı geçiren hastalara herhangi bir yöntemle verilen taburculuk eğitiminin etkinliğini değerlendiren randomize kontrollü çalışmalara rastlanmamıştır. Ancak, farklı cerrahi girişim uygulamaları yapılan hastalara verilen taburculuk eğitiminin etkinliğini değerlendiren çalışmalar mevcuttur. Şahan ve Gezer (2019), koroner arter bypass grefti yapılan hastalarla yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, taburculuk eğitimi verilen grubun taburculuğa hazır oluş puanlarının eğitim grubu hastalarında 7'nin üzerinde olduğunu bulmuşlardır (Şahan, 2022). Benzer şekilde, Toraman ve Gürçayır (2022), üreteroskopi yapılan ve double J stent yerleştirilen hastalara verdikleri taburculuk eğitimi sonrasında, girişim grubundaki hastaların taburculuğa hazır oluşluk puanlarında anlamlı artış gözlemlemişlerdir (Toraman, 2022). Ayrıca, Palonen ve ark. (2015), acil serviste yaşlı hastalar ve aile üyelerine taburculuk eğitimi verdiği kesitsel çalışmada, taburculuk eğitimi alan hem hastalar hem de aile üyeleri arasında taburculuğa hazır oluşluk düzeyinin daha yüksek olduğunu rapor etmiştir (Palonen vd., 2015). Bu çalışmalar, cerrahi girişim uygulanan hastalarda taburculuk eğitiminin taburculuğa hazır oluşluk üzerindeki olumlu etkilerini ortaya koymaktadır. Ancak, Gillespie ve ark. (2023) tarafından yapılan genel cerrahi ameliyatı geçiren hastalar için taburculuk eğitiminin etkinliğini inceleyen sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında, literatürdeki randomize kontrollü çalışmalara yönelik kanıtların yetersizliği nedeniyle cerrahi hastalarına yönelik taburculuk eğitimlerinin etkinliğini değerlendiremediklerini belirtmişlerdir (Gillespie vd., 2023). Bu araştırma sonuçları var olan literatürle paralellik göstermemektedir. **Yani elde edilen bulgular sonucunda H0 hipotezi**

(İntertrokanterik kırığı ameliyatı olan hastalara verilen taburculuk eğitimi ve izlemin taburculuğa hazır oluşuğa etkisi yoktur) desteklenmiştir. Bu araştırmada girişim grubuna verilen taburculuk eğitiminin etkisiz olmasının birkaç nedeni olabilir. Girişim grubundaki hastaların çoğunun kontrol grubundaki hastalara göre ilköğretim mezunu olması, sağlık okuryazarlığı seviyelerinin düşük olduğunu düşündürmektedir ve bu, karmaşık sağlık bilgilerini anlamakta zorluk çekmelerine yol açmış olabilir. Ayrıca, 65 yaş üzerindeki hastalar, yaşa bağlı bilişsel ve fiziksel sınırlamalar nedeniyle eğitimi tam olarak anlamakta veya uygulamakta güçlük yaşayabilirler. Ameliyat sonrası yaşanan anksiyete ve stres düzeyleri de hastaların dikkatlerini dağıtabilir, bu da eğitimin etkisini azaltmış olabileceğini düşündürür.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda; intertrokanterik femur kırığı olan hastalara verilen taburculuk eğitiminin, hastaların taburculuğa hazır oluşluk ve cerrahi iyileşme süreçleri üzerinde girişim ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlendi. Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Taburculuk eğitimi verilen hastaların hastaneye yatışından itibaren hasta ve hasta yakınına bakım verici rolüne hazırlanması konusunda destek olunması,
- Her bireyin algılama düzeyi farklı olacağından hemşire hasta bireye özgü taburculuk eğitimi planlaması,
- Araştırma kapsamında verilen eğitim kitapçığının serviste rutin olarak verilmeli ve hastanın yatışından taburcu oluncaya kadar eğitimler tekrarlı bir şekilde hemşire tarafından hasta ve yakınına uygulamaları olarak gösterilip anlatılması,
- Hasta taburcu olduktan sonra izlemler mümkünse görüntülü görüşme şeklinde yapılması,
- Servis hemşirelerine intertrokanterik femur fraktürü ile ilgili güncel bilgiler konusunda hemşirelerin araştırma yapmaları husunda bilinçlendirilmeli veya bilgilerin hekimler tarafından verilebilmesi,
- İntertrokanterik femur fraktürü ile ilgili çalışmaların daha çok arttırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abrahamsen, B., van Staa, T., Ariely, R., Olson, M., & Cooper, C. (2009). Excess mortality following hip fracture: a systematic epidemiological review. *Osteoporos Int*, 20(10), 1633-1650. <https://doi.org/10.1007/s00198-009-0920-3>
- Adanır, O., Albay, C., & Beytemür, O. (2017). Relationship Between Mortality and Timing of Surgery in Elderly Intertrochanteric Hip Fractures. *The Medical Journal of Okmeydani Training and Research Hospital*. 33(1): 23-27. <https://doi.org/10.5222/otd.2017.1082>
- Aksoy G, Akyolcu N. . (2012). *Cerrahi Hemşireliği I Kitabı içinde: Akyolcu N, Yara İyileşmesi ve Hemşirelik Bakımı*, , Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul.
- Aksu, N., Işıklar, Z. U. (2008). Kalça Kırıkları. *TOTBİD (Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği) Dergisi* 7, 1-2.
- Akyolcu N, Akyüz. N. (2015). *Yara ve bakımı. Yara ve Stoma Bakımı. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul*, . 3-28.
- Alagöz, E., Beytemür, O., Dinçel, Y., Güleç, M., & Demiryontar, K. (2016). Erişkin Femur Boyun Kırıkları ve Tedavisi *Türkiye Klinikleri J Orthop & Traumatol-Special Topics*. 2016;9(1)
- Allvin, R., Ehnfors, M., Rawal, N., Svensson, E., & Idvall, E. (2009). Development of a questionnaire to measure patient-reported postoperative recovery: content validity and intra-patient reliability. *J Eval Clin Pract*, 15(3), 411-419. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2008.01027.x>
- Anderson, R., Doyle, G. R. ve McCutcheon, J. A. . (2018). *Daha Güvenli Hasta Bakımı için Klinik Prosedürler – Thompson Rivers University Edition*.
- Andrade, A. M., Silva, K. L., Seixas, C. T., & Braga, P. P. (2017). Nursing practice in home care: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm*, 70(1), 210-219. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0214>
- Anonim. (2018). “Evde Sağlık”.. www.saglik.gov.tr/ 25.06.2024.

- Aslan, H., & Ergin Doğan, S. (2024). Hemşirelik Eğitiminde Kullanılan G¼ncel ¼đretim Y¼ntem ve Teknikleri [Current Learning Methods and Techniques Using in Nursing Education]. *Bing¼l ¼niversitesi Sağlık Dergisi*, 5(1), 224-235. <https://doi.org/10.58605/bingolsaglik.1448021>
- Arslan, B. (2018). *Geriatric trauma in*. BoD – Books on Demand, 2018.<https://doi.org/10.5772/intechopen.77151>
- Arslan, E., & Gezer, N. (2023). The effect of discharge training developed based on nursing interventions classification (NIC) on surgical recovery in oncology patients: Randomized controlled trial - A pilot study. *Nurs Open*, 10(2), 1151-1162. <https://doi.org/10.1002/nop2.1555>
- Ay, F. A. (2007). *Temel hemşirelik: kavramlar, ilkeler, uygulamalar*. İstanbul Medikalyayıncılık.
<https://books.google.com.tr/books?id=tMekGAAACAAJ>
- Aygin, D., Aslan, F., & Cengiz, H. (2012). Yaşlı cerrahi hastasında ameliyat sonrası erken d¼nem. *Akademik Geriatri Dergisi*, 4(1), 12-7.
- Baranoski, S., & Ayello, E. (2015). *Wound care essentials: Practice principles: Fourth edition*.
- Biol, L. (2004). *Hemşirelik s¼reci: Hemşirelik bakımında sistematik yaklaşım*. Etki Matbaacılık Yayıncılık.
- Boldin, C., Seibert, F. J., Fankhauser, F., Peicha, G., Grechenig, W., & Szyszkowitz, R. (2003). The proximal femoral nail (PFN)--a minimal invasive treatment of unstable proximal femoral fractures: a prospective study of 55 patients with a follow-up of 15 months. *Acta Orthop Scand*, 74(1), 53-58. <https://doi.org/10.1080/00016470310013662>
- Boyd, H. B., & Griffin, L. L. (1949). Classification and treatment of trochanteric fractures. *Arch Surg* (1920), 58(6), 853-866. <https://doi.org/10.1001/archsurg.1949.01240030864012>
- Browner, D., J¼piter, J., Levine, A., & Trafton, P. (1996). Skeletal Trauma, V: 2, 1833-1926. In: WB Saunders Company.

- Bulut, H., & Dal, Ü. (2012). Cerrahi girişim sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 8(1), 34-40. <http://search.yayin/detay/133550>
- Bulut, Ö. Ü., Kaplan, S., & Şahin, S. (2020). Jinekolojik Kanserde Evde Bakım ve Teknoloji Kullanımı. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 3(2), 193-201. <https://doi.org/10.38108/ouhcd.739104>
- Busse, B. (2016). *Wound Management in Urgent Care*. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-27428-7>
- Can, R., Çapar Abacı, L., & Kadioğlu, S. (2013). Yaşlılara yönelik evde bakım hizmetleri sırasında gündeme gelen tıp etiği sorunları. *Cumhuriyet Medical Journal*, 35(3), 448-456. <http://cmj.cumhuriyet.edu.tr/tr/pub/cmj/issue/4226/56078>
- Çam, R., & Salık Asar, A. (2019). Total Kalça Protezli Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 12(4), 220-233. ,
- Cingil, D., Gözüm, S., & Bodur, S. (2015). Bağımlı Yaşlısına Bakım Veren Aile Üyelerine Sunuş Yolu ile Verilen Eğitimin Bakım Verme Yeterliliği ve Yaşlı Bakımı Bilgi Düzeyine Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(4), 259-267. <https://doi.org/10.17049/ahsbd.82368>
- Çulha, İ., Gürsoy, E., & Bulut, H. (2019). *Jinekolojik onkoloji cerrahisi uygulanan hastalarda yapılandırılmış taburculuk programının hasta bakım sonuçlarına etkisi*. (Yayınlanmamış Doktora tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- Delphino, T., Santana, R., & Alfradique de Souza, P. (2015). Concept clarification of «delayed surgical recovery» for clinical practice implementation. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série, 131-139. <https://doi.org/10.12707/RIV14086>
- Dolgun, E., Giersbergen, M., Aslan Başlı, A., & Altınbaş, Y. (2017). The Investigation Of Mobilization Times Of Patients after Surgery. *Asian*

Pacific Journal of Health Sciences, 4, 71-75.
<https://doi.org/10.21276/apjhs.2017.4.1.13>

Donna, S., & Denise, E. (2008). *Nurse to Nurse Wound Care* [doi:10.1036/9780071642774]. McGraw-Hill Professional.
<https://doi.org/doi:10.1036/9780071642774>

Doughty, D. B., & Sparks, B. (2016). Wound-healing physiology and factors that affect the repair process. *Acute & chronic wounds: Current management concepts (5th ed., pp. 63–81)*. Elsevier.

Doyle, G., & McCutcheon, J. (2016). Development of an Open Source Educational Resource: "Clinical Procedures for Safer Patient Care". *Stud Health Technol Inform*, 225, 979-980.

Duman, E., & Ateş, Y. (2008). Femur Cisim Kırıkları. *TOTBİD (Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği) Dergisi*, Cilt: 7, 1-2.

Erbaş, N. (2018). Hemşirelik Sürecinde Hasta Öğretiminin Önemi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 27(5), 358-364.
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/sted/issue/40222/337644>

Evans, E. M. (1949). The treatment of trochanteric fractures of the femur. *J Bone Joint Surg Br*, 31b(2), 190-203.

Farahmand, B. Y., Michaëlsson, K., Ahlbom, A., Ljunghall, S., & Baron, J. A. (2005). Survival after hip fracture. *Osteoporos Int*, 16(12), 1583-1590.
<https://doi.org/10.1007/s00198-005-2024-z>

Friedman, Y. (2006). Mapping the literature of home health nursing. *J Med Libr Assoc*, 94(2 Suppl), E49-55.

Galli, M., Ciriello, V., Bocchino, L., Gangemi, N. M., Peruzzi, M., & Marzetti, E. (2014). Clinical and functional outcomes of internal fixation with intertrochanteric antegrade nail in older patients with proximal extracapsular femoral fractures. *Eur J Trauma Emerg Surg*, 40(4), 495-500.
<https://doi.org/10.1007/s00068-013-0343-x>

Gem, M., ÖZkul, E., Alemdar, C., Kapukaya, A., Arslan, H., & Atıç, R. (2015). Femur boyun kırıklarının tedavisinde kanüllü vida ile dinamik kalça vidasının karşılaştırılması. *Journal of Clinical and Experimental*

Investigations, 6(3), 256-262.
<https://doi.org/10.5799/ahinjs.01.2015.03.0529>

Gillespie, B. M., Thalib, L., Harbeck, E., Tobiano, G., Kang, E., Tobiano, S., Tong, M., Clark, J., Patel, B., & Chaboyer, W. (2023). Effectiveness of discharge education for patients undergoing general surgery: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*, 140, 104471.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104471>

Gökçe, E., & Arslan, S. (2024). Cerrahi Hemşireliğinde Evde Bakım. *Sağlık Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 119-129.

Grossman, M. (2017). The correlation between health and schooling. In *Determinants of Health: An Economic Perspective* (pp. 128-189). Columbia University Press.

Gustafsson, U. O., Scott, M. J., Schwenk, W., Demartines, N., Roulin, D., Francis, N., McNaught, C. E., Macfie, J., Liberman, A. S., Soop, M., Hill, A., Kennedy, R. H., Lobo, D. N., Fearon, K., & Ljungqvist, O. (2013). Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. *World J Surg*, 37(2), 259-284. <https://doi.org/10.1007/s00268-012-1772-0>

Gültekin, G., & Özbayır, T. (2002). Koroner by-pass ameliyatı olan hastalara taburcu olmadan önce verilen eğitimin etkinliğinin karşılaştırılması. *Ulusal Cerrahi Kongresi-Cerrahi Hemşireliği Seksiyonu (Kongre Kitabı)*. Antalya, 15-19.

Gürkan, A., Dikmen Aydın, Y., & Aldemir, K. (2020). Surgical patients' perceptions of nursing care quality and their satisfactions with nursing care. *Türkiye Klin J Nurs Sci*, 12, 329-336.

Harding, M., Kwong, J., Roberts, D., Hagler, D., & Reinisch, C. (2019). *Lewis' medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems, 11th ed.*

Hemşirelik, Yönetmeliği (2011). Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2011, 19 Nisan). Resmi

Gazete(Sayı:27910).

Erişim

adresini:https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm

- Hess, C. T. (2013). *Clinical Guide to Skin & Wound Care*. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. <https://books.google.com.tr/books?id=KF66xQEACAAJ>
- Hess, C. T. (2019). Comprehensive Patient and Wound Assessments. *Adv Skin Wound Care*, 32(6), 287-288. <https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000558514.64758.7f>
- Holloway, S., Harding, K., Stechmiller, J. K., & Schultz, G. (2012). Acute and chronic wound healing. *Wound Care Essentials: Practice Principles*, 83-100.
- Huber, C., & Blanco, M. (2010). Cleaning up the discharge process: a number of components--and personnel--are crucial to success. *Am J Nurs*, 110(9), 66-69. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000388270.50252.7e>
- Jackson, M. (2010). Nurse to Nurse Wound Care--Expert Interventions. *Nursing Standard*, 24(21), 30-31.
- Johnell, O., & Kanis, J. A. (2004). An estimate of the worldwide prevalence, mortality and disability associated with hip fracture. *Osteoporos Int*, 15(11), 897-902. <https://doi.org/10.1007/s00198-004-1627-0>
- Kang, E., Gillespie, B. M., Tobiano, G., & Chaboyer, W. (2018). Discharge education delivered to general surgical patients in their management of recovery post discharge: A systematic mixed studies review. *Int J Nurs Stud*, 87, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.004>
- Kang, E., Gillespie, B. M., Tobiano, G., & Chaboyer, W. (2020). General surgical patients' experience of hospital discharge education: A qualitative study. *J Clin Nurs*, 29(1-2), e1-e10. <https://doi.org/10.1111/jocn.15057>
- Kankiliç, R., & Tuna, A., (2019). Transüretral rezeksiyon-prostat (tur-p) ameliyatlarında eras protokolü ile ameliyat öncesi ve sonrası yapılması gereken beslenme, ağrı ve erken mobilizasyon uygulamalarının karşılaştırılması. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(2), 69-74.<https://doi.org/10.17517/ksutfd.484635>

- Kannus, P., Parkkari, J., Sievänen, H., Heinonen, A., Vuori, I., & Järvinen, M. (1996). Epidemiology of hip fractures. *Bone*, 18(1 Suppl), 57s-63s. [https://doi.org/10.1016/8756-3282\(95\)00381-9](https://doi.org/10.1016/8756-3282(95)00381-9)
- Karadağ, M. (1999). Ayaktan cerrahi uygulamalarında hasta eğitimi. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3(2), 27-34.
- Karadağ, M. (1999). Ayaktan cerrahi uygulamalarında hasta eğitimi, . 3(2), :27-34.
- Karadakovan, A., & Aslan, F. E. (Eds.). (2022). Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Kaya, H. (2009). Patient education in health services and responsibilities of nurse: review. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 1, 19-23.
- Kaya, S., Sain Guven, G., Teleş, M., Korku, C., Aydan, S., Kar, A., Kartal, N., Koca, G. Ş., & Yıldız, A. (2018). Validity and reliability of the Turkish version of the readiness for hospital discharge scale/short form. *Journal of Nursing Management*, 26(3), 295-301.
- Kayaoğlu, S. (2019). *Ameliyat sonrası dönemde evde bakım veren hemşirelerin bakım yükü ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi*(Tez No. 585598) [Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi]. Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/>
<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Köstekli, S., Karahan, E., Çelik, S., & Yanık, T. (2020). Meme Cerrahisi Uygulanan Hastalarda Taburculuk Öncesi Bilgi Gereksinimleri. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 230-243.
- Köze, B. Ş., & Özbayır, T. (2023). Toronto Yara Semptom Değerlendirme Sistemi ile Yara Bakımının İzlenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 27(3), 156-163.
- Lindemeier, S. C., & Mesko, D. R. (2020). Revision of a Tronzo Total Hip Arthroplasty. *Arthroplast Today*, 6(2), 186-189. <https://doi.org/10.1016/j.artd.2020.03.005>
- Liu, S. Y., Li, C., & Zhang, P. X. (2021). Enhanced recovery after surgery for hip fractures: a systematic review and meta-analysis. *Perioperative Medicine*, 10(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s13741-021-00201-8>

- Love, J. C., & Wiersema, J. M. (2016). Skeletal Trauma: An Anthropological Review. *Acad Forensic Pathol*, 6(3), 463-477. <https://doi.org/10.23907/2016.047>
- Lundy, K. S., Janes, S. (2009). *Home health and Community Health Nursing Caring for the Public's Health*, 2, 970-977.
- Maida, V., Ennis, M., & Kuziemy, C. (2009). The Toronto Symptom Assessment System for Wounds: A new clinical and research tool. *Advances in skin & wound care*, 22(10), 468-474. <https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000361383.12737.a9>
- Meşe, S., & Kosgeroglu, N. (2021). Cerrahi Hastalara Özgü Taburculuk Eğitimi Memnuniyet Ölçeği'nin Geliştirilmesi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 13(4), 759-768. <https://doi.org/10.5336/nurses.2021-81078>
- Mutlu, S., & Yılmaz, E. (2019). Yara Yönetiminde Yenilikçi Yaklaşımlar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.*, 8(4), 481-494.
- Niu, E., Yang, A., Harris, A. H., & Bishop, J. (2015). Which fixation device is preferred for surgical treatment of intertrochanteric hip fractures in the United States? A survey of orthopaedic surgeons. *Clinical Orthopaedics and Related Research®*, 473(11), 3647-3655. https://journals.lww.com/clinorthop/fulltext/2015/11000/which_fixation_device_is_preferred_for_surgical.50.aspx
- O'Connell, M. E., Germaine, N., Burton, R., Stewart, N., & Morgan, D. G. (2013). Degree of rurality is not related to dementia caregiver distress, burden, and coping in a predominantly rural sample. *Journal of Applied Gerontology*, 32(8), 1015-1029. <https://doi.org/10.1177/0733464812450071>
- Olsson O. (2000). Alternative techniques in trochanteric hip fracture surgery. Clinical and biomechanical studies on the Medoff sliding plate and the Twin hook. *Acta orthopaedica Scandinavica. Supplementum*, 295, 1-31.
- Özkan, Ç. G., Bayrak, B., & Demirbağ, B. C. (2022). Ev Ortamında Yatağa Bağımlı Hastanın Bakım Vericilerinin Bakım Yükü ve Kaygı Düzeyine Yönelik

Hemşirelik Girişimleri, *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 4(1), 89-101.
<https://doi.org/10.54061/jphn.964777>

Özkan, S., & Salık Asar, A. (2022). Cerrahi Hemşireliğinde Tele Sağlık Uygulamaları *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 38(1), 43-48.
<https://doi.org/10.53490/egehemsire.777580>

Özmen, T., & Contarlı, N. (2023). Yaşlılarda Fiziksel Aktivite ve Egzersiz. *Unika Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 452-459.

Öğüt, S., & Sucu Dağ, G. (2019). Pain Characteristics and Pain Interference Among Patients Undergoing Open Cardiac Surgery. *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 34(4), 757–766. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.10.009>

Özşaker, E., Akan, S., Dolgun, E., & Donmez, Y. (2022). Investigation of the Relationship Between Learning Needs and Anxiety of Surgical Patients: Cross-Sectional Study. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 14, 26-34. <https://doi.org/10.5336/nurses.2021-83062>

Palonen, M., Kaunonen, M., Helminen, M., & Åstedt-Kurki, P. (2015). Discharge education for older people and family members in emergency department: A cross-sectional study. *Int Emerg Nurs*, 23(4), 306-311. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.02.003>

Pedrazzani, C., Marrelli, D., Rampone, B., De Stefano, A., Corso, G., Fotia, G., Pinto, E., & Roviello, F. (2007). Postoperative complications and functional results after subtotal gastrectomy with Billroth II reconstruction for primary gastric cancer. *Dig Dis Sci*, 52(8), 1757-1763. <https://doi.org/10.1007/s10620-006-9655-6>

Pelt, C. E., Gililland, J. M., Erickson, J. A., Trimble, D. E., Anderson, M. B., & Peters, C. L. (2018). Improving Value in Total Joint Arthroplasty: A Comprehensive Patient Education and Management Program Decreases Discharge to Post-Acute Care Facilities and Post-Operative Complications. *J Arthroplasty*, 33(1), 14-18. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2017.08.003>

- Pervez, H., & Parker, M. J. (2001). Results of the long Gamma nail for complex proximal femoral fractures. *Injury*, 32(9), 704-707. [https://doi.org/10.1016/s0020-1383\(01\)00022-5](https://doi.org/10.1016/s0020-1383(01)00022-5)
- Reynolds, A. (2013). The fractured femur. *Radiol Technol*, 84(3), 273-291
- Richmond, J., Aharonoff, G. B., Zuckerman, J. D., & Koval, K. J. (2003). Mortality risk after hip fracture. *Journal of orthopaedic trauma*, 17(1), 53-56. <https://doi.org/10.1097/00005131-200301000-00008>
- Ruecker, A. H., Rupprecht, M., Gruber, M., Gebauer, M., Barvencik, F., Briem, D., & Rueger, J. M. (2009). The treatment of intertrochanteric fractures: results using an intramedullary nail with integrated cephalocervical screws and linear compression. *J Orthop Trauma*, 23(1), 22-30. <https://doi.org/10.1097/BOT.0b013e31819211b2>
- Santana, R., Delphino, T., Henriques, N., Alfradique de Souza, P., Soares, T., & Pereira, S. (2014). Nursing diagnosis of delayed surgical recovery. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 15, 533-542. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000300019>
- Santana, R. F., & Lopes, M. V. (2015). Measures of clinical accuracy and indicators of the nursing diagnosis of delayed surgical recovery. *Collegian*, 22(3), 275-282. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2014.02.001>
- Santana, R. F., Pereira, S. K., do Carmo, T. G., Freire, V. E. C. d. S., Soares, T. d. S., do Amaral, D. M., & Vaqueiro, R. D. (2018). Effectiveness of a telephone follow-up nursing intervention in postsurgical patients. *International Journal of Nursing Practice*, 24(4), e12648.
- Sarkies, M. N., Testa, L., Carrigan, A., Roberts, N., Gray, R., Sherrington, C., Mitchell, R., Close, J. C. T., McDougall, C., & Sheehan, K. (2023). Perioperative interventions to improve early mobilisation and physical function after hip fracture: a systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, 52(8), afad154. <https://doi.org/10.1093/ageing/afad154>
- Sasaki, V. D. M., Romanzini, A. E., Jesus, A. P. S. d., Carvalho, E. d., Gomes, J. J., & Damiano, V. B. (2011). Surgical site infection surveillance in post-

hospital discharge after cardiac reconstructive surgery. *Texto & Contexto Enfermagem*, 20, 328-332.

Şenyuva, E., & Taşocak, G. (2014). Hemşirelerin Hasta Eğitimi Etkinlikleri ve Hasta Eğitim Süreci. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 15(59), 100-106.

Soyer, Ö., Dönmez, Y. C., & Van Giersbergen, M. Y. (2018). Ameliyat olan hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(3), 200-208.

Şahan, D. (2022). *Koroner arter baypas greft cerrahisi taburculuk eğitiminde kullanılan eğitim kitapçığı ve mobil uygulamanın hastaların taburculuğa hazır oluşluk ve öz-etkililik üzerine etkisinin karşılaştırılması*, [Doktora Tezi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>

Şahin Köze, B., & Özbayır, T. (2023). Toronto Yara Semptom Değerlendirme Sistemi ile Yara Bakımının İzlenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 27(3), 156-163. <https://doi.org/10.62111/ybhd.1385557>

Tanner, J., Khan, D., Aplin, C., Ball, J., Thomas, M., & Bankart, J. (2009). Post-Discharge Surveillance To Identify Colorectal Surgical Site Infection Rates And Related Costs. *J Hosp Infect*, 72(3), 243-250. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2009.03.021>

Thomas, D. G., Bradley, L., Servi, A., Reilly, S., Apps, J. N., McCrea, M., & Hammeke, T. (2018). Parental knowledge and recall of concussion discharge instructions. *Journal of emergency nursing*, 44(1), 52-56. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2017.04.012>

Toraman, M. M. (2022). *Üreteroskopi olan ve double J stent yerleştirilen hastalara verilen eğitimin ameliyat öncesi ve sonrası kaygı ve taburculuğa hazır oluş düzeylerine etkisi* (Tez No. 740229) [Yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>

Turhan, Y., & Arıcan, M. (2019). Kalça Kırığı Nedeniyle Cerrahi Tedavi Uygulanan 65 Yaş Üstü Hastaların Bir Yıllık Mortalite Oranları , *Düzce*

Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 9(2), 57-60.
<https://doi.org/10.33631/duzcesbed.528982>

Tükenmez, M., Çekin, T., Perçin, S., & Tezeren, G. . (2004). Femur boyun kırıklarında internal fiksasyon. *CÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 26(3), 131-135.

Ucuşal, M., & Akyolcu, N. (2008). Yaşlı hastalarda ameliyat sonrası bilişsel değişiklikler. *Turkish J Geriatrics*, 11, 119-127.

Vuolo, J. (2012). Book review-Fast Facts for Wound Care Nursing: Practical Wound Management in a Nutshell. *Journal of Wound Care*, 21(5), 256-256.

Weiss, M., & Piacentine, L. (2006). Psychometric Properties of the Readiness For Hospital Discharge Scale. *Journal of nursing measurement*, 14, 163-180.
<https://doi.org/10.1891/jnm-v14i3a002>

Weiss, M. E., Piacentine, L. B., Candela, L., & Bobay, K. L. (2021). Effectiveness of using a simulation combined with online learning approach to develop discharge teaching skills. *Nurse Educ Pract*, 52, 103024.
<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103024>

Wilkinson, H. N., & Hardman, M. J. (2020). Wound healing: cellular mechanisms and pathological outcomes. *Open Biol*, 10(9), 200223.
<https://doi.org/10.1098/rsob.200223>

Williams, B. (2008). Supporting self-care of patients following general abdominal surgery. *J Clin Nurs*, 17(5), 584-592. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01857.x>

Wysocki, A. B. (1999). Skin anatomy, physiology, and pathophysiology. *Nursing Clinics of North America*, 34(4), 777-797.

Yang, S. D., Ning, S. H., Zhang, L. H., Zhang, Y. Z., Ding, W. Y., & Yang, D. L. (2016). The effect of lower limb rehabilitation gymnastics on postoperative rehabilitation in elderly patients with femoral shaft fracture: A retrospective case-control study. *Medicine (Baltimore)*, 95(33), e4548.
<https://doi.org/10.1097/md.0000000000004548>

Yıldırım, N., Çiftçi, B., & Kaşıkçı, M. (2017). Hemşirelerin hasta eğitimi verme durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Atatürk İletişim Dergisi* (14), 217-231.

- Yıldırım, M., & Bayraktar, N. (2010). Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin taburculuk planlaması sürecindeki rolleri ve bunu etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 2(2), 73-81.
- Yılmaz, G. (2023). *Femur intertrokanterik kırıklarının tedavisinde kullanılan üç farklı tip kilitli intramedüller çivi tespit yönteminin biyomekanik olarak karşılaştırılması*(Tez No. 831710) [Doktora Tezi, Fırat Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/giris.jsp>
- Zheng, M. C., Zhang, J. E., Qin, H. Y., Fang, Y. J., & Wu, X. J. (2013). Telephone follow-up for patients returning home with colostomies: views and experiences of patients and enterostomal nurses. *Eur J Oncol Nurs*, 17(2), 184-189. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.05.006>
- Zuckerman, J. D., Sakales, S. R., Fabian, D. R., & Frankel, V. H. (1992). Hip fractures in geriatric patients. Results of an interdisciplinary hospital care program. *Clin Orthop Relat Res*(274), 213-225.