

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**KALÇA VE DİZ ARTROPLASTİSİ GEÇİREN
BİREYLERİN ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ İLE
ANKSİYETE VE DEPRESYON DURUMLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

Bilgen ARIKAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2016-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**KALÇA VE DİZ ARTROPLASTİSİ GEÇİREN
BİREYLERİN ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ İLE
ANKSİYETE VE DEPRESYON DURUMLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

Bilgen ARIKAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Fatma CEBECİ

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir.”

2016-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü M¼dd¼rl¼ę¼ne;

Bu alışma j¼rimiz tarafından Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Y¼ksek Lisans Programında y¼ksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 12/12/2016

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Fatma CEBECİ
Akdeniz Üniversitesi

İmza


ye :Yrd. Doç. Dr. Özlem BİLİK
Dokuz Eyl¼l niversitesi



ye : Yrd. Doç. Dr. Emine ÇATAL
Akdeniz Üniversitesi



Bu tez, Enstit¼ Y¼netim Kurulunca belirlenen yukarıdaki j¼ri yeleri tarafından uygun g¼r¼lm¼ř ve Enstit¼ Y¼netim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/.....sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Enstit¼ M¼dd¼r¼

Prof.Dr.Narin DERİN

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Bilgen ARIKAN

İmza

TezDanışmanı

Fatma CEBECİ

İmza

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim boyunca bilimsel desteğinin yanında manevi desteğini esirgemeyen danışman hocam Sayın Doç. Dr. Fatma CEBECİ'ye,

Tez izleme kurulu üyeleri Sayın Yrd. Doç. Dr. Özlem BİLİK ve Yrd. Doç. Dr. Emine ÇATAL'a,

Araştırmanın istatistiksel analizindeki yönlendirmeleri ve yardımları için Uşak Üniversitesi Eğitim Fakültesi Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Gökhan DEMİRHAN'a,

Desteklerini esirgemeyen Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü çalışanlarına,

Araştırmanın yapılabilmesi için onay veren Uşak Devlet Hastanesi Başhekimliğine, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği'nde görev yapan tüm sağlık personeline,

Araştırmaya katılmayı kabul eden ve bana zaman ayıran tüm hastalara,

Uzakta olsam da hep yanımda olan dostlarım Çiğdem ÇETİN, Defne DİZLEK ve Damla ATEŞ'e,

Her zaman olduğu gibi bu dönemde de yanımda olan, her şeyimi borçlu olduğum annem Fatma KAHYA, babam Veysel KAHYA ve kardeşim Ahmet KAHYA'ya,

Sevgisini, sabrını, ilgisini ve desteğini esirgemeyensevgili eşim Tansu Can ARIKAN'a teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Amaç: Araştırma, kalça ve diz artroplastisi uygulanan bireylerin öğrenim gereksinimleri ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan çalışmanın örneklemini, Haziran 2015- Mayıs 2016 tarihleri arasında bir devlet hastanesi ortopedi ve travmatoloji kliniklerinde kalça ya da diz artroplastisi geçiren 217 hasta oluşturmuştur. Araştırma öncesinde etik kurul onayı, kurum ve ölçek izinleri ile hastalardan yazılı onam alınmıştır. Veriler, Sosyo-demografik Özellikler ve Tanıtıcı Bilgi Formu, Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ) ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) aracılığı ile toplanmıştır. Verilerin toplanmasında yüz yüze görüşme yöntemi kullanılmıştır. Hastalarla taburcu edilmeden önceki 24-48 saat içerisinde görüşülmüştür. Veriler SPSS 18 programında betimsel istatistikler, varyans testleri ve korelasyon analizi kullanılarak çözümlenmiştir.

Bulgular: Hastaların %77'sinin kadın olduğu, %39.2'sinin 65 yaş altı grupta yer aldığı, %62.7'sinin ilkokul eğitimi aldığı, %47.9'unun köyde yaşadığı, %45.6'sının obez grubunda yer aldığı, %77.9'una total diz artroplastisi uygulandığı ve %74.2'sinin gonartroz nedeniyle ameliyat olduğu görülmüştür. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ) toplam ölçek puan ortalamasının 158.10 ± 33.40 olduğu saptanmıştır. Hastaların öğrenim gereksinimlerinin orta düzeyde, önceliklerinin ise ilaçlar, yaşam aktiviteleri, tedavi ve komplikasyonlar alt boyutlarında olduğu bulunmuştur. Hastaların %35.5'inde anksiyete, %47'sinde depresyon belirtileri bulunduğu belirlenmiştir. Anksiyete alt boyutu (HAD-A) ile HÖGÖ toplam ölçek ve tüm alt boyutları arasında ilişki bulunmuştur. Depresyon alt boyutu (HAD-D) ile HÖGÖ toplam ölçek, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi alt boyutları arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Hastaların bazı sosyo-demografik ve tanıtıcı özellikleri ile HÖGÖ ve HAD alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar ve ilişkiler olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Araştırma sonucundahastaların öğrenim gereksinimleri seviyesi orta düzeyde bulunmuştur. Artroplasti ameliyatı sonrası her üç hastadan birinde anksiyete ve depresyon belirtileri görüldüğü belirlenmiştir. Hasta öğrenim gereksinimleri ölçeğinin bazı alt boyutları ile hastane anksiyete ve depresyon ölçeği alt boyutları arasında ilişki saptanmıştır. Hasta eğitimi planlanırken bireylerin öğrenim gereksinimleri ve psikolojik durumları dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Artroplasti, hasta öğrenim gereksinimleri, anksiyete, depresyon, hemşirelik.

ABSTRACT

Purpose: This study has been carried out in order to identify the relationship between learning needs and anxiety and depression levels of the individuals who have hip and knee arthroplasty.

Method: Descriptive type of the sampling of the study consisted of 217 patients having hip or knee arthroplasty in orthopedy and traumatology clinics of a state hospital between June 2015 and May 2016. Ethics committee approval, institutional and scale permissions and written approvals from the patients were received before the study. Data were collected through Socio-demographic Features and Introductory Information Form, Patient Learning Needs Scale (PLNS) and Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). Face-to-face interview method was used while collecting data. Patients were interviewed within 24-48 hours before they were discharged from the hospital. Data were analyzed on SPSS 18 programme by using descriptive statistics, variance tests and correlation analysis.

Findings: It was seen that 77 % of the patients were women, 39.2 % of them were in the group under 65 ages, 62.7 % of them were primary school graduate, 47.9 % of them lives in villages, 45.6 % of them were in obesity group, 77.9 % of them had a total knee arthroplasty and 74.2 % of them had an operation duetogonartrosis. Patient Learning Needs Scale (PLNS) total scales core average was identified as 158.10 ± 33.40 . It was found out that learning needs of the patients were modarate, however, their priorities were within medicine, living activities, treatment and complications sub-dimensions. It was identified that 35.5 % of the patients had anxiety, 47 % of them had depression symptoms. A relationship was found out between anxiety sub-dimension (HAD-A) and Patient Learning Needs Scale total scale and all of its sub-dimensions. It was identified that there was a relationship between depression sub-dimension (HAD-D) and Patient Learning Needs Scale (PLNS) total scale, society and surveillance, situation-related feelings, treatment and complications, life quality sub-dimensions. It was identified that there were statistically significant differences and relationship between some socio-demographic and informative features of the patients and Patient Learning Needs Scale (PLNS) and Hospital Anxiety and Depression (HAD) sub-dimensions.

Conclusion: As a result of the study learning need level of the patients were found as modarate. It was identified that anxiety and depression symptoms were observed in each one of three patients after arthroplasty operation. A relationship was identified between some sub-dimensions of patient learning needs scale and sub-dimensions of hospital anxiety and depression scale. Learning needs and psychological status of the individuals should be considered while planning the patient education.

Key Words: Arthroplasty, patient learning needs, anxiety, depression, nursing.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
SİMGELER ve KISALTMALAR	v
ŞEKİLLER	vi
TABLolar	vii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırma Soruları	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Artroplasti ve Epidemiyolojisi	3
2.2. Kalça Artroplastisi	3
2.2.1. Kalça Artroplastisinin Uygulanma Amacı	4
2.2.2. Kalça Artroplastisinin Endikasyonları	4
2.2.3. Kalça Artroplastisinin Kontrendikasyonları	5
2.2.4. Kalça Artroplastisinin Komplikasyonları	5
2.3. Diz Artroplastisi	5
2.3.1. Diz Artroplastisinin Uygulanma Amacı	6
2.3.2. Diz Artroplastisinin Endikasyonları	6
2.3.3. Diz Artroplastisinin Kontrendikasyonları	6
2.3.4. Diz Artroplastisinin Komplikasyonları	6
2.4. Kalça ya da Diz Artroplastisinde Hemşirelik Bakım Yönetiminin Bir Parçası Olarak Öğrenim Gereksinimleri	7
2.4.1. Ameliyat Öncesi Öğrenim Gereksinimleri	7
2.4.2. Ameliyat Sonrası ve Evde Bakım Gereksinimlerine Yönelik Öğrenim Gereksinimleri	11
2.5. Artroplasti ve Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesinin Önemi	17
2.6. Artroplastide Anksiyete ve Depresyon	21
2.6.1. Kalça ya da Diz Artroplastisinde Anksiyete ve Depresyonun Belirlenmesinin Önemi	23

3. GEREÇ ve YÖNTEM	26
3.1. Araştırmanın Tipi	26
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	26
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	26
3.3.1. Örnekleme Alınma Kriterleri	27
3.4. Ön Uygulama	27
3.5. Araştırmanın Etik Onamı	27
3.6. Araştırmanın Veri Toplama Araçları	28
3.6.1. Sosyo-demografik Özellikler ve Tanıtıcı Bilgi Formu	28
3.6.2. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ)	28
3.6.3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)	29
3.7. Araştırma Verilerinin Toplanması	30
3.8. Araştırma Verilerinin Analizi	30
3.9. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları	31
4. BULGULAR	32
5. TARTIŞMA	48
5.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Öğrenim Gereksinimleri	48
5.2. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Anksiyete ve Depresyon Durumları	54
5.3. Hastaların Öğrenim Gereksinimleri ile Anksiyete ve Depresyon Durumları	58
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	59
KAYNAKLAR	61
EKLER	73
EK-1. Etik Kurul Formu	
EK-2. Hastane İzin Yazısı	
EK-3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Kullanım İzni	
EK-4. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Kullanım İzni	
EK-5. Aydınlatılmış Hasta Onam Formu	
EK-6. Sosyo-Demografik Özellikler ve Tanıtıcı Bilgi Formu	
EK-7. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ)	
EK-8. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)	
ÖZGEÇMİŞ	83

SİMGELER ve KISALTMALAR

ANOVA	:Analysis of Variance (Varyans Analizi)
BKİ	:Beden Kitle İndeksi
CPM	:Continuous Passive Motion (Devamlı Pasif Hareket Cihazı)
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
HAD	:Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
HAD-A	:Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Anksiyete Alt Boyutu
HAD-D	:Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Depresyon Alt Boyutu
HÖGÖ	:Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği
PLNS	:Patient Learning Needs Scale
ROM	:Range of Motion (Hareket Açıklığı)
SPSS	:Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi)

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa
4.1. HÖGÖ ve Alt Boyutlarının Önem Düzeyleri	32
4.2. HAD-A ve HÖGÖ Toplam Ölçek Puanlarının Korelasyonu	48
4.3. HAD-A ve HÖGÖ Toplam Ölçek Puanlarının Korelasyonu	48



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa
3.1.HÖGÖ ve Alt Ölçeklerinin Madde Sayısı, Ölçek Maddeleri, Minimum ve Maksimum Alınabilecek Puanlar	30
3.2.HAD ve Alt Ölçeklerinin Madde Sayısı, Ölçek Maddeleri, Minimum ve Maksimum Alınabilecek Puanlar	31
4.1.Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	33
4.2.Hastaların Geçmiş Hastalık ve Cerrahi Durumu ile Uygulanan Ameliyata İlişkin Özellikler	35
4.3.Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ) Puan Ortalamaları ve Önem Düzeyleri	36
4.4. Hastaların Bazı Sosyo-Demografik ve Tanıtıcı Özelliklerine Göre HÖGÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı	37
4.5. Hastaların Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri ve HÖGÖ Arasındaki İlişki	42
4.6. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları Dağılımı	43
4.7. Hastaların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre HAD Puan Ortalamalarının Dağılımı	44
4.8. Ameliyat Türüne Göre HAD Puan Ortalamalarının Dağılımı	46
4.9. Hastaların Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri ve HAD Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	46
4.10. HÖGÖ ve HAD Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki Durumu	47

1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Eklemi oluşturan kemiklere yeniden şekil verilerek ya da protez uygulanarak yapılan artroplasti, hareketi azalmış ya da tamamen hareketsiz olan bir ekleme cerrahi girişimle fonksiyon kazandırılması işlemidir (Erdil ve Elbaş, 2008).Teknoloji, anestezi, anestezi ilaçları ve protezlerde olan gelişmeler sonucunda eklem protezleri sık yapılan cerrahi girişimler arasında yer almaktadır.Kalça ve diz eklemleri ise en fazla artroplasti uygulanan eklemlerdir (Yavuz, 2014). Kalça ve diz artroplastisi cerrahisi son otuz yılda önemli oranda gelişme göstermiştir (Şendir ve ark., 2013). Cerrahi teknik ve protez teknolojisinin gelişmesi ile birlikte artroplasti endikasyonları genişlemiş, daha önce cerrahi aday olmayan hastalar endikasyon kapsamına girmiştir.Ayrıca Dünya nüfusunun yaşlanması (<http://www.who.int/topics/ageing/en/>, Erişim tarihi: 20 Kasım 2016) obezite artışı (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>, Erişim tarihi: 20 Kasım 2016) nedenleri ile artroplastie olan ihtiyacın artacağı ve gelecekte daha fazla artroplasti uygulaması yapılacağı düşünülmektedir (Pivec ve ark., 2012; Ekşioğlu ve Gürçay, 2013).

Kalça ve diz artroplastisi, bireylerin hareket sistemini dolayısıyla günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir. Ameliyat sonrası bireyler günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlük çekmekte ve çok fazla bilgiye gereksinim duymaktadırlar (Açıksöz ve Uzun, 2007; Dal ve ark., 2012). Ulusan'ın (2008) kalça artroplastisi sonrası taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerini belirleyen çalışmasında, hastaların %86.7'sinin taburcu olmadan önce verilen bilgiyi yeterli bulmadığı ve %41.8'inin fiziksel aktivite, %21.9'unun ilaç kullanımı, %16.5'inin ağrı kontrolü konusunda bilgi almak istediği saptanmıştır. Şendir ve ark. (2013) total kalça ya da diz artroplastisi sonrası hastaların tedavi ve komplikasyonlar, yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesini geliştirme konularında öğrenim gereksinimlerinin öncelikli olduğunu saptamışlardır. Bu dönemde hasta uyumunun artırılması için bilgi gereksinimlerinin doğru belirlenmesi ve bu gereksinimlerin karşılanması çok önemlidir (Johansson ve ark., 2002; Lin ve ark., 2005; Bilik, 2006; Şendir ve ark., 2013).

Literatür gözden geçirildiğinde kalça ya da diz artroplastisi hastalarının taburculuktaki bilgi gereksinimleri hakkında az sayıda çalışmaya rastlanmıştır (Johansson ve ark., 2002; Şendir ve ark., 2013). Hastaların sağlıkları ile ilgili değişikliklerle başa çıkabilmelerini kolaylaştırmak, bakım kalitesini geliştirmek, komplikasyonları azaltmak, hasta memnuniyetini arttırmak ve psikolojik rahatlık sağlamak için hastaların öğrenim gereksinimlerinin ve önceliklerinin belirlenmesi önemlidir (Uzun ve ark., 2011; Şendir ve ark., 2013; Yıldız, 2015; Dursun ve Yılmaz, 2015).

Ortopedik cerrahi hastalarının bakım yönetiminde en sık karşılaşılan ruhsal sorunlar anksiyete ve depresyondur. Ortopedi ve travmatoloji kliniğinde yatan hastalar ile yapılan çalışmaların sonucunda, bu hastalarda depresyon ve anksiyete bozukluğu görülme oranlarının diğer kliniklerde yatan hastalardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (Crichlow ve ark., 2006; Riediger ve ark., 2010). Anksiyete ve depresyon, hastaların motivasyonunu, enerjisini, hastalıkla başa çıkmasını ve hastaların tedaviye bağlılığını olumsuz yönde etkilemektedir (Açıksöz ve Uzun, 2007). Artroplasti uygulanan hastalara, hastalık ve tedavi hakkında yeterli bilgi sağlanmaması, anksiyete artışına neden olmakta, fiziksel uyumu, ambulasyon sürecini etkilemekte ve proteze yönelik stresi de arttırmaktadır (Barksdale ve Backer, 2005).

1.2.Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, kalça ya da diz artroplastisi uygulanan bireylerin öğrenim gereksinimleri ile anksiyete ve depresyon durumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.3.Araştırma Soruları

- Kalça ya da diz artroplastisi geçiren bireylerin öğrenim gereksinimleri öncelikleri nelerdir?
- Kalça ya da diz artroplastisi geçiren bireylerin sosyo-demografik özellikleri öğrenim gereksinimlerini etkiler mi?
- Kalça ya da diz artroplastisi geçiren bireylerin anksiyete ve depresyon durumları nedir?
- Kalça ya da diz artroplastisi geçiren bireylerin sosyo-demografik özellikleri, anksiyete ve depresyon durumlarını etkiler mi?
- Kalça ya da diz artroplastisi geçiren bireylerin öğrenim gereksinimleri ile anksiyete ve depresyon durumları arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Artroplasti ve Epidemiyolojisi

Hareketi azalmış ya da hareketsiz olan ekleme, cerrahi girişimle fonksiyon kazandırılmasına artroplasti denir. Artroplasti, eklemi oluşturan kemiklere cerrahi girişimle yeniden şekil verilerek ya da protez uygulanarak yapılır (Erdil ve Elbaş, 2008). Kalça ve diz eklemleri en fazla protez uygulanan eklemlerdir ve genellikle elektif cerrahi olarak yapılır (Yavuz, 2014).

Kalça ve diz artroplastisi sayısı OECD [Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü)] ülkelerinde 2000 yılından itibaren hızla artmıştır. Ortalama kalça artroplastisi 2000 ve 2013 yılları arasında yaklaşık %35 oranında artmıştır. Diz protezi oranı da neredeyse iki katına çıkmıştır. Fransa'da 2000-2013 yılları arasında artmış olup kalça artroplastisi %15; diz artroplastisi oranı ise %90 oranında artmıştır. Almanya'da bu cerrahi girişimler son yıllarda aynı oranda devam etmektedir (<http://www.oecd-ilibrary.org>, Erişim tarihi: 06 Mart 2016).

Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl yaklaşık 250,000 kişi total kalça artroplasti ameliyatı geçirmektedir (Gray and Pratt, 2013). İngiltere Ulusal Eklem Kayıtları'na göre 2015 yılında yaklaşık 100,000 kişi kalça; 105,000 kişi ise diz ameliyatı geçirmiştir (<http://www.njrcentre.org.uk>, Erişim tarihi: 07.03.2016). Ülkemizde uygulanan kalça ve diz artroplastisi ameliyatlarına ilişkin Devlet İstatistik Enstitüsü ve Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistiklerinde kayıtlı bir bilgiye ulaşamamıştır. Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013 verilerine göre Türkiye'de osteoartrit tanısı alan kişi oranı %6,5'tir. Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014 verilerine göre kas iskelet sistemi ve bağ dokusu hastalıkları nedeniyle hastanede yatma oranı ise %4,6 olarak belirtilmiştir (www.saglik.gov.tr, Erişim tarihi: 07.03.2016). Obezitenin ve yaşlı nüfusun artması nedeni ile gelecekte artroplasti oranlarının giderek artacağı düşünülmektedir (Pivec ve ark., 2012; Ekşioğlu ve Gürçay, 2013).

2.2. Kalça Artroplastisi

Total kalça artroplastisi, uzun süreli konservatif tedaviye yanıt vermeyen, ciddi kalça ağrısı ve fonksiyon kaybının olduğu durumlarda zedelenmiş kalça eklemine yapay bir eklemle değiştirilmesi ameliyatıdır. Total kalça protezi ameliyatı, total kalça

replasmanı olarak da adlandırılmaktadır (Yavuz, 2014; <http://www.niams.nih.gov>, Erişim tarihi: 20 Kasım 2016).

Birçok çeşit kalça protezi vardır. Bir çoğunda femur başı ve ona oturan plastik bir asetabular cebe bağlı yuvarlak top bulunur. Total kalça protezlerinde, asetabular protez genellikle polietilen plastikten; femoral protez ise, metalden genellikle paslanmaz çelikten yapılmıştır. Cerrah, hastaya en uygun protezi seçerken, hastanın iskelet yapısını ve aktivite düzeyini göz önünde bulundurur. Hastalar genellikle 60 yaş civarı ve üzerindedir. Günümüzde ciddi hasar görmüş, ağrılı kalça eklemleri olan genç hastalara da total kalça artroplastisi uygulanmaktadır (Erdil ve Elbaş, 2008; Yavuz, 2014).

Kalça eklemine geri dönüşümsüz hasar gördüğü yapısal ve işlevsel bozukluklarda eklem, total kalça veya parsiyel kalça artroplastisi uygulanmaktadır. Sadece femur başının ya da asetabulumun yerine protez yerleştirilmesine parsiyel kalça artroplastisi (hemiartroplasti); femur başının ve asetabulumun çıkartılarak, yapay eklemlerle değiştirilmesi işlemine ise total kalça artroplastisi denir (Erdil ve Elbaş, 2008).

Total kalça artroplastisi, kalça fonksiyonlarının geri kazanımını ve kalça ağrısının giderilmesini sağlayarak bireylerin yaşam kalitesini artırır. Bin dokuz yüz altmışlı yıllarda Bir İngiliz cerrahı olan John Charnley tarafından ilk defa tasarlanmış olan total kalça artroplastisi günümüzde en başarılı ortopedi ameliyat yöntemlerinden biridir. Dünya genelinde uygulanan bir milyondan fazla total kalça artroplastisinin %90'ı osteoartrit nedeniyle yapılmaktadır (Pivec ve ark., 2012).

2.2.1.Kalça Artroplastisinin Uygulanma Amacı

Kalça artroplastisi hastanın ağrısını gidermek ya da azaltmak,eklem fonksiyonunu düzeltmek ve geliştirmek, hastanın hareket düzeyini artırarak normal yaşam biçimi sürdürmesine olanak sağlamak ve hastanın yaşam kalitesini yükseltmek amacı ile uygulanmaktadır (Erdil veElbaş, 2008; <http://www.niams.nih.gov>, Erişim tarihi: 20 Kasım 2016).

2.2.2.Kalça Artroplastisinin Endikasyonları

Total kalça artroplastisinde en önemli endikasyon ağrıdır. Ağrısı olmayan hastalarda mümkün olduğunca konservatif tedavi uygulanmaktadır (Başal ve ark., 2015). Kalça artroplastisinin en sık uygulandığı durumlar; romatoid artrit, juvenil artrit, ankilozan

spondilit, femur başı avasküler nekrozu, travmatik artrit, artrozun eşlik ettiği kalça kırıkları, proksimal femuru veya asetabulumu içeren kemik tümörü, dejeneratif eklem hastalıkları (osteoartrit, hipertrofik), konjenital kalça çıkığı ya da kalça displazisi, perthes, osteomyelit ve piyojenik artrit, tüberküloz, konjenital subluksasyon veya dislokasyon, kalça füzyonu veya psödoartroz, kalıtsal bozukluklar (örneğin akondroplazi) ve daha önce başarısız olmuş artroplastisi ameliyatlarıdır (Harkess ve Crockarell, 2012; Yavuz, 2014; Başal ve ark., 2015).

2.2.3. Kalça Artroplastisinin Kontrendikasyonları

Aktif lokal veya sistemik enfeksiyon varlığı, belirgin tıbbi problemlerin eşlik etmesi (anastabil anjina, kalp krizi, ağır anemi), parapleji, kuadripleji, ağrı duyusunun eşlik etmediği kalıcı kas güçsüzlüğü kalça artroplastisinin kesin kontrendikasyonlarından. İntravenöz ilaç bağımlılığı, kronik böbrek yetmezliği, ciddi dahili hastalıklar, Charcot eklem, morbid obezite, progresif nörolojik kayıp, abdüktör kas zayıflığı, demans, alkolizm, iskelet matüritesinin gelişmemiş olması, rehabilitasyona imkan sağlamayacak düzeyde mental ve nörolojik bozukluk olması, hastanın motivasyon eksikliği görece kontrendikasyonlardır (Başal ve ark., 2015).

2.2.4. Kalça Artroplastisinin Komplikasyonları

Kalça artroplastisinin komplikasyonları intraoperatif, erken postoperatif ve geç postoperatif olarak ayrılmaktadır (Harkess ve Crockarell, 2012). İntraoperatif komplikasyonlar; kırık, damar ve sinir yaralanması, çimentolamaya bağlı hipotansiyon, anestezi ve kan kaybına bağlı komplikasyonlardır (Başal ve ark., 2015). Ameliyat sonrası oluşabilecek erken dönem komplikasyonları; ödem, ağrı, erken protez kayması (diskolasyon), hematoma, enfeksiyon, femur kırıkları, pulmoner emboli, derin ven trombozu, kanama, tromboflebit ve tromboembolidir. Geç komplikasyonlar ise geç protez kayması, sinir ve damar lezyonları, asetabulumun perforasyonu, şaft kırıkları, şaft perforasyonu, osteolizis, aseptik gevşeme, implant yetmezliği ve kırığı, bacak uzunluk farkı, psödotümör gelişimi, periprostetik kırık, heterotropik ossifikasyon ve kardiyovasküler komplikasyonlardır (Harkess ve Crockarell, 2012; Başal ve ark., 2015).

2.3. Diz Artroplastisi

Total diz artroplastisi romatoid artrit, osteoartrit, posttravmatik artrit ve diğer nonspesifik artritler sonucu dejenere olmuş, şiddetli ağrı, fonksiyon bozukluğu gibi

şikayetlere neden olan eklem yüzeyinin (tibial, femoral ve patellar eklem yüzeyleri) metal ve plastikten hazırlanmış protezlerle değiştirilmesidir. Ağrı, hareket kısıtlılığı, deformite, instabilite nedeniyle günlük aktiviteleri kısıtlanmış hastalarda konservatif tedavi yöntemleri ile beklenen düzelme sağlanamamış veya artroskopik debridman diz çevresi osteotomileri gibi cerrahi girişimler ile sonuç alınamamış ise bu hastalara total diz artroplastisi uygulanır (Yavuz, 2014).

2.3.1.Diz Artroplastisinin Uygulanma Amacı

Diz artroplastisinin uygulanma amacı; şiddetli ağrının giderilmesi, deformitelerin düzeltilmesi ve fonksiyonel bir hareket genişliği sağlanmasıdır (Erdil ve Elbaş, 2008; Yavuz, 2014).

2.3.2.Diz Artroplastisinin Endikasyonları

Kronik ağrı ve fonksiyon bozukluğunun en yaygın sebebi artritir. Artritin çok fazla türü bulunmaktadır. Diz artroplastisinin sıklıkla uygulandığı durumlar; osteoartrit, romatoid artrit, posttravmatik osteoartroz, yüksek tibial osteotominin yetersizliği, patella femoral osteoartritidir (Hohler, 2008; <http://www.orthoinfo.org>, Erişim tarihi: 16.03.2016).

2.3.3.Diz Artroplastisinin Kontrendikasyonları

Total diz artroplastisinin kesin kontrendikasyonları; aktif sepsis, devam eden enfeksiyon kaynağı, ekstansör mekanizmanın süreksizliği ya da şiddetli disfonksiyonu, kas güçsüzlüğüne bağlı rekurvatum deformitesi ve ağrısız, iyi işleyen diz artrodezi varlığıdır. Diğer rölatif kontrendikasyonlar, opere olacak bacağın ciddi aterosklerotik hastalığı, operasyon alanında sedef hastalığı gibi cilt sorunları bulunması, selülit nedeniyle venöz yetmezlik hastalığı, nöropatik artropati, morbid obezite, üriner enfeksiyonlar ve dizin yakınında osteomyelit öyküsü bulunmasıdır. Hastanın ameliyat sonrası sonucunu olumsuz etkileyebilecek ameliyat öncesi durumlar rölatif kontrendikasyonlar olarak kabul edilebilir (Mihalko, 2012).

2.3.4.Diz Artroplastisinin Komplikasyonları

Enfeksiyon (%2-%3), ekstansör mekanizma sorunları, patellar komponent gevşemesi (%0.6-%2.4), uygunsuz komponent yerleştirilmesi, periprostetik kırıklar (%0.3-%2), geçirilen operasyona bağlı yağ embolisi, pulmoner emboli (%0.5-3), derin ven trombozu, nörovasküler komplikasyonlar (%0.03-%0.2), peroneal sinir felci (%1-

%2), heterotopik ossifikasyon, ağrı, yara ile ilgili komplikasyonlar, hematoma ve cilt sorunları total diz artroplastisinin komplikasyonlarıdır (Mihalko, 2012).

2.4. Kalça ya da Diz Artroplastisinde Hemşirelik Bakım Yönetiminin Bir Parçası Olarak Öğrenim Gereksinimleri

2.4.1. Ameliyat Öncesi Öğrenim Gereksinimleri

Diz ve kalça artroplastisi ameliyatları hastayı ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve sonrası dönemde fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan etkilediğinden, hastaların ameliyat öncesinden başlamak üzere hazırlığı ve eğitimi oldukça önemlidir (Lucas, 2007; Erdil ve Bayraktar, 2010; Turhan, 2012). Ameliyat öncesi dönemde hemşirenin görevi; ameliyat olacak bireyin gereksinimlerini belirlemek, gerektiğinde yardım ederek birey, ailesi ve sağlık ekibi ile işbirliği içerisinde bakımın sürekliliğini sağlamaktır (Yavuz, 2014).

Kalça ve diz artroplastisi uygulanacak bireylerin fonksiyonel yetenek ve hareket durumu, enfeksiyon riskleri, kuadriseps kas gücü ve ağrı seviyesi değerlendirilmelidir. Bireylere ameliyat öncesi bacak egzersizleri öğretilir. Bu egzersizler ameliyat sonrası ağrıyı azaltma ve fonksiyonları arttırmaya yardımcı olur (Lucas, 2007; Lucas, 2008a). Total kalça ya da diz ameliyatı geçiren bireylerin yakınları da hastalarının bakımları konusunda endişeli olabileceklerinden, hasta yakınlarının gereksinimleri de dikkate alınmalıdır (Lucas, 2008a).

Ağrı Yönetimi

Kalça ve diz artroplastisi sonrası hastaların en kısa sürede hareket edebilmesi için ve rehabilitasyon programının başarılı olabilmesi için ağrının giderilmesi önemlidir. Ameliyat sonrası ilk 24-48 saatte, ağrının giderilmesinde, parasetamol ile birlikte geleneksel nonsteroid anti-inflamatuar ilaçlar ve opioid kullanımı, hasta kontrollü analjezi ya da epidural opiyatlar önerilebilmektedir (Fischer and Simanski, 2005; Lucas, 2008b). Hemşire farklı tür analjezi kullanımının yararlarını ve yan etkilerini bilmeli (Lucas, 2008b), ameliyat sonrası erken ve geç dönemde ağrıyı azaltmak için buz torbaları gibi uygulamalardan yararlanmalı ve hastayı bilgilendirmelidir (Yavuz, 2014).

Egzersizler

Total kalça artroplastisi sonrası derin solunum ve öksürük egzersizleri, etkilenmeyen ekstremiteye 2 saate bir aktif ROM (Range of Motion) egzersizleri, ameliyat olan ekstremiteye ayak bileği pompası, kuadriseps ve gluteal izometrik egzersizler öğretilir ve saatte 5-10 kez yaptırılır (Erdil ve Elbaş, 2008). Total diz artroplastisi sonrası ilk gün ayak bileğinin fleksiyon, dorsofleksiyon, dairesel hareketlerine ve kuadriseps germe egzersizlerine başlanır. Ağrı azaldıkça egzersizler artırılır. Kuadriseps yeteri kadar kuvvetlenince düz bacak kaldırma hareketlerine başlanır. Daha sonra aktif ekstansiyon hareketleri ile devam edilir. Hasta saat başı ayağına aktif fleksiyon yapması için teşvik edilir. Tromboflebiti önlemek için her iki ayak bileğine egzersizler yaptırılır. Sıkı pansuman çıkarıldıktan sonra ROM egzersizlerine başlanır (Erdil ve Elbaş, 2008; Yavuz, 2014; Ünlü, 2016).

Fleksiyonun daha çabuk kazanıldığı, derin ven trombozu riskini azalttığı, hastanede kalış süresini kısalttığı ve analjezik kullanımını azalttığı gerekçeleri ile bazı hastanelerde sürekli pasif hareket aracı [Continuous Passive Motion (CPM)] kullanıldığı belirtilmektedir (Yavuz, 2014; Ünlü, 2016). Fakat aracın fibula başına basınç yaparak fibular sinir komplikasyonlarına yol açması, dizde ekstansiyonun tam olarak saptanamaması, kuadriseps gücünün erken dönemde kazanılmasına engel olması gibi nedenlerle sınırlı olarak kullanılmaktadır. Bu makine dizin yumuşak bir şekilde değişmeyen bir hızda kıvrılıp, düzelmesini ve yavaş yavaş hareket etmesini sağlar. Ameliyattan sonra dizin hareket miktarını arttırmak için, bacağın katılığını azaltmak ve bacağı güçlendirmek amacı ile bükme dereceleri ilerleyici ve kademeli olarak arttırılarak kullanılmaktadır (Yavuz, 2014).

Ayağa Kaldırma ve Güvenli Çevre

Kalça artroplastisinden sonra 24-48 saat içinde hastalar yürüteç veya koltuk değneği yardımıyla dolaşmaya başlarlar. Yürürken ekleme ne kadar yük verileceği protez tipine ve cerrahi girişim yöntemine göre değişiklik gösterir. Genel olarak çimentolu protez uygulamalarında ekleme tam yük verilir. Hastaların büyük çoğunluğu ikinci gün yatakta oturtulur. Ancak 90°'yi aşan kalça fleksiyonuna izin verilmez. Ayrıca oturma süresi 30 dakikayı geçmemelidir (Erdil ve Elbaş, 2008; Yavuz, 2014).

Diz artroplastisi sonrası hastaların çoğu ameliyatın birinci gününde yatağında oturur ve tolere edebiliyorsa birinci ve ikinci günde ayağa kaldırılarak yürüme araçları

yardımı ile tam ağırlık vermeye hemen başlanır. Hasta diz eklemi 90° fleksiyona getirebilir duruma gelince ayağa kaldırılır. Koltuk değneği ya da yürüteç kullanımı genellikle ameliyat sonrası ilk 4-6 hafta önerilir (Lucas, 2008b; Erdil ve Elbaş, 2008; Yavuz, 2014).

Olası Komplikasyonları İzleme ve Yönetme

Tüm cerrahi prosedürlerde olduğu gibi kas-iskelet sistemi ameliyatlarından sonra da komplikasyonların önlenmesi ya da erken dönemde tanınması çok büyük önem taşımaktadır. Komplikasyonları önlemeye yönelik girişimlerin çoğunluğu hemşirelerin uygulama alanına girmektedir. Kalça artroplastisi sonrası erken dönemde ağrı, ödem, aşırı yara drenajı, enfeksiyon, tromboemboli, femur kırıkları, kalça protezinin dislokasyonu, basınç ülseri; uzun dönemde ise geç protez dislokasyonu, sinir ve damar lezyonları, asetabulum perforasyonları, heterotrofik ossifikasyon (periprostetik alanda kemik oluşumu), avasküler nekroz ve protezin gevşemesi gibi sorunlar ortaya çıkabilmektedir (Harkess ve Crockarell, 2012; Ünlü, 2016).

Diz artroplastisi sonrası erken dönemde ağrı, enfeksiyon, tromboemboli; uzun dönemde ise enfeksiyon ve protezin gevşemesi sorunları görülebilmektedir (Yavuz,2014; Ünlü, 2016). Komplikasyonların önlenmesi ya da erken dönemde tanınması, ortopedik cerrahi hastalarının hemşirelik bakımında anahtar role sahiptir. Hemşirenin total kalça ya da diz artroplastisine bağlı oluşabilecek komplikasyonları izlemesi ve erken dönemde fark etmesi yaşamsal öneme sahiptir. Evde ortaya çıkabilecek komplikasyonlara yönelik belirti bulguların hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi de önemlidir (Yavuz, 2014).

İnsizyon Yeri ve Drenajı İzleme

Ameliyat bölgesinde biriken sıvı ve kan genellikle portatif vakum aracıyla (hemovak) boşaltılır. Vakum aracının uygun çalışması, sıvı ve kan drenajını sağlayarak enfeksiyonu önler ve iyileşmeyi hızlandırır. İlk 24 saatte 200-500 ml akıntı olabilir. Ancak giderek azalır ve 48. saatte 30 ml'ye kadar azalır. Drenajın kesilmesinden sonra hemovak çıkarılır. Drenajın tipi, miktarı ve rengi kaydedilir. Akıntının beklenenden fazla olması ya da akışın birden kesilmesi durumunda doktor haberdar edilmelidir. Akut enfeksiyonu saptamak için insizyon bölgesi lokal ısı artışı,

kızarıklık, ağrı ve şişlik, kötü koku ve akıntı açısından izlenmelidir (Erdil ve Elbaş, 2008; Yavuz, 2014; Ünlü, 2016).

Venöz Tromboembolizmi Önleme

Tromboembolitik olaylar artroplastisi sonrası mortalite ve morbidite nedenleri açısından ikinci sırada yer almaktadır (Güler ve ark., 2015). Profilaksi kullanılmadığı durumda venöz tromboemboli görülme riski %40-60 oranındadır (Özkan ve ark., 2013). Derin ven trombozu her yaşta görülebilir ancak ilerlemiş yaşlarda ve hareketsiz hastalarda sıklığı artar. Obezite, aktif kalp ya da solunum sistemi yetersizliği ya da kişi ya da aile öyküsü venöz tromboembolizmin risk faktörleridir (Walker, 2012).

Hemşire derin ven trombozu ve pulmoner emboli ile ilgili koruyucu önlemleri almalı ve hastayı bilgilendirmelidir. Derin ven trombozu bulguları baldır ağrısı, şişme, hassasiyet ve gerginliktir. Pulmoner emboli bulguları; dispne, göğüs ağrısı, öksürük, hemoptizi, taşipne, taşikardi, ateş, anksiyetedir (Tanrıverdi ve Abakay, 2012). Hemşire hastanın yeterli sıvı almasını, uyanık olduğu her saat başı ayak ve bilek egzersizleri yapması, elastik çorap, belli aralıklarla basınç uygulayan bandaj kullanması, uygunsa ameliyat sonrası birinci günde yataktan yardımla kalkması ve dolaşmasını sağlamalı ve hastayı bilgilendirerek onayını almalıdır (Erdil ve Elbaş, 2008; Walker, 2012; Yavuz, 2014). Kalça ve diz artroplastisi ameliyatlarından sonra derin ven trombozu profilaksisi için hekimin önerisi doğrultusunda düşük doz heparin, fraxiparine veya enoxaparin ve benzeri ilaçlar kullandığından, bireyler kanama açısından izlenmeli ve gerekli kontroller yapılmalıdır (Walker, 2012). Kanıta dayalı rehberler doğrultusunda en az 10 gün düşük molekül ağırlıklı heparin profilaksisi uygulanmalı, taburculuk sonrası 35 güne kadar devam edileceği açıklanmalıdır (www.aaos.org, Erişim tarihi: 20.12.2016).

Enfeksiyonu Önleme

Total kalça ve diz artroplastisinin en ciddi yan etkilerinden biri enfeksiyondur. Protezin çıkartılmasına neden olabilir. Yaşlı, şişman, iyi beslenmemiş, diyabet, romatoid artrit, eş zamanlı enfeksiyon (örn; idrar yolu enfeksiyonu, diş absesi) ve büyük hematomları olan hastalar enfeksiyon için risk altındadır. Total eklem enfeksiyonları çok ağır sonuçlara neden olduğundan önlenmeleri gerekmektedir. Olası enfeksiyon odaklarından uzak durulması, önleyici antibiyotikler uygulanması,

idrar sondası varsa en kısa zamanda çıkartılması ve yeterli sıvı alımının sağlanması önerilir (Walker, 2012; Yavuz, 2014).

Protezin Kaymasını (Diskolasyon) Önleme

Total kalça artroplastisi sonrası hemşire hastaya bacağını abdüksiyona nasıl getireceğini öğreterek protezin kaymasını önlemeye yardımcı olur. Hastanın kalçası asla 90°'den fazla fleksiyona getirilmez. Kalça fleksiyonunu önlemek için hemşire yatağın başını 60°'den fazla kaldırmaz. Kalça eklemi fleksiyonunu en aza indirmek için yüksek koltuklu sandalyeler, arkaya yarım olarak dayanan tekerlekli sandalyeler ve yükseltilmiş tuvalet oturakları kullanılabilir. Otururken hastanın kalçaları dizlerden daha yukarıda olmalıdır. Hastanın ameliyatlı bacağı otururken kaldırılmamalıdır. Hasta dizini kıvrabilir. Hasta hiçbir zaman bacak bacak üstüne atmamalı, çorap ve ayakkabı giymek için eğilmemelidir. Hastanın belden aşağısındaki giysileri giyerken (örneğin çorabını, ayakkabısını) özel araçlar kullanması önerilir (Erdil ve Elbaş, 2008; Yavuz, 2014).

Kalça protezine yönelik önlemler ameliyat sonrası dört aylık dönem içinde geçerlidir (Yavuz, 2014). Protezin sınırlarını aşan hareketlerde kayma oluşabilir. Hemşire, hasta ve yakınları protezin kayma belirtilerine karşı dikkatli olmalıdır. Bu belirtiler; ameliyat alanında ağrı, şişme ve hareketsizlikte artış, ameliyatlı kalçada akut kasık ağrısı veya artmış rahatsızlık, bacağın kısalması, ayağın içe ya da dışa anormal dönmesi, bacağı oynatabilme yeteneğinde azalma ve kalçada fırlama duygusudur. Evde veya hastanede bakımı sürdürülen hastanın protezinin yerinden çıkması durumunda hemen doktoruna haber verilmelidir. Yeni kalça eklemi ilk altı ay tüm dış etkenlerden korunmalıdır (Yavuz, 2014).

2.4.2. Ameliyat Sonrası ve Evde Bakım Gereksinimlerine Yönelik Öğrenim Gereksinimleri

Herhangi bir komplikasyon gelişmemişse kalça ve diz artroplastisi uygulanan hastalar 1-4 gün içerisinde taburcu edilirler. Taburcu olmadan önce hastalar; kendi kendine yatağa yatma ve yataktan kalkma, uygun ağrı kontrolünü sağlama, yeme, içme ve banyoyu kullanabilme, yardımcı araç gereçler (baston, yürüteç ve koltuk değneği) ile düz zeminde yürüyebilme, merdiven inip çıkabilme, belirlenen ev egzersiz programını uygulayabilme, yaralanmayı önleme ve iyileşmesi için gereken önlemleri anlayabilme hedeflerini gerçekleştirmiş olmalıdır. Birey bu hedefleri

başaramazsa, taburculuktan sonra eve gitmesi güvenli değildir (<http://orthoinfo.aaos.org>, Erişim tarihi: 14 Mart 2016).

Artroplasti sonrası yaklaşık üç-dört ay boyunca bireylerin hareketlerinde kısıtlılığın olması, hasta güvenliğini sağlamak ve sürdürmek açısından ev ortamında bir takım düzenlemelerin yapılmasını zorunlu hale getirmektedir (Wang ve ark., 2014). Kalça artroplastisi sonrası dislokasyonu engellemek için birey alçak sandalye, tuvalet ve yatak kullanmamalıdır (Lucas, 2008a). Evde uygun yatak ya da tuvalet bulunmadığı durumlarda hemşire, hastanın bu olumsuz koşullardan en az zarar göreceği şekilde düzenleme yapmasına yardımcı olmalı, ihtiyaç duyulacak araç gereçlere yönelik eğitime ağırlık vermelidir (Yaban ve Karaöz, 2007).

Ameliyat sadece hastanın değil ailesinin de rollerini değiştirebilir. Total kalça yada diz artroplasti ameliyatı sonrası iyileşme sürecinde bireyler sahip oldukları rolleri yerine getirmekte zorlanabilirler (Showalter'den aktaran Lucas, 2008a). Örneğin bireyler yaklaşık 6 hafta boyunca araba kullanamaz. Çocuklarını okula götüren birey bu süreçte bunu gerçekleştiremez. Ameliyat sonrası bireyler ağır temizlik gibi ev aktivitelerini yerine getiremez (Showalter'den aktaran Lucas, 2008a). Bu durum ameliyat öncesi bireylere açıklanmazsa, ameliyat sonrası düş kırıklığı yaratabilir (Showalter'den aktaran Lucas, 2008a). Bu nedenle bireyler ameliyat öncesi bilgilendirilerek, ameliyat sonrasına yönelik uygun planlama yapmaları desteklenmelidir. Hemşire ya da varsa uğraş terapisti, bireyin sosyal destek durumunu değerlendirerek, hastanın alışverişine, temizliğine ya da giyinmesine yardımcı olacak eşi, arkadaşı ya da akrabası yoksa bireyleri yerel sosyal servislere ya da destek elemanına yönlendirebilir (Lucas, 2008a).

Total kalça ve diz artroplastisi uygulanan hasta ve yakınlarına taburcu olmadan önce bakımını mümkün olduğunca bağımsız ve güvenli şekilde sürdürmesi, ameliyat yapılan eklemi koruyarak günlük yaşam aktivitelerini yerine getirilebilmesi ve cerrahi sonrası evde yaşadıkları sorunların önlenmesi için verilecek eğitim ağırlı yönetimi, dinlenme ve önemi, ilaç kullanımı, yardımcı araçların güvenli kullanımı, enfeksiyondan korunma ve hijyen, yara bakımı, ev ortamının fiziksel engeller açısından değerlendirilmesi ve düzenlenmesi, ameliyat sonrası hareket ile ilgili sınırlar, kuadriseps güçlendirme egzersizleri, aktivitelerin ve önerilen hareket planının giderek arttırılması, aktiviteleri uygulama zamanları, beslenme şekli ve

sağlık kurumuna başvurulması gereken durumlar gibi başlıklarını içerebilir (Yaban ve Karaöz,2007; Erdil ve Elbaş, 2008; Dal ve ark., 2012; Yavuz, 2014).

Uyarı Bulgusu Olarak Ağrı ve Kontrolü: Kalça protezi uygulanan hastaların deneyimlerinin araştırıldığı çalışmada, hastaların eve döndükten sonra genellikle hareket etmekle başlayan ağrı deneyimledikleri belirlenmiştir (Yaban, 2006). Dal ve ark. (2012) cerrahi girişim sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlarayönelik çalışmalarında bireylerin %70.9'unun ağrıya ilişkin sorunlar yaşadıklarını saptamıştır. Bu nedenle bireylerin evde bakımlarında ağrı kontrolü konusunda bilgilendirilmeleri önemlidir. Bireyin aktivitelerini düzenli ve kademeli arttırması, ağrıyı artıran durumlardan kaçınması ve ağrısı olduğunda aralıklı dinlenmenin sağlanması, dikkati başka yöne çekme gibi yöntemleri uygulaması ve analjezik ilaç kullanımı hakkında bilgi verilmelidir (Tokem ve Taşdemir, 2015). Ameliyat sonrası yaş, cinsiyet, kültürel ve kişilik özellikleri, psikolojik yönden ameliyata hazırlanma, girişim yeri ve büyüklüğü, hizmet sağlayanların tutumu, premedikasyon, hastanın ağrıya karşı bireysel yanıtı ve eşlik eden hastalıkların bulunmasının ağrıyı etkilediği ve ağrının bireysel bir deneyim olduğu unutulmamalıdır (Aslan, 2014; Güler ve ark., 2015).

İlaç Kullanımı: Artroplasti sonrası sıklıkla analjezik, antikoagülan, antibiyotik, laksatif ve antiemetik kullanımı önerilmektedir. Antikoagülanlar derin ven trombozuna karşı profilaktik olarak uygulanır (<http://orthoinfo.aaos.org>, Erişim tarihi: 14 Mart 2016). Birey varfarin alıyorsa haftada bir, enoksaparin, düşük molekül ağırlıklı heparin alıyorsa daha az sıklıkla koagülasyon durumunun izlenmesi ve ayarlanması önemlidir (Tokem ve Taşdemir, 2015). Bireylere kullanacakları ilacın adı, etkisi, hangi sıklıkla kullanılacağı, kullanım miktarı, ne kadar süreyle kullanılacağı, ilacın yan etkisi ve kullandığı başka ilaçlarla olan etkileşimleri konusunda bilgi verilir (Yavuz, 2014; <http://orthoinfo.aaos.org>, Erişim tarihi: 14 Mart 2016).

Yardımcı Araç Kullanımı: Bireylere yürüteç ya da koltuk değneği gibi araçları nasıl kullanacakları, kullanırken nelere dikkat edecekleri konusunda bilgi verilmelidir.Yürüteç kullanan bireylere önce ameliyatlı bacağın, sonra sağlam bacağın yürüteç içine atılması ve yürütecini kaldırılarak hareket edilmesi gerektiği açıklanır. Bireye ameliyatlı bacağa izin verilenin üzerinde ağırlık verilmemesi ve

yürüten hekimin/fizyoterapistin belirlediği süre boyunca kullanması konusunda bilgi verilir. Koltuk değneği kullanan bireylere ise ağırlığın koltuk altına değil, avuç içlerine verilmesi önerilir. Koltuk değneği kullanan bireyler merdiven çıkarken önce ameliyat olmayan bacakla basamağa çıkmalı, sonra ameliyatlı bacak ve en son ise her iki koltuk değneği basamağa yerleştirilmelidir. Merdivenden inerken, önce koltuk değnekleri bir alt basamağa yerleştirilmeli, sonra ameliyatlı bacak, daha sonra ameliyat olmayan bacak basamağa indirilmelidir. Bireye uygulamalı olarak gösterilmelidir (Yavuz, 2014; <http://orthoinfo.aaos.org>, Erişim tarihi: 16 Mart 2016). Kalça artroplastisi uygulanan hastaya kalçasını 90°'den fazla fleksiyona getirmeksizin, yataktan tekerlekli sandalyeye nasıl geçeceği öğretilir (Erdil ve Elbaş, 2008).

Evde Güvenli Çevre Oluşturma: Güvenli çevre oluşturmaya yönelik düzenlemeler hasta hastaneye yattığı anda başlamalıdır. Bireyler evde gelişebilecek kazaların önlenmesi ve evde güvenli ortam sağlanması için, zeminden elektrik kabloları, halı, kilim, paspas gibi düşmelere neden olabilecek nesnelerin kaldırılması, sık kullanılan eşyaların kolay ulaşılabilir yerlere konulması, merdivenlerde parmaklık ve tutunacak yerlerin bulunması, banyonun düşmeleri önleyecek şekilde düzenlenmesi konusunda bilgilendirilmelidir (Lucas,2008b).

Enfeksiyondan Korunma ve Yara Bakımı: Bireye ameliyat yarasının kuru ve temiz tutma, yara enfeksiyonu bulgularını tanıma (ağrı artışı, şişme, akıntı, ateş) ve ameliyat sonrası dikişlerin alınacağı zaman (yaklaşık 10-14 gün sonra) konularında bilgi verilmesi gerekir (Yavuz, 2014).Bireyler dikişleri alındıktan 24 saat sonra banyo yapabilecekleri, banyo yapmak için uygun yüksek sandalye gibi bir yere oturulması ve küvete oturmaktan kaçınılması konusunda bilgilendirilmelidir (Yavuz, 2014;<http://orthoinfo.aaos.org>, Erişim tarihi: 14 Mart 2016).

Beslenme: Bireylerin beslenme konusunda desteklenmesi yara iyileşmesinin sağlanması ve komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir. Ameliyat sonrası yeterli sıvı, protein, vitamin, mineral ve posa alımı çok önemlidir. Kalça ve diz artroplastisi ameliyatı geçiren bireylerin antikoagülan (varfarin) kullandıkları sürece aşırı K vitamini tüketmemeleri önerilmektedir. Aşırı K vitamini tüketimi INR seviyelerinde dalgalanmalara, kanama ve trombozlara sebep olabileceğinden bireyler K vitamininden zengin besinler (brokoli, karnabahar, yeşil fasulye, nohut, karaciğer,

mercimek, ıspanak, lahana, marul, soğan gibi) konusunda bilgilendirilmelidir. Birey kalça ya da diz eklemine aşırı yük oluşturmamak için yüksek kalorili besinler almamaya özen göstermeli ve kilo almaktan sakınmalıdır (<http://orthoinfo.aaos.org>, Erişim Tarihi: 14 Mart 2016).

Kontroller: Eklem replasmanı geçiren bireylerde ameliyattan yıllar sonra kas kuvvetlerinde azalma, fleksibilitede azalma ve yürüme bozuklukları görülebileceğinden uzun süreli takip edilmelidir (Ekşioğlu ve Gürçay, 2013). Bireye kontrole gelme zamanı hakkında bilgi verilir. Ayrıca birey yaşam sürecinde yapılacak periyodik takiplerde röntgen isteneceği konusunda bilgilendirilir (Tokem ve Taşdemir, 2015).

Sağlık Kurumuna Başvurulması Gereken Durumlar:

- Protezin yerinden kaydığını gösteren ağrı artışı, bacakta kısılma, bacağı oynatamama, kalçada oynama hissi, anormal dönme,
- Derin ven trombozunu gösteren baldır ve bacakta ağrı, hassasiyet, şişlik, damar boyunca kızarıklık,
- Yara yeri enfeksiyonunu gösteren şişme, pürülan akıntı, ağrı, ateş,
- Pulmoner emboliyi gösteren dispne, taşipne, göğüs ağrısı,
- Sinir ya da damar zedelenmesini gösteren ayakta ve bacakta duyu kaybı, soğukluk, solgunluk, uyuşukluk olduğunda bireylerin sağlık kurumlarına başvurması gerektiği açıklanır (Yavuz, 2014).

İşe Başlama Zamanı: İşe başlama zamanı, bireyin iyileşme hızına ve mesleğindeki hareket durumuna göre değişmektedir. Hastalar yaklaşık 8-12 hafta sonra işlerine geri dönebilirler (Lucas,2008a).

Bireylere sakıncalı hareketler, yatma, uyku pozisyonu, oturma, araba kullanma, yardımcı araç kullanımı, cinsel yaşam, banyo yapma ve giyinme konularında bilgi verilmelidir (<http://orthoinfo.aaos.org>, Erişim Tarihi: 14 Mart 2016).

Sakıncalı Hareketler: Dislokasyonun önlenmesi için kalça artroplastisi sonrası 4-6 hafta boyunca etkilenen kalçanın aşırı iç rotasyonu, addüksiyonu ve 90° fleksiyonundan kaçınılmasının önemi konusunda bilgilendirilmelidir. Verilen bilgilerin anlaşılıp anlaşılmadığını belirlemek için geri bildirim alınması ve uygulamalı olarak izlenmesi önemlidir. Addüksiyonun önlenmesi için, 4-6 hafta

boyunca abduksiyon yastığı kullanılır, araba kullanmaktan, bacak bacak üstüne atmaktan, arkadaki bir objeye ulaşmak için eğilmekten sakınmalı ve en az 4-6 hafta boyunca küvette banyo yapmamalıdır. 90°'lik kalça fleksiyonunu önlemek için eşyalar uygun duruma (yükseltilmiş tuvalet koltukları, sandalye altında platform kullanımı, ulaştırıcı obje kullanımı, uzun saplı ayakkabı ve çorap çekekleri gibi) getirilmelidir (Tokem ve Taşdemir, 2015).

Uyku Pozisyonu: Kalça artroplastisi sonrası bireylere en az 6 hafta süreyle sırtüstü dinlenirken veya uyurken bacaklarının arasına yastık koyması ve bacaklarının arasında yastık varken ameliyat olmayan kalça tarafına yan yatabileceği açıklanmalıdır (Erdil ve Elbaş, 2008; Yavuz, 2014). Diz artroplastisi sonrası birey sırtüstü, yan ya da yüz üstü pozisyonda uyuyabilir (<http://orthoinfo.aaos.org>, Erişim tarihi: 14 Mart 2016).

Oturma: Uzun süre oturmak bireylerde fleksiyon kontraktürü gelişmesine neden olabilir. Bu nedenle bireyin 45 dakikadan uzun süre oturmaması, her 1-2 saatte bir küçük yürüyüşler yapması önerilir (Erdil ve Elbaş, 2008; Ünlü, 2016). Ayrıca aşırı fleksiyonun önlenmesi için yüksek ve kollu sandalyeye oturulması, tuvalet yükselticisi kullanılması, yer tuvaleti kullanmaması, oturup kalkarken protezli bacağın önde tutulması, sağlam bacak ve ellerden destek alarak, etkilenen kalça eklemi bükmeden ve ağırlık vermeden kalkması konusunda bilgilendirilmelidir. Diz artroplastisi sonrası uzun süre oturmaya bağlı dizde şişme olabilir. Hastalar uzun süre oturmamaları konusunda bilgilendirilmelidir (Yavuz, 2014; <http://orthoinfo.aaos.org>, Erişim tarihi: 16 Mart 2016).

Araç Kullanma: Bireylere ameliyattan 6-8 hafta sonra araç kullanabilecekleri ancak reflekslerde yavaşlama olacağı için dikkatli olmaları gerektiği açıklanmalıdır. Ayrıca sık pozisyon değişimi mümkün olmadığı durumlarda uzun seyahatlerden kaçınılmalıdır (Erdil ve Elbaş, 2008; <http://orthoinfo.aaos.org>, Erişim tarihi: 14 Mart 2016).

Cinsel Yaşam: Kalça eklemi aşırı abduksiyonundan ve fleksiyonunda kaçınmak için seksüel aktiviteler ilk 3-6 ayda bağımlı pozisyonda (sırt üstü düz) yapılmalıdır (Yavuz, 2014). Diz artroplastisi sonrası birkaç hafta sonra seksüel aktivitelere başlanabilir (<http://orthoinfo.aaos.org>, Erişim tarihi: 14 Mart 2016).

Giyinme: Bireyler pantolon, çorap ve ayakkabı giymek için öne eğilmemeleri ve uzun saplı ayakkabı çekeceği kullanmaları ve alçak topuklu ayakkabılar giymeleri konusunda bilgilendirilmelidir (Yavuz, 2014). Bireylere varis çorabını, eski aktivitelerini tam olarak yapmaya başlayıncaya kadar giymeleri önerilir (Erdil ve Erbaş, 2008).

2.5. Artroplasti ve Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesinin Önemi

Sağlık sistemindeki değişiklikler ve gelişmeler, daha etkili tedavi yöntemleri, sağlık hizmetlerindeki maliyetin artması ve hastane enfeksiyonunun önlenmesi gibi nedenlerle kalça ya da diz artroplastisi uygulanan hastaların hastanede yatış süresi kısalmıştır (Şenyuva ve Taşocak, 2007; Kaya, 2009). Buna bağlı olarak hasta ve ailesinin tedavi sonrası bakım ve izlem sorumlulukları artmaktadır. Hastaların evde tedavilerini uygulayabilmeleri, kendi bakımlarını yapabilmeleri, komplikasyonlardan korunabilmeleri, gelişebilecek komplikasyonları erken dönemde saptayabilmeleri ve bozulan vücut fonksiyonları ile baş edebilmeleri için öğrenim gereksinimlerinin giderilmesi gerekir (Şenyuva ve Taşocak, 2007; Marcus, 2014).

Yapılan çalışmalarda hasta gereksinimlerine yönelik yapılan eğitimin ameliyat sonrası dönemde evde karşılaşılabilecek sorunların hasta tarafından daha iyi fark edilmesine yardımcı olduğu, eğitim uygulanan hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede daha az sorun yaşadığı, komplikasyonların görülme oranının (Cebeci ve Çelik, 2008), morbidite ve mortalite oranlarının azaldığı, hastaların hemşirelik bakımı ile ilgili memnuniyetlerinin arttığı, anksiyete (Johansson ve ark., 2005), ağrı, hastaneye tekrarlı yatışların ve maliyetin azaldığı, hastaların yaşam kalitesinin arttığı belirtilmektedir (Pieper ve ark., 2006).

Cerrahi girişim sonrası hastaneden taburcu olan bireylerin bakım ihtiyacı sonlanmaz. Bakım ihtiyacı, taburculuktan sonra haftalarca, hatta aylarca devam edebilir (Hadjistavropoulos ve ark., 2009). Ortopedik ameliyat geçiren bireyler taburculuk sonrası sıklıkla pansuman, harekete yardımcı cihazlar, ilaçlar, diyet ve egzersizler gibi durumlarla baş etmek zorunda kalırlar. Bireylerin başka sağlık problemlerinin bulunması iyileşme dönemlerini daha karışık hale getirebilir (Oullet ve ark., 2003).

Ameliyat nedeni ile stres yaşayan bireyler yeniden uyum sağlamak, bağımsız duruma gelmek ve etkili baş etme davranışları geliştirmek için bilgi ve destek arayışına

girerler (Lazarus'tan aktaran Çatal ve Dicle, 2008). Hastaneye yatan ve cerrahi girişim geçiren bireylerin yaşamlarının kontrolünü tekrar kazanabilmeleri, sağlıkları ile ilgili sorunlarını çözümleyebilmeleri için sağlıklı bir bireyden daha fazla bilgiye, desteklenmeye, kabullenilmeye, anlaşılmaya ve açıklamaya gereksinimleri vardır (Birol, 2002; Oullet ve ark., 2003). Orgun ve Şen (2012)'in yaptıkları çalışmada tüm cerrahi kliniklerde yatan hastaların eğitime ihtiyaç duydukları bulunmuştur. Bu nedenle hastaların geçirdikleri cerrahi girişime göre taburculuk gereksinimlerinin değişmekte olduğu göz önünde bulundurularak hasta ve yakınlarının eğitimlerinin planlanması gerektiği önerilmektedir (Cebeci ve Çelik, 2008; Orgun ve Şen, 2012). Hastaların gereksinimlerine uygun verilen eğitim, cerrahi girişimin yarattığı stresi ve belirsizliği azaltacak ameliyat sonrası döneme uyumlarını kolaylaştıracaktır (Birol, 2002; Çatal ve Dicle, 2008). Hasta gereksinimlerine yönelik yapılan eğitim ameliyattan sonra hastanın evde yaşadığı sorunları azaltmada (Cebeci ve Çelik, 2008), anksiyete ve depresyonu azaltmada etkili olmaktadır (Cebeci ve Celik, 2011).

Yapılan çalışmalarda hastaların geçirdikleri cerrahi girişim, bulunduğu klinik ve beklentilerin taburculuk gereksinimlerini değiştirdiği görülmektedir (Johansson ve ark., 2002; Uzun ve ark., 2011; Orgun ve Şen, 2012; Dursun ve Yılmaz, 2015). Günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesinde önemli bir role sahip olan hareketin doğrudan etkilendiği kalça artroplastisi gibi bir cerrahi girişim geçiren hastalar, protez ile nasıl yürüyeceklerini, hareket ve pozisyonlarının nasıl olacağını, gelişebilecek komplikasyonları, bu komplikasyonları nasıl tanıyacaklarını ve önleyeceklerini, yapılması gereken egzersizleri tam olarak bilmemekte ve öğrenmeye gereksinim duymaktadırlar. Hastalar taburculuk sonrası günlük yaşam aktivitelerine ilişkin uyum güçlüğü yaşayabilmekte ve bu durum sonucunda ortaya çıkan komplikasyonlar nedeniyle tekrar hastaneye yatırılabilir (Johansson ve ark., 2002; Yaban, 2006).

İyi ve etkili bir eğitim planlanabilmesi için öncelikle hastaların ne öğrenmek istedikleri, hangi konuda neyi bilmek istedikleri belirlenmeli ve bu doğrultuda eğitimler planlanmalıdır. Bireysel gereksinimlerin saptanması hastaya verilen eğitimin daha yararlı ve verimli olmasını sağlayacaktır. En etkili sağlık eğitimi, olarak hasta ve hasta yakınlarına özgü sağlık gereksinimlerini anlayarak ve sonra bu gereksinimleri karşılayarak gerçekleştirilebilir. Hasta ve hasta yakınlarının öğrenim

gereksinimleri bireysel olarak belirlenip, bu doğrultuda eğitim verildiği takdirde hastalıkla baş etme ve problem çözme yetenekleri artacak, toplumda daha üretken ve kaliteli bir yaşam sürdürmeleri sağlanacak, hastayla birlikte yaşayan hasta yakınları da desteklenmiş olacaktır (Orgun ve Şen, 2012). Öğretim bireyin gereksinimleri dikkate alınarak planlanmalıdır (Yıldız, 2015).

Orgun ve Şen (2012) yaptıkları araştırmada hastaların en çok ilaçlar, yaşam aktiviteleri, tedavi ve komplikasyonlar ve cilt bakımı konularında öğretime ihtiyaç duydukları saptanmıştır (Orgun ve Şen, 2012). Jacops (2000)'un çalışmasında ise aktivitelere başlama zamanı, yara yeri bakımı, semptomlar ve önlenmesi, ağrı yönetimi, boşaltım ve kişisel bakım alanları, öncelikli öğrenme gereksinimlerini oluşturmaktadır (Jacops, 2000). Hastanede kalan bireylerin taburculuk sonrası bilgi gereksinimleri değerlendirildiğinde; komplikasyonların önlenmesi, ağrı yönetimi, yara bakımı, aktivite düzeyi, tedavi sonucu ve ilaç kullanımı, başvurulabilecek sağlık bakım merkezleri olarak bulunmuştur (Jacops 2000; Lee ve ark., 2007). Pieper ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları çalışmalarda, cerrahi girişim geçiren hastaların taburcu olurken en çok; insizyon/yara bakımı, ağrı kontrolü, günlük yaşam aktiviteleri, ilaç kullanımı, gelişebilecek komplikasyonlar, boşaltım ve yaşam kalitesi konularında bilgiye gereksinim duydukları belirlenmiştir (Pieper ve ark., 2006). Kalça protezi uygulanmış hastalarla yapılan çalışmada, hastaların telefon ile danışmanlık almak istedikleri konuların başında ağrı olduğu, daha sonra ameliyat olan bacakta şişlik, duyu değişiklikleri, yara bakımı, yolculuk yapma ve cinsel yaşam konularının geldiği saptanmıştır (Bilik, 2006). Açıksöz ve Uzun'un (2007) çalışmasında da, bireylerin ameliyat sonrası dönemde evde banyo yapma, tuvalete gitme gibi günlük yaşam aktivitelerini tek başlarına yapamadıkları, bu sorunların taburculuk ve sonrasındaki ilk birkaç haftada ciddi boyutlarda yaşandığı ve dördüncü haftadan itibaren yaşadıkları bu güçlüklerin azaldığı saptanmıştır (Açıksöz ve Uzun, 2007). Uzun ve arkadaşları (2011) genel cerrahi hastalarının taburculuk sonrası öğrenme ihtiyaçlarını belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada, hastaların taburculuk sonrası günlük yaşam aktiviteleri, deri bakımı gibi evde bakıma ilişkin bilgilere ihtiyaçları olduğu belirlenmiştir.

Uluslan (2008)'ın yapmış olduğu kalça protezi sonrası taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerini belirleyen çalışmada da hastaların çoğunluğunun (%86.7) taburcu

olmadan önce verilen bilgiyi yeterli bulmadığı ve %41.8'inin fiziksel aktivite, %21.9'unun ilaç kullanımı, %16.5'inin ağrı kontrolü konusunda bilgi almak istediği saptanmıştır. Türkiye'de yapılan bir başka çalışmada hastaların taburculuk aşamasındaki en fazla öğrenim gereksinimlerinin tedavi ve komplikasyonlar, yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesinin geliştirilmesi konusunda olduğu bulunmuştur (Şendir ve ark., 2013). Johansson ve arkadaşlarının (2002) kalça artroplastisi sonrası hastaların öğrenme gereksinimlerini incelediği çalışmada; hastaların, evde kendi bakımlarını nasıl yönetebilecekleri, komplikasyonlar, kullanacağı ilaçlar, yapmaları gereken egzersizler, tedavi ve evde günlük yaşam aktivitelerini sürdürme ile ilgili konularda bilgiye gereksinim duydukları belirlenmiştir. Şendir (2000) ise çalışmasında total kalça protezi uygulanan hastaların taburcu olduktan sonra ev işleri, ulaşım, merdiven çıkma, banyo, egzersiz yapma, giyinme ve yürüyüş ile ilgili sorunlar yaşadıklarını ortaya koymuştur. Yapılan bir çalışma total kalça protezi ameliyatı olan hastaların en fazla banyo, giyinme ve tuvalet gereksinimlerini gidermede zorlandıklarını ve başkalarına bağımlı olma duygusunu yaşadıklarını göstermektedir (Archibald, 2003). Bu olumsuz durumların önlenmesi hastaların öğrenim gereksinimlerinin giderilmesiyle mümkün olabilir (Şendir ve ark., 2013).

Ortopedik cerrahi uygulanan hastalarda dolaşım, ağrı, egzersiz ve özbakıma ilişkin sorunların diğer hastalardan daha fazla yaşandığı belirlenmiştir (Dal ve ark.,2012). Montin ve arkadaşları (2002) yaptıkları çalışmada; ortopedik hastaların ameliyat sonrası deneyimledikleri fiziksel sorunların başında ağrı olduğu ve ağrı yönetiminin taburculuk planlanmasında önemli olduğu saptanmıştır.

Hastanın eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi, uyum ve memnuniyetin arttırılmasında, maliyetin düşürülmesinde, özbakım davranışları oluşturmada, hastaların otonomilerinin arttırılmasında, ruhsal rahatlama sağlanmasında, yaşam kalitesinin yükseltilmesinde, morbidite ve mortalitenin azaltılmasında önemlidir. Hastanın eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi, bireyin tanı ve tedavisini anlamasına, kendi bakımına aktif katılmasına, hastalığı ile ilgili güçsüzlük duygusundan kurtulmasına, sağlığını yeniden kazanmasına, kısa sürede iyileşmesine, komplikasyonların önlenmesine ve bakımın evde sürdürülmesine yardım etmektedir (Şenyuva ve Taşocak, 2007; Öztürk ve ark., 2011). Literatürde hasta eğitimlerinin gerekli olduğu, bireysel özelliklerin dikkate alınarak yapılan eğitimlerin

karşılanmasında hemşirelerin önemli rollere sahip olduğu ve hastaların eğitim gereksinimlerini belirlemeye yönelik araştırmalara gereksinim olduğu belirtilmektedir (Kaya, 2009; Dursun ve Yılmaz, 2015). Ayrıca öğrenim gereksinimlerine yönelik olarak verilen eğitim, bireylerin özbakımlarını mümkün olduğunca bağımsız olarak gerçekleştirmelerini ve ruhsal sıkıntılarının azaltılmasını da sağlayabilir (Şenyuva ve Taşocak, 2007).

2.6. Artroplastide Anksiyete ve Depresyon

Hastalık, hastaneye yatma ve ameliyat olma, aile üyelerinden uzak kalma, ağrı verici birçok belirsiz tanı-tedavi işlemleri anksiyeteye neden olan ve sık karşılaşılan durumlardır. Bununla birlikte; özellikle total kalça ya da diz protezi ameliyatı gibi majör cerrahi girişimlerde; bireyin ameliyat sonrası deneyimlediği ağrı ve fiziksel uyum süreci anksiyeteye neden olmaktadır (Wood ve ark., 2016). Ortopedi hastalarında en önemli anksiyete sebebinin giderilemeyen ya da hafifletilemeyen ağrı olduğu; ameliyat sonrası anksiyetenin, ameliyat öncesi ile de bağlantılı olduğu saptanmıştır (Rakel ve ark., 2012; Wood ve ark.,2016).

Cerrahi tekniklerin ve protezlerin son yıllarda gelişme göstermesi total kalça ve diz artroplastisinde olumlu sonuçlar sağlamıştır. Diğer yandan hastaların bir kısmında ağrı, fiziksel fonksiyon, yaşam kalitesi ve ameliyat sonrası sonuçlardan memnuniyette daha az oranda gelişmeler olmuştur. Bu optimal sonuçlar cerrahi prosedür, fiziksel özellikler, beklenmeyen olay, fiziksel ek hastalık ve cerrahideki değişimlerle tam olarak açıklanamaz. Bu sonuçların cerrahi girişimin psikolojik etkileri ile ilişkili olduğu görülmektedir (Vissers ve ark., 2012).

Cerrahi girişimler özellikle artroplasti gibi majör ameliyatlar her bireyde farklı algı ve tepkilere yol açarak ruhsal sorunlara yol açabilmektedir (Tristaino,2016; Fındık, 2016). Kas iskelet sorunları nedeni cerrahi tedavi olan bireylerde ameliyat büyüklüğüne, hareket kısıtlılığına ve çoklu travmalara bağlı olarak psikiyatrik semptomların sıklıkla görüldüğü bildirilmektedir (Nickinson ve ark., 2009). Ortopedi kliniğinde ameliyat edilen hastalarda ameliyat sonrası psikiyatrik belirtilerin incelendiği bir çalışmada, hastaların %66'sının anksiyete, %85'inin depresyon semptomları açısından risk altında olduğu belirtilmiştir (Semiz ve ark., 2014). Osteoartrit ve dejeneratif omurga gibi kas iskelet hastalıklarına sahip bireylerde

genel popölasyondan daha fazla oranda anksiyete ve depresyon görölmektedir (Stundner ve ark., 2013).

Anksiyete

Evrensel bir deneyim olan anksiyete; hoş olmayan heyecansal endişe ya da kaygı hali olup, benliğin kendini tehdit altında hissettiği bir gerilim ve duygulanım olarak tanımlanmaktadır (Cüceloğlu 2005'ten aktaran Büyükyılmaz, 2009). Anksiyete birçok farklı sebebi ve klinik belirtisi olan non-spesifik bir semptomdur. Fizyolojik olarak çarpıntı, terleme gibi duyumlar, korku ve endişenin farkedilmesi başlıca bileşenleridir. Anksiyete, periferik motor ve organlarla ilgili belirtilere ek olarak konfüzyon, algının bozulması, dikkat yoğunlaştırmada azalma, hatırlamanın güçleşmesi, durumlar arasında ilişki kurmada güçlük sonucu öğrenme yeteneğinin bozulması gibi sonuçlar da doğurmaktadır. Anksiyetenin periferik belirtileri: ishal, baş dönmesi, sersemleme hali, terleme, reflekslerde artma, hipertansiyon, çarpıntı, pupillerde genişleme, huzursuzluk, senkop, taşikardi, kol ve bacaklarda yanma, acıma hissi, titreme, midede rahatsızlık (kelebekler uçuşuyormuş hissi) ve sık idrara çıkmadır (Kocabaşoğlu, 2008).

Kalça artroplastisi ameliyatı olacak bireyler sıklıkla ölmekten, sakat kalmaktan, ailesine eskisi gibi yetememekten, iş yapma potansiyelini kaybetmekten, ameliyat sonrası ağrı yaşamaktan, anesteziiden uyanamamaktan ve anestezinin etkisi altındayken kontrolsüz olmaktan korkarlar (Yaban ve Karaöz, 2007). Diz artroplastisi olacak bireyler de bir yandan ameliyat sonrası ağrılarının geçeceğini, hareketsizliğin önleneyeğini ümit ederken diğer yandan sorunların artmasından korkarlar (Yavuz, 2014).

Primer bakım verici olarak hemşire hastanın anksiyete düzeyini belirlemeli, hastanın kendisini ifade etmesini sağlamalı, korku ve endişelerini yenmesine yardımcı olmalı, bakımı için bireyi cesaretlendirmeli (Yaban ve Karaöz, 2007; Lucas, 2008a) ve aktiviteler ile ilgili destekleyerek rahatlamasını sağlamalıdır (Lucas, 2008a).

Depresyon

Depresyon (çökkünlük) derin üzüntülü bir duygu durumu içinde bireyin düşünce, konuşma ve hareketlerinde yavaşlama, durgunluk, değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtilerin

yaşandığı bir sendromdur. Depresyon duygulanım bozuklukları arasında en yaygın görülen bozukluklardan biridir (Ertekin Pınar ve Tel, 2012).

Depresyonda çökkün duygulanım, enerji azlığı ve ilginin ya da alınan zevkin kaybı mevcuttur. Konsantrasyon azlığı, özgüven azalması, suçluluk duyguları, kendine zarar verme ya da özkıyım düşünceleri, karamsarlık, uyku düzeninde bozulma, iştah değişiklikleri ve libido azalması diğer sık görülen belirtilerdir. Sosyal ve mesleki işlev bozulur. Depresyon tanısı için belirtilerin en az iki hafta sürmesi gerekmektedir. Her depresyon atağı farklı şiddette olabilir. Semptomların sayısı, tipi ve yoğunluğu, depresyonun şiddetini belirler (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011).

2.6.1.Kalça ve Diz Artroplastisinde Anksiyete ve Depresyonun Belirlenmesinin Önemi

Hastalık bireyleri biyolojik, duygusal, ruhsal ve sosyal olarak olumsuz etkileyen bir durumdur. İnsanın biyopsikososyal bir varlık olması nedeniyle, herhangi bir alanda yaşadığı sağlık sorunu, diğer alanları da olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Tıbbi tedavi ya da cerrahi girişim nedeniyle hastaneye yatan birey hastalık ya da hastane ortamıyla ilgili birçok olumsuz duygu, düşünce ve davranış gösterebilir. Tıbbi hastalık durumunun ve hastanede yatmanın psikiyatrik bozukluklar açısından riski artırdığı bilinmektedir (Okanlı ve ark., 2006; Kelleci ve ark., 2009; Vissers ve ark., 2012).

Fiziksel hastalığın yanı sıra bir psikiyatrik sorun yaşanması bireylerin hastalık seyrini, tedaviye cevabını, tedaviye uyumunu, yaşam kalitesini, mortalite ve morbiditeyi olumsuz yönde etkilemektedir. Psikiyatrik sorun yaşayan bireyin hastalıklara dayanma gücü azalır, tedavi ve rehabilitasyon programlarına uyumları olumsuz şekilde etkilenir. Bireylerin anksiyete ve depresyon risklerinin tanımlanmaması, hastanede yatış süresini uzatmakta ve bireyin yeniden hastanede yatma riskini arttırmaktadır. Bu nedenle fiziksel hastalıkların yanı sıra psikiyatrik sorunların da belirlenmesi ve uygun müdahaleler yapılması önemlidir. Cerrahi tedavi süresince bütüncül yaklaşımla ele alınan bireylerin duygusal gereksinimlerinin karşılanmasıyla bireyler psikiyatrik bozukluklardan korunabilir. Bu nedenle bireylerin bütüncül bir yaklaşımla izlenmesi ve bu doğrultuda hemşirelik girişimlerinin uygulanması önemlidir (Okanlı ve ark., 2006).

Yapılan çeşitli çalışmalarda cerrahi kliniklerde yatan hastalarda görülen anksiyete oranının dahili kliniklerde yatan hastalardan yüksek olduğu bulunmuştur (Kayahan ve Sertbaş, 2007; Kelleci ve ark., 2009). Cerrahi kliniklerinde yatan hastaların %49.2'sinin depresyon, %36'sının ise anksiyete bozukluğu açısından risk altında olduğu görülmüştür (Okanlı ve ark., 2006). Hastanede yatan yaşlı hastalarda anksiyete (%58.6) ve depresyon (%96.3) görülme oranlarının daha fazla olduğu saptanmıştır (Koç ve Sağlam, 2011).

Ortopedi ve travmatoloji kliniklerinde yatan hastaların yüksek oranda psikiyatrik bozukluklara sahip olduğu belirtilmektedir (Yıldız ve ark., 2005). Moraes ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada ortopedi ve travmatoloji kliniğinde yatan hastaların %44'ünde anksiyete ve %33'ünde ise depresyon saptanmıştır (Moraes ve ark., 2010).

Nickinson ve arkadaşlarının (2009) kalça ve diz artroplastisi geçiren hastalarla gerçekleştirdikleri çalışmada, ameliyat sonrası hastaların yaklaşık %25'inin anksiyöz belirtilere, %50'sinin depresif belirtilere sahip olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonucunda diğer cerrahi kliniklere oranla ortopedi hastalarında daha yüksek oranda depresif belirtiler görüldüğü vurgulanmıştır (Nickinson ve ark., 2009). Browne ve arkadaşlarının (2014) eklem artroplastisi sonrası postoperatif sonuçlar üzerinde depresyonun etkisini araştırdıkları çalışmada; depresyonun ameliyat sonrası psikoz, anemi, enfeksiyon, pulmoner emboli, kardiyak risk ve gastrointestinal sistem komplikasyonlarını artırdığı saptanmıştır. Depresyonun erken morbidite ile ilişkili olduğu, hastanede mortalite oranını etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır (Browne ve ark., 2014). Duivenvoorden ve arkadaşlarının (2013) total diz ve kalça artroplastisi öncesi ve sonrası anksiyete ve depresyon semptomlarını inceledikleri çalışmada; anksiyete ve depresyon prevalansının ameliyat öncesi daha yüksek olduğu, ameliyat sonrası 3-12 aylar arasında azaldığı belirlenmiştir (Duivenvoorden ve ark., 2013).

Total kalça ve diz artroplastisi sonrası postoperatif iyileşme hastalar için karmaşık ve zaman alıcıdır. Anksiyete ve depresyon semptomlarının görülmesi, ağrı, uyku ve fiziksel durumu etkilediğinden süreci daha komplike hale getirebilir (Sveinsdottir ve Skuladottir, 2012). Psikiyatrik komorbiditeler eklem artroplastisi sonrası erken ambulasyon, postoperatif iyileşme ve normal fonksiyona geri dönüşü engellemektedir. Ayrıca psikolojik rahatsızlıkların ağrı ve analjezik tüketimini

etkilediği de bilinmektedir (Stundner ve ark., 2013). Yapılan çalışmalarda depresyon ve anksiyete varlığının ortopedik cerrahi sonrası ağrı iyileşmesi ve fonksiyonel gelişme gibi uzun dönem sonuçlarını etkilediği görülmektedir (Rolfson ve ark., 2009; Sullivan ve ark., 2009). Depresyon ve anksiyeteye sahip hastaların ameliyat sonrası daha uzun süre hastanede kaldığı görülmüştür (Vissers ve ark., 2012). Depresyon, anksiyete ve her iki durumu birlikte yaşayan hastalar daha fazla sağlık bakım kaynaklarına gereksinim duymaktadır (Stundner ve ark., 2013). Ayrıca hastanede yatış süresinin uzaması ve komplikasyonların ortaya çıkması da bireylerin emosyonel destek gereksinimlerini arttırmaktadır (Tristaino,2016). Bu nedenle total kalça ve diz artroplastisi geçiren bireylerin öğrenim gereksinimleri ile anksiyete ve depresyon durumlarının belirlenmesinin önemli olduğu düşünülmüştür.



3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, kalça ve diz artroplastisi uygulanan bireylerin öğrenim gereksinimleri ile anksiyete ve depresyon durumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Uşak Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Klinikleri'nde Haziran 2015- Mayıs 2016 tarihleri arasında yürütülmüştür. Klinikte rutin olarak uygulanan taburculuk eğitimi yoktur. Hastalara taburcu olmadan hemen önce evde yapılacak fiziksel egzersizler ile ilgili bir broşür verilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; Uşak Devlet Hastanesi'nde kalça ya da diz artroplastisi geçiren bireyler oluşturmuştur. Araştırmanın yapıldığı hastanede 2013 yılında yaklaşık 400; 2014 yılında yaklaşık 500 artroplasti ameliyatı yapılmıştır. Araştırmanın örneklem büyüklüğü; evrendeki birey sayısının bilindiği durumlarda örneklem büyüklüğünü saptamak amacıyla kullanılan formülle hesaplanmıştır (Esin, 2014):

$$n = \frac{Nt^2 pq}{d^2 (N - 1) + t^2 pq}$$

n: örnekleme alınacak birey sayısı

N: evrendeki birey sayısı (500)

t: belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer ($\alpha=0.05$ serbestlik derecesinde teorik t değeri 1.96 bulunmuştur.)

p: incelenen olayın görülüş sıklığı (0.5 Ülkemizde kalça/diz artroplastisi uygulanan hastaların sayıları ile ilgili veri olmaması nedeniyle)

q: incelenen olayın görülmeyiş sıklığı (0.5 Ülkemizde kalça/diz artroplastisi uygulanan hastaların sayıları ilgili veri olmaması nedeniyle)

d: olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ sapma ($d=0.05$, $\pm$ %5 sapma dikkate alınarak)

Hesaplama sonucunda örneklem büyüklüğü %95 güven ve %5 hata marjini ile 217 olarak belirlenmiştir (Esin, 2014).

3.3.1. Örnekleme Alınma Kriterleri:

Örnekleme alınma kriterleri şu şekildedir:

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma,
- 18 yaşından büyük olma,
- Okur-yazar olma,
- Total/parsiyel kalça/diz artroplastisi geçirmiş olma,
- Yer, zaman ve kişi oryantasyonuna sahip olma,
- Kendini ifade etmede bilişsel problemi olmama,
- Son 6 ay içerisinde anksiyete ve depresyon başta olmak üzere herhangi bir psikiyatrik tanı veya tedavi almama (Hasta dosyası verileri kullanılmıştır.)
- Anksiyete ve depresyona yol açabilecek ilaçları kullanmama.

3.4. Ön Uygulama

Veri toplanmaya başlamadan önce, Uşak Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji kliniklerinde yatan 10 hastaya ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrası veri toplama formları ile ilgili herhangi bir düzenleme yapılmasına gerek görülmemiştir. Sosyodemografik ve tanıtıcı bilgiler ve ölçeklerin ortalama yanıtlanma süresi 30-40 dakika olarak belirlenmiştir.

3.5. Araştırmanın Etik Onamı

Araştırmaya başlamadan önce Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (EK-1), araştırmanın yapılacağı hastaneden yazılı izin alınmıştır. Uşak Devlet Hastanesi için Türkiye Kamu Hastaneler Birliği'nden yazılı izin alınmıştır (EK-2). Araştırma kapsamına alınan bireylere araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce, araştırmanın yapılma amacı, süresi ve araştırma süresince yapılacak işlemler açıklanarak "Aydınlatılmış Onam"ları yazılı ve sözlü olarak alınmıştır (EK-5). "Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği"ni tez çalışmamızda kullanabilmek için ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan Aydemir'den 07.01.2015 tarihinde e-posta yoluyla (EK-3); "Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği" kullanım izni için ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan Çatal ve Dicle'den 08.01.2015 tarihinde yazılı izinler alınmıştır (EK-4). Araştırma boyunca mahremiyete ve edinilen bilgilerin

gizlilik ve gizliliğinin korunması etik ilkesine özen gösterilmiştir. Ayrıca elde edilen bilgilerin ve cevaplayanın kimliği gizli tutularak ‘Kimliksizlik ve Güvenlik’ etik ilkesi yerine getirilmiştir.

3.6. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, hastalara ait bilgileri içeren “Sosyodemografik Özellikler ve Tanıtıcı Bilgi Formu” (EK-6), “Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ) (EK-7)” ve “Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) Ölçeği” (EK-8) kullanılarak toplanmıştır.

3.6.1. Sosyodemografik Özellikler ve Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan, bireyin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, evde kiminle/kimlerle yaşadığı, yerleşim yeri, başka bir hastalık varlığı, ameliyat endikasyonu, ameliyat türü, daha önce ameliyat olma durumu, beden kitle indeksi gibi soruları içeren sosyodemografik özellikler ve ameliyata ilişkin bilgilerin olduğu toplam 17 soruluk bir formdur.

3.6.2. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ)

Ölçek Bubela ve ark. (1990) tarafından geliştirilmiş ve geçerlik güvenirlik uygulaması yapılmıştır. Ölçeğin Türkiye’deki geçerlik ve güvenirliği Çatal ve Dicle (2008) tarafından yapılmıştır. Ölçek toplam 50 madde ve yedi alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçeğin alt ölçekleri sırasıyla İlaçlar (8 madde), Yaşam Aktiviteleri (9 madde), Toplum ve İzlem (6 madde), Duruma İlişkin Duygular (5 madde), Tedavi ve Komplikasyonlar (9 madde), Yaşam Kalitesi (8 madde) ve Cilt Bakımından (5 madde) oluşmaktadır. Ölçek maddeleri likert tipi ölçekleme yöntemi ile “1= önemli değil”, “2= biraz önemli”, “3= ne az ne çok önemli”, “4= çok önemli”, “5= son derece önemli” şeklinde puanlandırılmaktadır. Ölçeğin değerlendirmesi her bir alt boyut ve ölçek toplam puanı üzerinden yapılmaktadır. Ölçek sonucunda elde edilen puanlar 50-250 arasında değişmektedir. Ölçeğin kesme noktası yoktur, bu nedenle toplam ölçek ve alt ölçeklerden elde edilen puanlar ölçek ve alt ölçek madde sayısına bölünerek hesaplanmakta, puanları; “1= önemli değil”, “2= biraz önemli”, “3= ne az ne çok önemli”, “4= çok önemli”, “5= son derece önemli” şeklinde tartışılmaktadır.

Bubela ve ark. (1990) Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik çalışmasında toplam ölçek Cronbach alfa değeri .95; alt ölçek Cronbach alfa

değerleri .69-.88 arasındadır. Çatal ve Dicle'nin (2008) Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması sonucunda ise toplam ölçek için Cronbach alfa .93 iken, alt ölçekler için Cronbach alfa güvenilirlik katsayı değerleri .57-.83 arasında değişmektedir (Çatal ve Dicle, 2008). Çalışmamızda HÖGÖ toplam ölçek için Cronbach alfa değeri .94 iken; ölçek alt boyutlarının Cronbach alfa değerleri .69-.78 arasında bulunmuştur. Her bir alt ölçekten alınabilecek minimum ve maksimum puanlar, ölçek madde sayısı ve ölçek maddeleri Tablo 3.1'de verilmiştir.

Tablo 3.1. HÖGÖ ve Alt Ölçeklerinin Madde Sayısı, Ölçek Maddeleri, Minimum ve Maksimum Alınabilecek Puanlar

Alt ölçekler	Madde sayısı	Maddeler	Minumum puan	Maksimum puan
İlaçlar	8	3,8,16,18,37,39,44,45	8	40
Yaşam Aktiviteleri	9	2,5,14,17,27,28,29,30,48	9	45
Toplum ve İzlem	6	6,9,22,31,36,41	6	30
Duruma İlişkin Duygular	5	7,24,32,35,42	5	25
Tedavi ve Komplikasyonlar	9	1,4,10,19,20,23,26,38,47	9	45
Yaşam Kalitesi	8	11,13,15,21,34,40,46,50	8	40
Cilt Bakımı	5	12,25,33,43,49	5	25
Toplam Ölçek	50		50	250

3.6.3.Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)

Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) Ölçeği Zigmond ve Snaith (1983) tarafından geliştirilerek geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçeğin amacı tanı koymak değil, bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu kısa sürede tarayarak risk grubunu belirlemektir. Ölçeğin Türkiye'deki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Aydemir (1997) tarafından yapılmıştır.

Ölçek bir kendini bildirim ölçeği olup 14 maddeden oluşmaktadır. Ölçek yedisidepresyon, yedisi anksiyete belirtilerini araştıran 14 maddeden oluşmaktadır. Tek sayılı maddeler anksiyete, çift sayılı maddeler ise depresyonu araştırmaktadır. Cevaplar dörtlü likert olarak 0-3 puan şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçek likert tipi 4 basamaklıdır. Ölçekteki ifadelerin bireylerin kendileri tarafından yanıtlanması istenmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı anksiyete alt ölçeği için .85, depresyon alt ölçeği için .77 olarak

bulunmuştur. HAD anksiyete alt ölçeği için kesme noktası 10 ve depresyon alt ölçeği için 7 olarak bulunmuştur. Buna göre bu puanların üzerinde puan alanlar risk altında olarak değerlendirilirler. Ölçekte her maddenin puanlaması farklıdır. 1, 3, 5, 6, 8, 10, 11 ve 13. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Öte yandan 2, 4, 7, 9, 12 ve 14. maddeler ise 0, 1, 2, 3, biçiminde puanlanırlar. Anksiyete alt ölçeği için 1, 3, 5, 7, 9, 11 ve 13. maddeler toplanırken; depresyon alt ölçeği için 2, 4, 6, 8, 10, 12 ve 14. maddelerin puanları toplanır. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0, en yüksek puan 21'dir (Aydemir, 1997). Çalışmamızda HAD-A Cronbach alfa değeri .82, HAD-D Cronbach alfa değeri ise .79 olarak bulunmuştur. Her bir alt ölçekten alınabilecek minimum ve maksimum puanlar, ölçek madde sayısı ve ölçek maddeleri Tablo 3.2'de gösterilmiştir.

Tablo 3.2. HAD ve Alt Ölçeklerinin Madde Sayısı, Ölçek Maddeleri, Minimum ve Maksimum Alınabilecek Puanlar

Alt ölçekler	Madde sayısı	Maddeler	Minumum puan	Maksimum Puan
Anksiyete (HAD-A)	7	1,3,5,7,9,11,13	0	21
Depresyon (HAD-D)	7	2,4,6,8,10,12,14	0	21
Toplam Ölçek	14		0	42

HAD ölçeği hastanede yatan benzer hasta gruplarında uygulanması ve kullanımının kolay olması nedeniyle araştırmamızda tercih edilmiştir (Duivenvoorden ve ark., 2013; Semiz ve ark., 2014).

3.7. Araştırma Verilerinin Toplanması

Veriler, taburculuk öncesi son 24-48 saatte hastanenin ortopedi ve travmatoloji kliniklerinde, hastalarla yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır.

3.8. Araştırma Verilerinin Analizi

Elde edilen verilerin analizi, verilere uygun istatistiksel yöntemlerle yapılmıştır. Araştırmasonuçları SPSS 18 istatistik programı ile analiz edilmiştir. Verilerindeğerlendirilmesinde, Bağımsız Örneklem T testi (Student t), Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ve Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu testi, yüzdelik hesaplama, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler kullanılmıştır. HÖGÖ ve HAD maddeleriyle elde edilen veriler

bağımlı değişken; Sosyo-demografik Özellikler ve Tanıtıcı Bilgi Formu ile elde edilen veriler bağımsız değişkendir.

3.9. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları

Araştırmanın güçlü yönleri: Belirlenen örneklemin tamamına ulaşılmış olmasıdır. Kalça ve diz artroplastisi uygulanan hastalarda HAD ve HÖGÖ ölçekleri ile yapılan karşılaştırılmalı ülkemizde ilk çalışması olmasıdır.

Sınırlılıkları:Araştırma verileri, sadece Uşak Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Klinikleri'nde kalça ya da diz artroplastisi ameliyatı yapılan hastalarla sınırlıdır.



4.BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya katılan hastalardan toplanan verilerin istatistiksel analizleri sonucunda elde edilen bulgular tablolar halinde verilmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=217)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	167	77.0
Erkek	50	23.0
Yaş [Ort.= 67.26±9.44 (min=36-mak=95)]		
≤64	85	39.2
65-74	80	36.9
75-84	43	19.8
≥85	9	4.1
Medeni Durum		
Bekar	49	22.6
Evli	168	77.4
Eğitim Durumu		
Okur-yazar	76	35.0
İlkokul	136	62.7
Ortaokul ve üzeri*	5	2.3
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	212	97.7
Çalışıyor	5	2.3
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	88	40.6
Gelir gidere eşit	118	54.4
Gelir giderden fazla	11	5.1
Yerleşim Yeri		
Şehir merkezi	74	34.1
İlçe	28	12.9
Kasaba	11	5.1
Köy	104	47.9
Evde Kim/Kimlerle Yaşadığı		
Yalnız	14	6.5
Eş	129	59.4
Eş ve çocuklar	41	18.9
Çocuklar	33	15.2
Aile ve Çevre Desteği		
Çok iyi	94	43.3
İyi	110	50.7
Yetersiz	11	5.1
Hiç	2	0.9
Beden Kitle İndeksi**		
Zayıf (BKİ<18,50)	4	1.8
Normal (BKİ=18,50-24,99)	32	14.7
Kilolu (BKİ=25-29,99)	82	37.8
Obez (BKİ≥30)	99	45.6
Toplam Hastanede Kalma Süresi [11.01±4.05 gün (min=5- mak=22)]		
Ameliyattan Sonra Hastanede Kalma Süresi [8.8±3.58 gün (min=3-mak=20)]		

*Lise ve üniversite mezunu hasta sayısı 2'dir.

**DSÖ (2016) beden kitle indeksi sınıflamasına göre sınıflandırılmıştır (www.who.int, Erişim tarihi: 20 Aralık 2016).

Tablo 4.1. incelendiğinde; araştırma kapsamına alınan hastaların %77'sinin kadın olduğu, %39.2'sinin 64 yaş ve altında olduğu [yaş ortalaması: 67.26 ± 9.44 (min=36-mak=95)], %77.4'ünün evli olduğu, %62.7'sinin ilkokul mezunu olduğu, %97.7'sinin çalışmadığı, %54.4'ünün gelir durumunu gelir gidere eşit olarak belirttiği, %47.9'unun köyde yaşadığı, %59.4'ünün evde eşiyle birlikte yaşadığı, %50.7'sinin hastalık ve ameliyat sürecinde ailesinden ve çevresinden aldığı desteği iyi bulduğu, beden kitle indeksi açısından bakıldığında %45.6'sının obez, %37.8'inin kilolu olduğu görülmektedir [BKİ ortalaması= 29.86 ± 5.23 kg/m² (min=16.53-mak=47.18)]. Hastaların ameliyat sonrası hastanede kalış süresi ortalama 8.8 ± 3.58 gün (min=3-mak=20), toplam hastanede kalış süresi ortalaması ise 11.01 ± 4.05 (min=5-mak=22) gündür. Hastaların tamamının sosyal güvencesi bulunmaktadır.

Tablo 4.2.Hastaların geçmiş hastalık ve cerrahi durumu ile uygulanan ameliyata ilişkin özellikler (n=217)

Geçmiş Hastalık ya da Cerrahi Durumu ile Uygulanan Ameliyata İlişkin Bilgiler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ameliyat Endikasyonu		
Koksartroz	18	8.3
Kırık	26	12.0
Gonartroz	161	74.2
Diğer*	12	5.5
Uygulanan Ameliyat		
Total Kalça Artroplastisi	32	14.7
Parsiyel Kalça Artroplastisi	15	6.9
Total Diz Artroplastisi	169	77.9
Parsiyel Diz Artroplastisi (Unikondiler)	1	0.5
Ameliyat Uygulanan Taraf		
Sağ	105	48.4
Sol	109	50.2
Bilateral	3	1.4
Ameliyatın Primer/Revizyon Durumu		
Primer	199	91.7
Revizyon	18	8.3
Artroplasti Gerektiren Durum Dışında Hastalık Varlığı (n=217)		
Yok	58	26.8
Var	159	73.2
Mevcut Hastalık Sayısı (n=159)**		
1	85	39.1
2	40	18.4
3 ve üzeri	34	15.7
Daha Önce Ameliyat Olma Durumu (n=217)		
Olan	160	73.7
Olmayan	57	26.3
Daha Önce Olunan Ameliyat Sayısı (n=160)***		
1	80	36.9
2	42	19.4
3	21	9.7
4 ve üzeri	17	7.8

*Diğer: Romatizmal hastalık:2, Ankilozan spondilit:1, Diz kapağı kayması:2, Enfeksiyon:2, Protezde gevşeme:2, Protez kayması:3

**Bireylerde en fazla hipertansiyon (n=109), diyabet (n=54) ve kalp hastalıkları (n=46) görülmektedir.

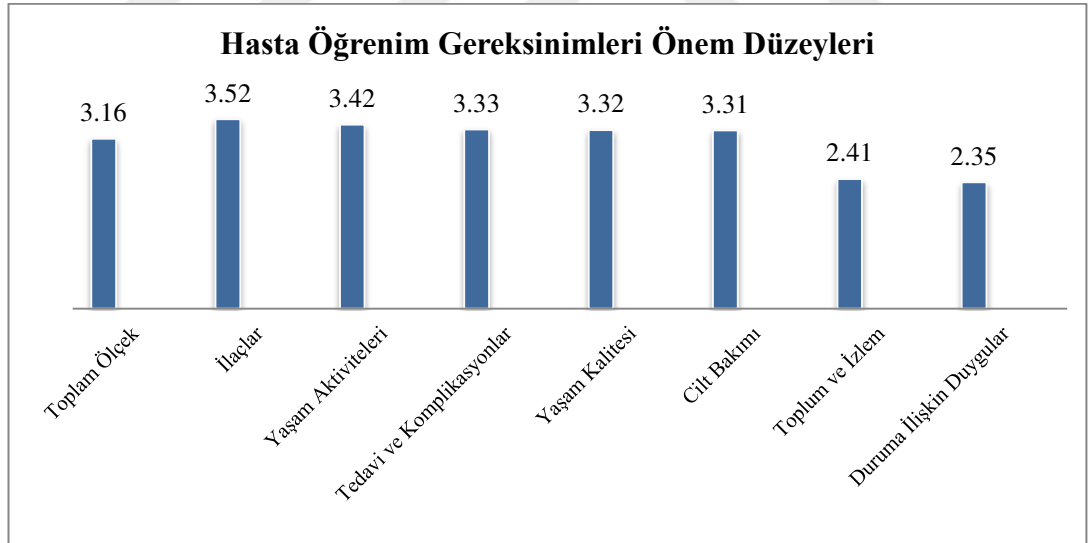
***Bireylerin daha önce en fazla total diz artroplastisi (n=61), safra kesesi (n=24) ve kadın hastalıkları (n=20) ameliyatlari geçirdikleri saptanmıştır.

Hastaların geçmiş hastalık ve cerrahi öyküsü ile uygulanan ameliyata ilişkin bulgular Tablo 4.2’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde araştırmaya katılan hastaların %74.2’sinin gonartroz nedeniyle ameliyat olduğu, %77.9’una total diz artroplastisi uygulandığı, ameliyatların %50.2’sinin sol, %48.4’ünün sağ taraftaki eklemlere uygulandığı ve %91.7’sinin primer kalça/diz artroplastisi olduğu belirlenmiştir. Hastaların %73.2’sinin artroplasti uygulaması gerektiren durum dışında hastalığı bulunduğu, %39.1’inin bir tane hastalığı bulunduğu, %73.7’sinin daha önce ameliyat olduğu ve %36.9’unun bir kez ameliyat olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ) puan ortalamaları ve önem düzeyleri (n=217)

HÖGÖ	Ortalama	Minimum	Maximum	Standart Sapma	Önem Düzeyi
Toplam Ölçek	158.10	88	249	33.40	3.16
Yaşam Aktiviteleri	30.76	16	45	6.62	3.42
Tedavi ve Komplikasyonlar	29.92	10	45	6.63	3.33
İlaçlar	28.13	8	40	5.94	3.52
Yaşam Kalitesi	26.52	11	40	6.21	3.32
Cilt Bakımı	16.54	6	25	4.63	3.31
Toplum ve izlem	14.43	6	30	5.63	2.41
Duruma İlişkin Duygular	11.77	5	25	5.04	2.35

Tablo 4.3'te hastaların öğrenim gereksinimleri puan ortalamaları ve öğrenim gereksinimi önem düzeylerine ilişkin bulgular yer almaktadır. HÖGÖ toplam ölçek ortalaması 158.10 ± 33.40 olarak bulunmuştur. HÖGÖ toplam ve alt ölçekler incelendiğinde, hastalar için en önemli öğrenim gereksiniminin ilaçlar alanında ($\bar{x} = 28.13 \pm 5.94$, önem düzeyi=3.52) en az önemli öğrenim gereksiniminin ise duruma ilişkin duygular alanında ($\bar{x} = 11.77 \pm 5.04$, önem düzeyi=2.35) olduğu görülmektedir. Hasta öğrenim gereksinimleri ölçeği ve alt boyutlarının önem düzeyleri Şekil 4.1'de gösterilmiştir.



Şekil 4.1. HÖGÖ ve alt boyutlarının önem düzeyleri

Tablo 4.4. Hastaların bazı sosyo-demografik ve tanıtıcı özelliklerine göre HÖGÖ puan ortalamalarının dağılımı (n=217)

Bazı Sosyo-Demografik Özellikler	n	Toplam Ölçek Ort±SS	İlaçlar Ort±SS	Yaşam Aktiviteleri Ort±SS	Toplum ve İzlem Ort±SS	Duruma İlişkin Duygular Ort±SS	Tedavi ve Komplikasyonlar Ort±SS	Yaşam Kalitesi Ort±SS	Cilt Bakımı Ort±SS
Yaş									
<65 yaş	85	162.47±34.69	28.44±5.93	32.07±6.86	15.03±5.86	11.88±5.19	30.80±6.61	27.31±6.55	16.91±4.66
65-74 yaş	80	159.85±32.58	29.16±5.31	30.52±6.76	14.27±5.57	12.15±5.25	30.10±6.84	26.92±5.77	16.71±4.67
75-84 yaş	43	148.97±30.08	26.65±6.27	29.03±5.62	13.55±5.37	10.95±4.36	28.37±6.01	24.88±5.88	15.53±4.17
≥85	9	145.00±37.14	23.22±6.90	28.88±5.81	14.33±5.50	11.33±4.94	27.55±7.10	23.22±6.85	16.44±6.08
İstatistiksel Analiz		F= 2,121 p=.099	F=3,979 p=.009	F=2,411 p=.068	F=0,688 p=.560	F=0,561 p=.642	F=1,694 p=.169	F=2,465 p=.063	F=0,899 p=.443
Cinsiyet									
Kadın	167	158.59± 32.06	28.71±5.53	31.05±6.57	14.16±5.58	11.71±4.95	29.85±6.57	26.52±5.99	16.57±4.72
Erkek	50	156.46±37.84	26.20±6.85	29.78±6.76	15.34±5.77	11.98±5.37	30.18±6.90	26.52±6.99	16.46±4.35
İstatistiksel Analiz		t= 0,396 p=.692	t=2,667 p=.008	t=1,199 p=.232	t=-1,299 p=.195	t=-0,328 p=.743	t=-0,308 p=.759	t=0,001 p=.999	t=0,160 p=.873
Medeni Durum									
Bekar	49	159.48±33.41	27.69±6.08	30.28±5.50	15.38±6.06	12.36±5.21	29.89±6.38	26.55±5.97	17.30±4.95
Evli	168	157.70±33.49	28.26±5.91	30.90±6.92	14.15±5.49	11.60±4.99	29.93±6.72	26.51±6.30	16.32±4.53
İstatistiksel Analiz		t=0,329 p=.743	t=-0,549 p=.553	t=-0,651 p=.517	t=1,350 p=.178	t=0,936 p=.350	t=-0,034 p=.973	t=0,039 p=.969	t=1,303 p=.194
Eğitim Durumu									
Okur-yazar	76	148.40±30.26	28.73±5.25	28.98±6.56	12.63±5.42	10.47±5.05	27.56±6.13	24.88±5.91	15.13±4.41
İlkokul	136	163.20±34.15	27.89±6.20	31.63±6.41	15.42±5.61	12.41±4.98	31.14±6.61	27.37±6.22	17.30±4.65
Ortaokul ve Üzeri	5	166.80±30.84	25.60±8.41	34.00±8.57	14.80±1.78	14.20±0.83	32.60±5.59	28.20±6.72	17.40±2.07
İstatistiksel Analiz		F=5,147 p=.007 Fark: 1<2	F=0,954 p=.387 Fark: -	F=4,669 p=.010 Fark: 1<2	F=6,300 p=.002 Fark: 1<2	F=4,324 p=.014 Fark: 1<2	F=8,000 p=.000 Fark: 1<2	F=4,229 p=.016 Fark: 1<2	F=5,704 p=.004 Fark: 1<2
Gelir Durumu									
Gelir giderden az	88	158.27±36.28	28.25±6.06	31.02±6.83	14.54±5.96	12.14±5.24	29.70±6.88	25.86±6.72	16.73±5.00
Gelir gidere eşit	118	158.36±31.79	28.04±5.76	30.67±6.49	14.38±5.45	11.70±4.87	30.15±6.61	27.11±5.88	16.28±4.42
Gelir giderden fazla	11	158.10±33.40	28.27±7.33	29.63±6.85	14.09±5.26	9.54±4.98	29.27±5.081	25.36±5.18	17.81±3.76
İstatistiksel Analiz		F=0,087 p=.917	F=0,033 p=.967	F=2,35 p=.791	F=0,042 p=.959	F=1,332 p=.266	F=0,170 p=.844	F=1,230 p=.294	F=0,671 p=.512

Tablo 4.4. Hastaların bazı sosyo-demografik ve tanıtıcı özelliklerine göre HÖGÖ puan ortalamalarının dağılımı (n=217) (Devamı)

Bazı Sosyo-Demografik Özellikler	n	Toplam Ölçek $\bar{x} \pm SS$	İlaçlar $\bar{x} \pm SS$	Yaşam Aktiviteleri $\bar{x} \pm SS$	Toplum ve İzlem $\bar{x} \pm SS$	Duruma İlişkin Duygular $\bar{x} \pm SS$	Tedavi ve Komplikasyonlar $\bar{x} \pm SS$	Yaşam Kalitesi $\bar{x} \pm SS$	Cilt Bakımı $\bar{x} \pm SS$
Yerleşim Yeri									
Şehir Merkezi	74	159.52±31.98	27.55±5.83	31.28±6.27	14.64±5.83	11.87±4.92	30.10±5.99	27.22±6.24	16.82±4.40
İlçe	28	165.75±37.46	27.82±7.38	31.10±6.83	15.42±5.65	14.07±5.99	31.50±7.63	27.96±6.32	17.85±4.48
Kasaba	11	150.09±33.62	29.18±5.91	30.45±7.39	13.27±4.17	10.63±5.25	27.18±6.85	24.54±6.37	14.81±5.32
Köy	104	155.88±33.28	28.52±5.62	30.33±6.79	14.13±5.64	11.20±4.70	29.66±6.74	25.83±6.10	16.18±4.71
İstatistiksel Analiz		F=0,896 p=.444	F=0,525 p=.666	F=0,326 p=.807	F=0,576 p=.631	F=2,641 p=.050 Fark:4<2	F=1,228 p=.300	F=1,627 p=.184	F=1,571 p=.197
Aile Desteği									
Çok iyi	94	161.89±35.30	28.10±6.41	31.69±6.91	14.87±5.72	12.01±5.35	30.75±7.10	27.41±6.13	17.04±4.63
İyi	110	155.30±31.75	28.05±5.61	30.14±6.39	14.00±5.54	11.50±4.67	29.50±6.16	26.01±6.08	16.06±4.67
Yetersiz	11	150.72±34.19	28.81±5.28	29.09±6.47	14.27±6.04	11.63±6.18	27.00±7.12	23.81±7.97	16.09±3.72
Hiç	2	175.00±11.31	30.50±7.77	30.50±3.53	18.50±3.53	16.00±4.24	30.00±1.41	27.00±1.41	22.50±2.12
İstatistiksel Analiz		F=1,011 p=.389	F=,160 p=.923	F=1,171 p=.322	F=,754 p=.521	F=,638 p=.591	F=1,353 p=.258	F=1,597 p=.191	F=1,916 p=.128
Uygulanan Ameliyat									
Total Kalça Artroplastisi	32	166.21±33.01	28.81±5.54	32.46±6.51	16.53±5.55	12.43±4.57	31.78±6.52	27.28±6.72	16.90±4.88
Parsiyel Kalça Artroplastisi	15	160.46±39.60	25.46±6.51	32.73±7.08	16.06±6.76	13.13±4.68	29.93±7.47	25.60±7.16	17.53±5.11
Total Diz Artroplastisi	169	156.08±32.75	28.20±5.92	30.24±6.57	13.85±5.44	11.49±5.14	29.50±6.52	26.43±6.06	16.34±4.53
İstatistiksel Analiz		F=1,296 p=.276	F=1,746 p=.177	F=2,263 p=.107	F=3,848 p=.023 Fark:3<1	F=1,089 p=.339	F=1,600 p=.204	F=0,417 p=.660	F=0,586 p=.557

Tablo 4.4. Hastaların bazı sosyo-demografik ve tanıtıcı özelliklerine göre HÖGÖ puan ortalamalarının dağılımı (n=217) (Devamı)

Bazı Sosyo-Demografik Özellikler	n	Toplam Ölçek $\bar{x} \pm SS$	İlaçlar $\bar{x} \pm SS$	Yaşam Aktiviteleri $\bar{x} \pm SS$	Toplum ve İzlem $\bar{x} \pm SS$	Duruma İlişkin Duygular $\bar{x} \pm SS$	Tedavi ve Komplikasyonlar $\bar{x} \pm SS$	Yaşam Kalitesi $\bar{x} \pm SS$	Cilt Bakımı $\bar{x} \pm SS$
Ameliyatın Primer/Revizyon Durumu									
Primer	199	158.34±33.17	28.07±5.99	30.86±6.49	14.47±5.60	11.77±5.07	30.03±6.56	26.49±6.23	16.62±4.61
Revizyon	18	155.44±36.78	28.88±5.41	29.66±8.06	13.94±6.07	11.72±4.78	28.77±7.52	26.77±6.24	15.66±4.87
İstatistiksel Analiz		t= 0,352 p=.725	t=-5,59 p:..577	t=-0,733 p=.464	t=0,383 p=.702	t=0,046 p=.964	t=0,766 p=.445	t=-0,183 p=.855	t=-0,842 p=.401
Artroplasti Gerektiren Durum Dışında Hastalık Varlığı									
Yok	58	162.13±27.92	28.53±5.30	32.00±5.42	15.05±4.60	11.94±4.58	31.05±5.85	26.77±5.68	16.77±3.97
Var	159	156.63±35.15	27.99±6.16	30.31±6.97	14.20±5.96	11.71±5.20	29.51±6.87	26.42±6.41	16.46±4.86
İstatistiksel Analiz		t= 1,195 p=.234	t=0,592 p:..554	t=1,869 p=.064	t=1,100 p=.273	t=0,307 p=.759	t=1,513 p=.132	t=0,364 p=.716	t=-0,478 p=.633
Daha Önce Ameliyat Olma Durumu									
Olan	159	153.53 ± 32.65	27.55±5.92	29.94±6.80	13.76±5.33	11.33±4.85	28.97±6.45	25.86±6.15	16.08±4.62
Olmayan	58	170.63±32.47	29.74±5.72	33.00±5.59	16.25±6.06	12.96±5.38	32.53±6.48	28.31±6.08	17.82±4.45
İstatistiksel Analiz		t=-3,419 p=.001	t=-2,428 p=.016	t=-3,347 p=.001	t=-2,932 p=.004	t=-2,119 p=.035	t=-3,591 p=.000	t=-2,594 p=.010	t=-2,485 p=.014

Tablo 4.4'te kalça/diz artroplastisi geçiren hastaların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre hasta öğrenim gereksinimleri ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Tabloda hastaların öğrenim gereksinimlerinin yaşa göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit edebilmek için yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına yer verilmiştir (ANOVA). Test sonuçlarına göre ilaçlar alt boyutundan alınan toplam puan yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılık göstermektedir ($p < .05$). İlaçlar alt boyutu yaş grupları açısından karşılaştırıldığında, 65-74 yaş grubunda olan hastaların ($\bar{x} = 29.16$), 85 yaş ve üzeri grupta olanlara ($\bar{x} = 23.22$) göre daha yüksek ortalamalara sahip oldukları görülmektedir ($F = 3.979$, $p < .05$).

Hastaların öğrenim gereksinimlerinin cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit edebilmek için yapılan bağımsız örneklem grubu t testine (student t) göre, ilaçlar alt boyutundan alınan toplam puanlar, cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılık göstermektedir ($t = 2.667$, $p < .05$). İlaçlar alt boyutunda kadın katılımcıların aldıkları toplam puan ortalamaları ($\bar{x} = 28.71$), erkek katılımcıların aldıkları toplam puan ortalamalarından ($\bar{x} = 26.20$) daha yüksektir. Toplam ölçek puanı ve diğer alt boyutlardaki farklılaşma istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > .05$).

Hastaların öğrenim gereksinimlerinin eğitim durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit edebilmek için yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına göre, toplam ölçek puanı, yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi ve cilt bakımı alt boyutlarından alınan toplam puanlar eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılık göstermektedir ($p < .05$). HÖGÖ toplam ölçek puanı ($F = 5.147$, $p < .05$), yaşam aktiviteleri ($F = 4.669$, $p < .05$), toplum ve izlem ($F = 6.300$, $p < .01$), duruma ilişkin duygular ($F = 4.324$, $p < .05$), tedavi ve komplikasyonlar ($F = 8.000$, $p < .01$), yaşam kalitesi ($F = 4.229$, $p < .05$) ve cilt bakımı ($F = 5.704$, $p < .05$) alt boyutları eğitim durumu açısından karşılaştırıldığında, ilkökul mezunlarının, okur-yazar olanlara göre daha yüksek ortalamalara sahip oldukları görülmektedir (Tablo 4.4). İlaçlar alt boyutunun puan ortalaması, eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > .05$).

Tablo 4.4'te hastaların öğrenim gereksinimlerinin yerleşim yerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit edebilmek için yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına yer verilmiştir. Test sonuçlarına göre, yalnızca duruma ilişkin duygular alt boyutundan alınan toplam puanlar yerleşim yerine göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılık göstermektedir ($p<.05$). Duruma ilişkin duygular alt boyutu toplam puanları yerleşim yeri açısından karşılaştırıldığında, ilçede yaşayanların ($\bar{x}=14.07$), köyde yaşayanlara ($\bar{x}=11.20$) göre daha yüksek ortalamalara sahip oldukları görülmektedir ($F=2,641$, $p<.05$). HÖGÖ toplam ölçek puanı ve diğer alt boyutlardan alınan toplam puanlar yerleşim yerine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>.05$).

Hastaların öğrenim gereksinimlerinin uygulanan ameliyata göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit edebilmek için yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına göre (Tablo 4.4.), yalnızca toplum ve izlem alt boyutundan alınan toplam puan, uygulanan ameliyata göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılık göstermektedir ($p<.05$). Toplum ve izlem alt boyutu, uygulanan ameliyat açısından karşılaştırıldığında, total kalça artroplastisi uygulanan hastaların ($\bar{x}=16.53$), total diz artroplastisi uygulanan hastalara ($\bar{x}=13.85$) göre daha yüksek ortalamalara sahip oldukları görülmektedir ($F=3,848$, $p<.05$).

Hastaların öğrenim gereksinimlerinin daha önce ameliyat olma durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit edebilmek için yapılan bağımsız örneklem grubu t testi (student t) sonuçlarına göre; toplam ölçek ($t=-3,419$, $p<.001$), ilaçlar ($t=-2,428$, $p<.05$), yaşam aktiviteleri ($t=-3,347$, $p<.001$), toplum ve izlem ($t=-2,932$, $p<.05$), duruma ilişkin duygular ($t=-2,119$, $p<.05$), tedavi ve komplikasyonlar ($t=-3,591$, $p<.001$), yaşam kalitesi ($t=-2,594$, $p<.05$) ve cilt bakımı ($t=-2,485$, $p<.05$) alt boyutlarından alınan toplam puanlar daha önce ameliyat olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Toplam ölçek puanı ve alt boyutlardan daha önce ameliyat olmayan hastaların daha önce ameliyat olanlara göre daha yüksek puanlar aldıkları görülmektedir (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Hastaların bazı sosyo-demografik özellikleri ve HÖGÖ arasındaki ilişki (n=217)

HÖGÖ Toplam Ölçek ve Alt Boyutlar	İstatistiksel Analiz	Mevcut Hastalık Sayısı	Daha Önce Olunan Ameliyat Sayısı	Hastanede Kalış Süresi	BKİ
Toplam Ölçek	r	-,095	-,156*	-,046	-,030
	p	.164	.022	.500	,661
İlaçlar	r	-,075	-,108	-,086	-,075
	p	.273	.114	.209	,271
Yaşam Aktiviteleri	r	-,103	-0,96	-,027	-,053
	p	.131	.157	.698	,440
Toplum ve İzlem	r	-,088	-,133*	-,053	-,009
	p	.199	.050	.434	,892
Duruma İlişkin Duygular	r	-,045	-,123	-,017	-,015
	p	.513	.072	.808	,825
Tedavi ve Komplikasyonlar	r	-,137*	-,175**	.045	-,029
	p	.044	.010	.514	,675
Yaşam Kalitesi	r	-,057	-,128	-,066	-,023
	p	.400	.061	.335	,737
Cilt Bakımı	r	-,012	-,130	-,077	,055
	p	.856	.055	.259	,418

**p<.01 düzeyinde anlamlıdır.

*p<.05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 4.5'te hasta öğrenim gereksinimleri ölçeği ve alt boyutlarına ait toplam puanların, hastaların aldığı aile ve çevre desteği, mevcut hastalık sayısı ve daha önce olunan ameliyat sayısı ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu testi yer almaktadır. Test sonuçlarına göre; HÖGÖ yaşam kalitesi alt boyutunun toplam puanları ile aile ve çevreden alınan destek düzeyi arasında pozitif yönlü, düşük düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,133$, $p<.05$). HÖGÖ tedavi ve komplikasyonlar alt boyutunun toplam puanları ile hastalık sayısı arasında negatif, düşük düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-,137$, $p<.05$). HÖGÖ toplam ölçek ($r=-,156$, $p<.05$) puanı, toplum ve izlem ($r=-,133$, $p<.05$), tedavi ve komplikasyonlar ($r=-,175$, $p<.01$) alt boyutları ile ameliyat sayısı arasında negatif, düşük düzeyde ve anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Sosyo-demografik ve tanıtıcı özelliklerin istatistiksel analiz sonuçlarına göre; postoperatif gün, hastanede kalış süresi ve beden kitle indeksi ile HÖGÖ ve alt boyutlarının puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>.05$). Medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu, evde birlikte yaşanan kişi, ameliyat endikasyonu, ameliyatın primer/revizyon olma durumu ve başka hastalık varlığı ile HÖGÖ toplam ölçek puanı ve diğer alt boyutlardaki farklılaşma istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>.05$).

Tablo 4.6. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları Dağılımı (n=217)

HAD Alt Boyutları	Anksiyete/Depresyon Varlığı	Sayı (n)	Yüzde (%)	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Anksiyete	Yok (0-10 puan)	140	64.5	5.54±2.82	8.87±5.32
	Var (11-21 puan)	77	35.5	14.95±2.85	
Depresyon	Yok (0-7 puan)	115	53.0	3.71±2.15	7.39±4.73
	Var (8-21 puan)	102	47.0	11.54±3.15	

Tablo 4.6’da hastaların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinin alt boyutları olan anksiyete (HAD-A) ve depresyon (HAD-D) puan ortalamaları dağılımı yer almaktadır. Hastaların %35.5’inin anksiyetesinin olduğu ve puan ortalamalarının 14.95±2.85 olduğu, HAD-A genel puan ortalamalarının 8.87±5.32 olduğu; hastaların %47’sinin depresif semptomlara sahip olduğu ve puan ortalamalarının 11.54±3.15 olduğu, HAD-D genel puan ortalamalarının 7.39±4.73 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.7. Hastaların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre HAD puan ortalamalarının dağılımı (n=217)

Bazı Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı (n)	HAD-A	HAD-D
Yaş			
≤64 yaş	85	8.78±5.04	6.57±4.23
65-74 yaş	80	8.92±5.56	7.52±4.48
75-84 yaş	43	8.65±5.64	7.46±5.04
≥85	9	10.33±4.84	13.55±5.91
İstatistiksel Analiz		F=0,257 , p=.856 Fark: -	F=6,390, p=.000 Fark: 1<4, 2<4, 3<4
Cinsiyet			
Kadın	167	9.37±5.47	7.49±4.86
Erkek	50	7.20±4.44	7.04±4.32
İstatistiksel Analiz		t= 2,870, p=.005	t=0,598, p=.551
Medeni Durum			
Bekar	49	11.06±5.11	9.16±5.66
Evli	168	8.23±5.23	6.87±4.31
İstatistiksel Analiz		t=3,340, p=.001	t=2,616, p=.011
Eğitim Durumu			
Okur-yazar	76	8.88±6.06	7.78±5.06
İlkokul	136	8.83±4.95	7.08±4.56
Ortaokul ve üzeri	5	9.80±3.49	9.80±3.83
İstatistiksel Analiz		F=0,078, p=.925	F=1,210, p=.300
Çalışma Durumu			
Çalışmıyor	212	8.82±5.35	7.41±4.73
Çalışıyor	5	11.00±3.87	6.40±5.07
İstatistiksel Analiz		t=-,902, p=.368	t=,473, p=.637
Gelir Durumu			
Gelir giderden az	88	9.25±5.39	7.10±4.73
Gelir gidere eşit	118	8.62±5.22	7.65±4.82
Gelir giderden fazla	11	8.54±6.20	6.90±3.96
İstatistiksel Analiz		F=0,365, p=.695	F=0,398, p=.672
Yerleşim Yeri			
Şehir Merkezi	74	8.86±5.43	7.28±4.84
İlçe	28	10.07±5.68	9.14±5.35
Kasaba	11	7.36±5.31	7.27±4.31
Köy	104	8.72±5.16	7.00±4.48
İstatistiksel Analiz		F=0,793, p=.499	F=1,528, p=.208
Evde Kim/Kimlerle Yaşadığı			
Yalnız	14	10.28±3.87	7.64±5.30
Eş	129	8.03±5.16	7.13±4.18
Eş ve çocuklar	41	9.02±5.47	6.12±4.88
Çocuklar	33	11.36±5.56	9.84±5.62
İstatistiksel Analiz		F=3,954, p=.009 Fark:2<4	F=4,261, p=.006 Fark: 2<4, 3<4
Aile Desteği			
Çok iyi	94	8.52±5.25	6.91±4.34
İyi	110	9.10±5.29	7.60±5.09
Yetersiz	11	8,27±5.83	8.54±4.15
Hiç	2	16.50±4.94	11.50±2.12
İstatistiksel Analiz		F=1,630, p=.183	F=1,116, p=.344
Uygulanan Ameliyat			
Total Kalça Artroplastisi	32	10.00±4.91	6.84±3.82
Parsiyel Kalça Artroplastisi	15	10.46±4.92	11.46±5.27
Total Diz Artroplastisi	169	8.47±5.38	7.13±4.71
İstatistiksel Analiz		F=1,885, p=.154 Fark:-	F=6,291, p=.002 Fark:1<2, 3<2

Tablo 4.7’de hastaların anksiyete ve depresyon puanlarının bazı sosyo-demografik özelliklere göre fark olup olmadığını tespit edebilmek için yapılan analizlere yer verilmiştir. Yaşa göre anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının farklılaşıp farklılaşmadığını tespit edebilmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Test sonuçlarına göre, HAD-D puanı yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılık göstermektedir ($p<.01$). HAD-D puanı yaş açısından karşılaştırıldığında; 85 yaş ve üzerinde olan hastaların ($\bar{x}=13.55$), diğer yaş grubunda olan hastalara göre daha yüksek puanlara sahip oldukları görülmektedir ($F= 6,390$, $p<.01$).

Hastaların anksiyete ve depresyon puanlarında cinsiyete göre fark olup olmadığını tespit edebilmek için yapılan bağımsız örneklem grubu t testi (student t) sonuçlarına göre, HAD-A alt boyutundan alınan puanlar cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılık göstermektedir ($t=2,870$, $p<.01$). HAD-A alt boyutunda kadın hastaların aldıkları toplam puan ortalamalarının ($\bar{x}=9.37$), erkek hastalardan ($\bar{x}=7.20$) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Diğer alt boyuttaki farklılaşma istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>.05$).

HAD-A ve HAD-D’den alınan puanlar medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılık göstermektedir ($t=3,340$, $p<.01$; $t=2,616$, $p<.05$). HAD-A ve HAD-D alt boyutlarında bekar hastaların aldıkları puan ortalamalarının, evli hastaların aldıkları puan ortalamalarından daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.7).

Hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin evde yaşadıkları kişiye göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit edebilmek için yapılan ANOVA sonuçlarına göre, hastaların HAD-A ve HAD-D alt boyutlarından aldıkları puanlar evde yaşadıkları kişiye göre anlamlı biçimde farklılık göstermektedir ($p<.01$). HAD-A puanı evde yaşanan kişi açısından karşılaştırıldığında, çocuklarıyla birlikte yaşayan hastaların ($\bar{x}=11.36$), eşiyle birlikte yaşayanlara ($\bar{x}=8.03$) göre daha yüksek puanlara sahip oldukları görülmektedir ($F=3,954$, $p<.01$). HAD-D puanı evde yaşanan kişi açısından karşılaştırıldığında, çocuklarıyla birlikte yaşayan hastaların ($\bar{x}=9.84$), eşiyle birlikte yaşayanlara ($\bar{x}=7.1395$) ve eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayanlara ($\bar{x}=6.12$) göre daha yüksek puanlara sahip oldukları görülmektedir ($F=3,954$, $p<.01$).

Hastaların anksiyete ve depresyon durumlarının uygulanan ameliyat türüne göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit edebilmek için yapılan ANOVA sonuçlarına göre, HAD-D alt boyutundan alınan toplam puanların parsiyel kalça artroplastisi uygulanan hastalarda daha yüksek olduğu ve farkın anlamlı olduğu görülmektedir (F=6,291, p<.01).

Tablo 4.8. Ameliyat türüne göre HAD puan ortalamalarının dağılımı (n=217)

Ameliyat Türü	HAD Alt Boyutları	Anksiyete/Depresyon Varlığı	Sayı (n)	Yüzde (%)	$\bar{x} \pm SS$
Kalça Artroplastisi	HAD-A	Yok (0-10 puan)	27	57.4	10.14±4.86
		Var (11-21 puan)	20	42.6	
	HAD-D	Yok (0-10 puan)	24	51.1	8.31±4.80
		Var (11-21 puan)	23	48.9	
Diz Artroplastisi	HAD-A	Yok (0-10 puan)	113	66.5	8.52±5.40
		Var (11-21 puan)	57	33.5	
	HAD-D	Yok (0-10 puan)	91	53.5	7.13±4.69
		Var (11-21 puan)	79	46.5	

Tablo 4.8’de hastaların HAD puan ortalamalarının ameliyat türüne göre dağılımı yer almaktadır. Kalça artroplastisi uygulanan hastaların %42.6’sında anksiyete, %48.9’unda depresyon belirtileri bulunduğu saptanmıştır. Kalça artroplastisi uygulanan hastaların HAD-A puan ortalamalarının 10.14±4.86; HAD-D puan ortalamalarının 8.31±4.80 olduğu belirlenmiştir. Diz artroplastisi uygulanan hastaların %33.5’inde anksiyete, %46.5’inde depresyon belirtileri bulunduğu saptanmıştır. Kalça artroplastisi uygulanan hastaların HAD-A puan ortalamalarının 8.52±5.40; HAD-D puan ortalamalarının 7.13±4.69 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.9. Hastaların tanıtıcı özellikleri ile HAD puan ortalamaları arasındaki ilişki (n=217)

Bazı Tanıtıcı Özellikler	İstatistiksel Analiz	HAD-A $\bar{x} \pm SS$	HAD-D $\bar{x} \pm SS$
Postoperatif Gün Sayısı	r	0,106	0,142*
	p	.121	.036
Hastanede Kalış Süresi	r	0,134*	0,199**
	p	.049	.003
Beden Kitle İndeksi	r	-,142*	-,077
	p	.037	.259

**p<.01 düzeyinde anlamlıdır.

*p<.05 düzeyinde anlamlıdır.

Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği alt boyut puanları ile postoperatif gün, hastanede kalış süresi ve BKİ arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu testi Tablo 4.9’dayer almaktadır. Test sonuçlarına

göre HAD-D alt boyutunun toplam puanı ile postoperatif gün sayısı arasında pozitif, düşük düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=,142$, $p<.05$). HAD-A ($r=,134$, $p<.05$) ve HAD-D ($r=,199$, $p<.01$) alt boyutlarının toplam puanı ile hastanede kalış süresi arasında pozitif, düşük düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. HAD-A alt boyutunun puanı ile BKİ arasında negatif, düşük düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,142$, $p<.05$).

Eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, yerleşim yeri, ameliyat endikasyonu, ameliyatın primer/revizyon durumu, başka hastalık varlığı ve daha önce ameliyat olma durumuna göre HAD-A ve HAD-D alt boyutlarının puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>.05$). Ayrıca aile ve çevreden destek görme ile HAD-A ve HAD-D alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir ($p>.05$).

Tablo 4.10. HÖGÖ ve HAD puan ortalamaları arasındaki ilişki durumu (n=217)

HÖGÖ		HÖGÖ Alt Boyutları							
		Toplam Ölçek	İlaçlar	Yaşam Aktiviteleri	Toplum ve İzlem	Duruma İlişkin Duygular	Tedavi ve Komplikasyonlar	Yaşam Kalitesi	Cilt Bakımı
HAD-A	r	,346**	,221**	,298**	,237**	,282**	,348**	,325**	,253**
	p	.000	.001	.000	.000	.000	.000	.000	.000
HAD-D	r	,190**	,024	,088	,228**	,280**	,215**	,175**	,088
	p	.005	.721	.195	.001	.000	.001	.010	.194

**p<.01 düzeyinde anlamlıdır.

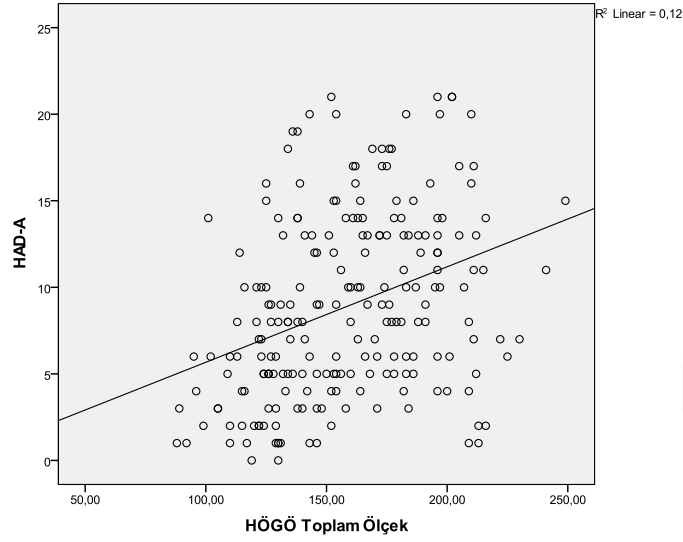
*p<.05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo4.10’da hasta öğrenim gereksinimleri ölçeği ve alt boyutlarına ait toplam puanların, hastane anksiyete ve depresyon ölçeği ve alt boyutları ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu testi yer almaktadır.

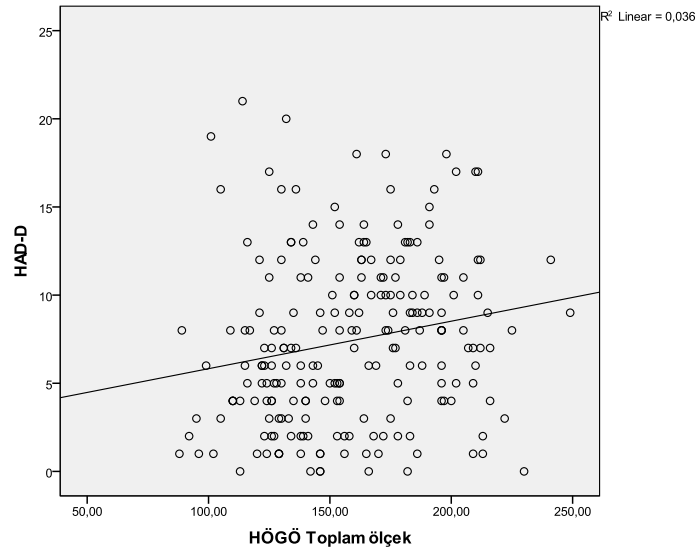
HAD-A puanı ile HÖGÖ toplam ölçek ($r=0,346$, $p<.01$), tedavi ve komplikasyonlar ($r=0,348$, $p<.01$) ve yaşam kalitesi ($r=0,325$, $p<.01$) alt boyut puanları arasında pozitif, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. HAD-A puanı ile ilaçlar ($r=0,221$, $p<.01$), yaşam aktiviteleri ($r=0,298$, $p<.01$), toplum ve izlem ($r=0,237$, $p<.01$), duruma ilişkin duygular ($r=0,282$, $p<.01$) ve cilt bakımı ($r=0,253$, $p<.01$) alt boyut puanları arasında pozitif, düşük düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

HAD-D puanı ile HÖGÖ toplam ölçek ($r=0,190$, $p<.01$), toplum ve izlem ($r=0,228$, $p<.01$), duruma ilişkin duygular ($r=0,280$, $p<.01$), tedavi ve komplikasyonlar ($r=0,215$, $p<.01$) ve yaşam kalitesi ($r=0,175$, $p<.01$) alt boyut puanları arasında pozitif, düşük düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. HAD-D ile ilaçlar, yaşam aktiviteleri ve cilt bakımı alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>.05$).

HAD-A ve HAD-D puanlarının HÖGÖ toplam ölçek puanı ile korelasyonu Şekil 4.2 ve 4.3'te yer almaktadır. HAD-A ve HAD-D puanları ile HÖGÖ toplam ölçek puanları arasında pozitif yönlü, düşük düzeyde korelasyon saptanmıştır.



Şekil4.2. HAD-A ve HÖGÖ Toplam Ölçek Puanlarının Korelasyonu



Şekil4.3. HAD-D ve HÖGÖ Toplam Ölçek Puanlarının Korelasyonu

5.TARTIŞMA

Total kalça ve diz artroplastisi geçiren bireylerin öğrenim gereksinimleri ile anksiyete ve depresyon durumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular literatür ışığında bu bölümde tartışılmıştır.

5.1.Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Öğrenim Gereksinimleri

Bu araştırma sonucunda bireylerin Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ) toplam puan ortalaması 158.10 ± 33.40 olarak saptanmıştır (Tablo 4.3). HÖGÖ'den alınabilecek en düşük puan 50, en yüksek puan ise 250'dir. HÖGÖ'den alınan toplam puan arttıkça bireylerin öğrenim gereksinimleri de artmaktadır. HÖGÖ toplam puan ortalamasının madde sayısına bölündüğünde elde edilen sonuç ise önem düzeyini göstermektedir. Toplam ölçek önem düzeyi: 3.16 olarak bulunmuştur. Ölçek likert yapılanmasına göre 3.16 değeri “ne az ne çok önemli” kategorisindedir. Bu sonuç araştırmanın örneklemini oluşturan bireylerin öğrenim gereksinimlerinin orta düzeyde olduğunu göstermektedir.

Öğrenim gereksinimlerine yönelik olarak yapılan çeşitli çalışmalarda HÖGÖ puan ortalamalarının değişiklik gösterdiği ve ortalamaların 212.56 ± 35.83 ile 106.2 ± 48.6 arasında değiştiği görülmektedir (Jacobs, 2000; Polat ve ark., 2014; Şahin ve ark., 2015; Goktas ve ark., 2015; Dursun ve Yılmaz, 2015; Akkuzu ve ark., 2016). Şendir ve ark. (2013)'nın total kalça ve diz artroplastisi sonrası hastaların taburculuk bilgi gereksinimlerini saptamak amacıyla yaptıkları çalışmada, HÖGÖ toplam ölçek puan ortalaması 188.00 ± 44.53 bulunmuştur. Çalışmamızda HÖGÖ puan ortalamalarının diğer çalışmalardan daha düşük bulunmasının nedeni, hastaların yaş ortalamasının 67.26 ± 9.44 olması ve eğitim durumlarının %97.7'sinin okur-yazar ya da ilkökul mezunu olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Yaş ve eğitim durumu ile HÖGÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 4.4).

HÖGÖ alt ölçekleri önem düzeyleri incelendiğinde; hastaların sırasıyla “ilaçlar”, “yaşam aktiviteleri” ve “tedavi ve komplikasyonlar” alt ölçek önem düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir (Şekil4.1). Johansson ve ark. (2002)'nin araştırmasında tedavi ve komplikasyonlar, ilaçlar ve duruma ilişkin duygular alt

ölçekleri önem düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Cerrahi girişim geçiren hastalarla yapılan çalışmalarda bizim çalışmamıza benzer olarak ilaçlar, tedavi ve komplikasyonlar ve yaşam kalitesi konularında öğrenim gereksinimlerinin daha öncelikli konular olduğu bulunmuştur (Özel, 2010; Uzun ve ark., 2011). Orgun ve Şen (2012) çalışmasında yaşam kalitesi, tedavi ve komplikasyonlar ve ilaçlar ile ilgili konuların hastalar için en öncelikli konular olduğunu saptamışlardır. Tan ve ark. (2013)'nın dahiliye kliniklerinde uyguladığı çalışmada önem düzeyleri ilaçlar, yaşam kalitesi ve tedavi ve komplikasyonlar olarak bulunmuştur. Polat ve ark. (2014)'nın çalışmasında tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi ve ilaçlar alt boyutlarının önem düzeyi daha yüksek olduğu bulunmuştur. Şahin ve ark. (2015)'nin çalışmasında hastaların öncelikle tedavi ve komplikasyonlar, yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi alanlarında bilgi almak istedikleri saptanmıştır. Önem düzeyleri değerlendirildiğinde hastaların tedavi ve komplikasyonlar, ilaçlar, yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi konularında daha fazla bilgi sahibi olmak istedikleri görülmektedir (Johansson, 2002; Özel, 2010; Uzun ve ark., 2011; Orgun ve Şen, 2012; Tan ve ark., 2013; Şahin ve ark., 2015). Çalışmamızda cerrahi girişimin hareket sistemini etkilediği grupta yapılması, yaşam aktiviteleri alt boyutunun önemlilik düzeyinin ikinci sırada olmasının nedeni olabilir (Yaban ve Karaöz, 2007).

Araştırmamızda HÖGÖ alt ölçek “toplum ve izlem”, “duruma ilişkin duygular” ve “cilt bakımı” alanlarının önem düzeyleri düşük bulunmuştur (Şekil4.1). Daha önce farklı gruplarla yapılan çalışma sonuçları araştırmamızın sonuçlarına benzer şeklidedir (Jacobs, 2000; Özel, 2010; Uzun ve ark., 2011; Erdoğan, 2012; Orgun ve Şen, 2012; Dursun ve Yılmaz, 2015). Bireylerin öğrenim gereksinimleri öncelikleri değerlendirildiğinde toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular ve cilt bakımı alanlarının öncelikli alanlar olmadığı saptanmıştır.

Yaşa göre HÖGÖ puan ortalamalarında, sadece ilaçlar alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunduğu (Tablo 4.4); 65-74 yaş grubunda olan hastaların, 85 yaş ve üzeri grupta olanlara göre öğrenim gereksinimlerinin daha yüksek ortalamalara sahip oldukları görülmüştür. Johansson ve ark. (2002) yaptığı çalışmada da 60-69 yaş grubu hastaların daha fazla öğrenim gereksinimlerine sahip olduğu saptanmıştır. Aksine Şendir ve ark.'nın (2013) çalışmasında yaş arttıkça öğrenim gereksinimlerinin de arttığı belirlenmiştir. Yapılan çeşitli çalışmalarda da yaş arttıkça

HÖGÖ ilaçlar alt boyutuna yönelik öğrenim gereksinimlerinin arttığı belirtilmektedir (Çelebi, 2015; Goktas ve ark., 2015; Akkuzu ve ark., 2016) Koroner arter bypass greft uygulanan hastalarla yapılan bir çalışmada genç ve orta yaşlı hastaların, yaşlılara göre daha öğrenmeye istekli oldukları bulunmuştur (Alkubati ve ark., 2013). Bu çalışmaların aksine hastaların yaşları ile öğrenim gereksinimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (Taşdemir ve ark., 2010; Erdoğan, 2012; Dursun ve Yılmaz, 2015; Özdemir ve ark., 2015). Çalışmamızda yaş ortalamasının 67.26 ± 9.44 olması ve 65 yaş üzeri hasta sayısının diğer çalışmalardan fazla olması sonuçları etkilemiş olabilir. Yaşlı gruptaki hastaların gereksinimlerinin yakınları tarafından karşılanması, hastaların öğrenim gereksinimleri puan ortalamasının düşük çıkmasının nedeni olabilir.

Cinsiyete göre HÖGÖ puan ortalamalarının farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde, ilaçlar alt boyutunda kadın katılımcıların aldıkları toplam puan ortalamaları, erkek katılımcıların aldıkları toplam puan ortalamalarından daha yüksektir (Tablo 4.5). Benzer şekilde, ilaçlar alt boyutunda kadınların erkeklere göre daha fazla öğrenim gereksinimleri olduğunu saptayan çalışmalar mevcuttur (Johansson ve ark., 2002; Suhonen ve ark., 2005; Uzun ve ark., 2011; Tan ve ark., 2013; Polat ve ark., 2014). Bu çalışmaların aksine hastaların cinsiyetleri ile öğrenim gereksinimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (Şendir ve ark., 2013; Dursun ve Yılmaz, 2015).

Eğitim durumlarına göre HÖGÖ puan ortalamalarının farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde, HÖGÖ toplam ölçek puanı ve ilaçlar hariç diğer alt boyutlar eğitim durumu açısından karşılaştırıldığında, ilkokul mezunlarının, okur-yazar olanlara göre daha yüksek ortalamalara sahip oldukları görülmektedir (Tablo 4.4). Hastaların öğrenim gereksinimlerine yönelik yapılan çalışmalarda genellikle eğitim düzeyi arttıkça, öğrenim gereksinimlerinin arttığı saptanmıştır (Uluslan, 2008; Tan ve ark., 2013; Polat ve ark., 2014; Stark ve ark., 2014; Dursun ve Yılmaz, 2015; Goktas ve ark., 2015). Öğrenim gereksinimleri ve eğitim düzeyi arasında anlamlı farklılık olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (Taşdemir ve ark., 2010; Uzun ve ark., 2011; Şendir ve ark., 2013; Özdemir ve ark., 2015).

Yerleşim yerine göre HÖGÖ puan ortalamalarının farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde duruma ilişkin duygular alt boyutunda ilçede yaşayanların, köyde

yaşayanlara göre daha yüksek ortalamalara sahip oldukları görülmektedir (Tablo 4.4). Demirkıran (2011) çalışmasında köyde yaşayan hastaların daha fazla öğrenim gereksinimleri olduğunu saptamıştır. Uzun ve ark. (2011) yaşanan yerin hastaların HÖGÖ puanlarını etkilemediğini saptamıştır. Daha önce yapılan çalışmalarda genellikle yaşanan yer değişken olarak alınmamış ve HÖGÖ ile ilişkisi değerlendirilmemiştir (Taşdemir ve ark., 2010; Orgun ve Şen, 2012; Polat ve ark., 2014; Şahin ve ark., 2015; Dursun ve Yılmaz, 2015).

Uygulanan ameliyata göre HÖGÖ puan ortalamalarının farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde, toplum ve izlem alt boyutu, uygulanan ameliyat açısından karşılaştırıldığında, total kalça artroplastisi uygulanan hastaların, total diz artroplastisi uygulanan hastalara göre daha yüksek ortalamalara sahip oldukları görülmektedir (Tablo 4.5). Şendir ve ark. (2013) kalça ya da diz artroplastisi sonrası hastaların taburculuktaki bilgi gereksinimlerini araştırdıkları çalışmada, cerrahi türünün öğrenim gereksinimi düzeylerini etkilemediği sonucuna ulaşmışlardır. Genel cerrahi hastalarıyla yapılan bir çalışmada ameliyat türü ile öğrenim gereksinimi düzeyleri arasında ilişki olmadığı saptanmıştır (Uzun ve ark., 2011). Total kalça artroplastisi sonrası evde yaşanan güçlükler (Açıksöz ve Uzun,2007) ve ameliyat sonrası uzun süreli bakım gerektirmesi araştırma bulgumuzun nedeni olabilir (Yaban ve Karaöz, 2007; Sveinsdottir ve Skuladottir, 2012).

Daha önce ameliyat olma durumuna göre HÖGÖ puan ortalamalarının farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde; toplam ölçek puanı ve alt boyutların tamamında daha önce ameliyat olmayan hastaların, ameliyat olanlara göre daha yüksek puanlar aldıkları ve bu farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (Tablo 4.4). Dursun ve Yılmaz (2015)'ın yaptıkları araştırma çalışmamızı destekler niteliktedir. Daha önce ameliyat olmayan hastaların ilaçlar, yaşam aktiviteleri, duruma ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi, cilt bakımı alt boyutları ve toplam ölçek puanları yüksektir. Daha önce ameliyat olan bireyler daha az öğrenim gereksinimine sahiptir. Uzun ve ark. (2011), Şendir ve ark. (2013) ve Çelebi (2015) yaptıkları çalışmalarda bireylerin daha önce ameliyat olma durumlarının öğrenim gereksinimlerini etkilemediğini saptanmışlardır. Yaşayarak öğrenme en eski ve en etkili öğrenme yöntemlerden biri olarak kabul edildiğinden,

daha önce ameliyat olan hastaların öğrenim gereksinimlerinin düşük olmasını açıkladığı düşünülebilir (Hacıalıoğlu, 2013).

Hastaların aldığı aile ve çevre desteği ile HÖGÖ puan ortalamalarının ilişkisi incelendiğinde yalnızca HÖGÖ alt boyutlarından yaşam kalitesi alt boyutunun toplam puanları ile aile ve çevreden alınan destek düzeyi arasında pozitif yönlü, düşük düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Bireylerin aile/çevre desteği arttıkça yaşam kalitesi alanında öğrenim gereksinimlerinin arttığı görülmektedir (Tablo 4.4). Yaşlı bireylerde yaşam kalitesini arttırmada aile ve çevre desteğinin önemli olduğu bilinmektedir (Scott ve Werger (2003)'den aktaran Öztop ve ark., 2008). Bu nedenle çalışmamızda aile ve çevre desteği yaşam kalitesini arttırmada önemli olarak algılanmış olabilir.

HÖGÖ puan ortalamalarının, hastaların mevcut hastalık sayısı ile ilişkisi incelendiğinde; yalnızca tedavi ve komplikasyonlar alt boyutunun toplam puanları ile hastalık sayısı arasında negatif, düşük düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Bireylerin hastalık sayısı arttıkça, tedavi ve komplikasyonlar alt boyutu alanında öğrenim gereksinimlerinin azaldığı saptanmıştır (Tablo 4.5). Uzun ve ark.(2011)'nin yaptığı çalışmada ameliyat gerektiren hastalık dışında eşlik eden hastalığın bulunmasının öğrenim gereksinimleri üzerine etkisi olmadığı belirlenmiştir.

HÖGÖ puan ortalamalarının hastaların daha önce geçirdiği ameliyat sayısı ile ilişkisi incelendiğinde; toplam ölçek puanı, toplum ve izlem ve tedavi ve komplikasyonlar alt boyutları ile ameliyat sayısı arasında negatif, düşük düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Bireylerin daha önce geçirdiği ameliyat sayısı arttıkça, toplam ölçek puanı, toplum ve izlem ve tedavi ve komplikasyonlar alanında öğrenim gereksinimlerinin azaldığı saptanmıştır (Tablo 4.5). Daha önce yapılan bir çalışmada, daha önce ameliyat olmayan hastaların ilaçlar, yaşam aktiviteleri, duruma ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi, cilt bakımı ve toplam ölçek puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Dursun ve Yılmaz,2015). Başka çalışmalarda da daha önce ameliyat olan ve olmayan hastaların öğrenim gereksinimleri arasında fark görülmediği saptanmıştır (Uzun ve ark., 2011; Çelebi, 2015).

Orgun ve Şen (2012) çalışmasında hastanede kalış süresi arttıkça bireylerin ilaç kullanımı, cilt bakımı ve yaşam aktiviteleri konusunda daha fazla bilgi gereksinimleri olduğunu saptamışlardır. Özel (2010) çalışmasında hastanede kalış süresi 16 günden fazla olan hastaların ilaçlar ve duruma ilişkin duygular alanında daha yüksek öğrenim gereksinimlerine sahip olduğunu belirtmiştir. Polat ve ark. (2014) öğrenim gereksinimleri düzeyi ile hastanede kalış süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuca ulaşamamışlardır. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde hastanede kalış süresinin öğrenim gereksinimi düzeylerini etkilemediği görülmektedir. Jacobs (2000)'un çalışması da bizim çalışma sonuçlarımızı destekler niteliktedir.

Çalışmamızda BKİ ve HÖGÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamasına karşın, yapılan bir çalışmada BKİ yüksek olan hastaların öğrenim gereksinimlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Demirkıran, 2011). Dursun ve Yılmaz (2015) çalışmasında da kilolu hastaların, HÖGÖ toplam ölçek puanları ile ilaçlar, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Yapılan çeşitli çalışmalarda medeni durumun öğrenim gereksinimleri üzerine etkisi olmadığı belirlenmiştir (Taşdemir ve ark., 2010; Uzun ve ark., 2011; Erdoğan, 2012; Şendir ve ark., 2013; Özdemir ve ark., 2015). Bu çalışmaların bulguları araştırma sonuçlarımızı desteklemektedir. Tan ve ark. (2013) bekar hastaların ilaçlar, toplum ve izlem ve yaşam kalitesi alt boyutlarına ait puanların daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Daha önce yapılan bir çalışmada bekar hastaların yaşam aktiviteleri alanında daha yüksek puanlara sahip olduğunu belirtilmiştir (İlk, 2010).

Araştırmamızda çalışma durumu ile HÖGÖ ve alt boyutları puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır. Özel (2010) çalışmasında benzer şekilde çalışma durumu ile öğrenim gereksinimleri arasında ilişki olmadığını saptamıştır. Demirkıran (2011) ev hanımlarının daha fazla öğrenim gereksinimleri olduğunu saptamıştır. Johansson ve ark. (2002)'nin yaptıkları çalışmada emekli olanların öğrenim gereksinimleri daha yüksek bulunmuştur. Çelebi (2015) çalışmasında yaşam aktiviteleri dışında tüm alt boyutlarda aktif olarak bir işte çalışmayan hastaların daha yüksek puanlara sahip olduğunu saptamıştır.

Gelir durumunun HÖGÖ üzerine etkisi incelendiğinde; çalışmamızda olduğu gibi bazı araştırmalarda da gelir durumunun HÖGÖ üzerine etkisi olmadığı saptanmıştır (Demirkıran, 2011; Dursun ve Yılmaz, 2015; Özdemir ve ark., 2015). Gelir düzeyi yüksek olan hastaların öğrenim gereksinimlerinin daha az olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (Eshah,2011; Erdoğan, 2012). Erdoğan (2012) çalışmasında gelir düzeyi düşük olan bireylerin yaşam aktiviteleri, duruma ilişkin duygular ve cilt bakımı alanlarında öğrenim gereksinimlerinin daha fazla olduğunu saptamıştır.

5.2.Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Anksiyete ve Depresyon Durumları

Çalışmamızda hastaların anksiyete (HAD-A) puan ortalamalarının 8.87 ± 5.32 olduğu ve %35.5'inin anksiyete yaşadığı; depresyon (HAD-D) puan ortalamalarının ise 7.39 ± 4.73 olduğu ve %47'sinin depresif semptomlara sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6). Moraes ve ark. (2010) çalışmasında ortopedi ve travmatoloji kliniklerinde yatan hastaların tamamında anksiyete oranının %35 olduğu, artroplasti nedeniyle yatan hastalarda ise bu oranın %46.2 olduğunu belirlemiştir. Aynı çalışmada ortopedi hastalarında depresyon oranını %28; artroplasti uygulanan hastalarda ise bu oranı %30.8 olarak rapor etmişlerdir (Moraes ve ark., 2010). Okanlı ve ark. (2006) cerrahi kliniklerinde yatan hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, anksiyete belirtilerinin görülme oranını %36; depresif belirtilerin görülme oranını %49.2 olarak saptanmıştır. Ortopedi kliniklerinde tedavi gören hastaların HAD-D puan ortalaması 6.4 ± 4.3 ; HAD-A ortalaması 7.3 ± 5.1 bulunmuştur (Okanlı ve ark., 2006). Kelleci ve ark. (2009)'nın hastaların tanı gruplarına göre anksiyete ve depresyonlarını araştırdığı çalışmada, ortopedi kliniğinde yatan hastalarda yoğun anksiyete yaşanma oranının %20; depresif belirtilerin görülme oranının ise %42.2 olduğu belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda da görüldüğü üzere cerrahi kliniklerde, ortopedi kliniklerinde ve özellikle artroplasti geçiren hastalarda anksiyete ve depresyonun yüksek olduğu görülmektedir (Kayahan ve Sertbaş, 2007; Moraes ve ark., 2010; Semiz ve ark., 2014). Artroplastinin hareket kabiliyetini etkilemesi ve ameliyat öncesi ve sonrası ağrı yaşanması depresyon ve anksiyete nedenlerindendir (Montin ve ark., 2002; Dal ve ark., 2012; Sveinsdottir ve Skuladottir, 2012). Artroplasti öncesi ağrı korkusunun (Wood ve ark.,2016) ve ameliyattan sonra görülen ağrının, hareket fonksiyonlarının zayıflığı ve çoklu hastalık varlığı bu hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyini etkileyen faktörlerdendir (Lindberg ve ark., 2016).

Yaş göre anksiyete ve depresyon puan ortalamaları incelendiğinde, HAD-D puanı 85 yaş ve üzerinde olan hastalarda daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.7). Khatib (2016) çalışmasında 60 yaş üzeri kalça artroplastisi uygulanan bireylerde ruhsal sıkıntının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Singh ve Lewallen (2014) çalışmasında 80 yaş ve üzeri total kalça artroplastisi geçiren hastaların anksiyete ve depresyon oranlarının diğer yaş gruplarına göre daha fazla olduğunu rapor etmişlerdir. Yaşlıların psikiyatrik bozukluklar özellikle depresyon açısından risk altında olduğu bilinmektedir (Koç ve Sağlam, 2011, Semiz ve ark., 2014). Eklem replasmanı uygulanan hastalarla yapılan bir çalışmada, gençlerde anksiyete belirtilerinin görülme sıklığının arttığı saptanmıştır (Wood ve ark., 2016). Çalışmamızda anksiyete ve yaş arasında bir fark bulunmamıştır. Yaş ortalamasının yüksek olması (ortalama: 67.2) anksiyete ile yaş arasında fark bulunmamasının nedeni olabilir. Yaş ile ameliyat sonrası anksiyete ve depresyon arasında ilişki olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (Okanlı ve ark., 2006; Kelleci ve ark., 2009; Nickinson ve ark., 2009).

Hastaların cinsiyete göre anksiyete ve depresyon düzeylerine bakıldığında (Tablo 4.7), HAD-A alt boyutunda kadın hastaların aldıkları puan ortalamaları, erkek hastaların aldıkları puan ortalamalarından daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Eklem replasmanı uygulanan hastalarla yapılan bir çalışmada, kadınlarda erkeklere oranla daha fazla anksiyete ve depresyon belirtisi görüldüğü rapor edilmiştir (Wood ve ark., 2016). Yine çalışmamıza benzer şekilde Taşdemir ve ark. (2013)'nın yaptığı çalışmada kadınların anksiyete düzeyleri erkeklerden yüksek oranda bulunmuştur. Yapılan diğer çalışmalarda da kadınlarda anksiyöz ve depresif belirtilerin daha fazla görüldüğü saptanmıştır (Kayahan ve Sertbaş, 2007; Basak ve ark., 2015). Ancak cinsiyet ile anksiyete ve depresyon belirtileri arasında ilişki olmadığını saptayan çalışmalar da mevcuttur (Yazıcı ve ark., 2003; Kelleci ve ark., 2009).

Medeni duruma göre hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde (Tablo 4.7); HAD-A ve HAD-D alt boyutunda bekar hastaların aldıkları puan ortalamaları, evli hastaların aldıkları puan ortalamalarından daha yüksektir. Benzer şekilde Kelleci ve ark. (2009)'nın yaptığı çalışmada da bekarlarda anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Daha önce yapılan

bazı çalışmalarda medeni durum ile anksiyete ve depresyon belirtileri arasında ilişki olmadığı saptanmıştır (Yazıcı ve ark., 2003; Okanlı ve ark., 2006).

Hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin evde yaşadıkları kişiye göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde; HAD-A puanı evde yaşanan kişi açısından karşılaştırıldığında, sadece çocuklarıyla birlikte yaşayan hastaların, eşiyle birlikte yaşayanlara göre daha yüksek puanlara sahip oldukları görülmektedir (Tablo 4.7). HAD-D puanı evde çocuklarıyla birlikte yaşayanların, eşiyle birlikte yaşayanlara ve eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayanlara göre daha yüksek puanlara sahip oldukları görülmektedir. Daha önce yapılan bir çalışmada kişinin evde birlikte yaşadığı kişi ile anksiyete ve depresyon düzeyi arasında ilişki bulunmamıştır (Koç ve Sağlam, 2011). Eş ve çocukların sosyal destek faktörü olarak düşünüldüğünde sosyal destek düzeyi arttıkça anksiyete ve depresyonun azaldığı söylenebilir (Krohne ve Slangen, 2005; Tristaino, 2016).

Hastalara uygulanan ameliyat türüne göre anksiyete ve depresyon durumlarının farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde; parsiyel kalça artroplastisi uygulanan hastaların, total kalça artroplastisi ve total diz artroplastisi uygulanan hastalara göre daha yüksek depresyon puan ortalamalarına sahip oldukları ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (Tablo 4.7). Kalça artroplastisi uygulanan hastaların, diz artroplastisi uygulanan hastalara göre anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.8). Genel cerrahi hastalarıyla yapılan bir çalışmada, acil cerrahi girişim uygulanan ve acil travma nedeniyle hastaneye kabul edilen hastaların, elektif cerrahi uygulanan hastalara göre daha yüksek anksiyete ve depresyon düzeylerine sahip oldukları bulunmuştur (Basak ve ark., 2015). Parsiyel kalça artroplastisi uygulanan hastaların tamamının kırık endikasyonu nedeniyle acil ameliyat olmasının depresyon riskini artırmış olabileceği düşünülmektedir.

HAD alt boyutlarından HAD-D alt boyutunun puanı ile postoperatif gün sayısı ve hastanede kalış süreleri arasında pozitif, düşük düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Hastanede kalış süresi arttıkça depresyon puan ortalamalarının arttığı görülmektedir (Tablo 4.9). Daha önce yapılan çalışmalarda cerrahi girişim sonrası hastanede kalış süresinin uzun olmasının anksiyete ve depresyon düzeylerini etkilediği rapor edilmiştir (Batista dos Santos ve ark., 2014;

Prina ve ark., 2015; Basak ve ark., 2015). Yapılan bazı çalışmalarda hastanede kalış süresi ile anksiyete ve depresyon puanları arasında ilişki olmadığı rapor edilmiştir (Semiz ve ark., 2014).

Hastaların BKİ ile anksiyete ve depresyon puanlarının ilişkisi incelendiğinde, yalnızca HAD-A alt boyutunun puanı ile beden kitle indeksi arasında negatif, düşük düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. BKİ arttıkça anksiyete puan ortalamaları azalmıştır. Kalça artroplastisi uygulanan hastalarla yapılan bir çalışmada BKİ yükseldikçe ruhsal sıkıntıların arttığı bulunmuştur (Khatib, 2016). Daha önce yapılan bir başka çalışmada BKİ 30 ve üzerinde olan bireylerde anksiyete belirtisi görülme oranı %47.1; depresyon belirtisi görülme oranı %55.8 bulunmuştur (Wood ve ark., 2016).

Eğitim durumu ile HAD puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Konuyla ilgili yapılan bazı çalışmalarda eğitim durumu ile anksiyete ve depresyon belirtileri arasında ilişki olmadığını gösteren çalışmalar olduğu gibi (Yazıcı ve ark., 2003; Kelleci ve ark., 2009); eğitim düzeyi düşük olan hastalarda anksiyete ve depresyon belirtilerinin daha fazla görüldüğünü saptayan çalışmalar da mevcuttur (Okanlı ve ark., 2006; Kayahan ve Sertbaş, 2007; Basak ve ark., 2015).

Yerleşim yeri ile HAD puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Koç ve Sağlam (2011) çalışmasında da benzer şekilde yerleşim biriminin anksiyete ve depresyonu etkilemediği rapor edilmiştir.

Araştırmamızda çevreden destek görme ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişki incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Araştırmamızda hastaların %94'ünün ailesinden ve çevreden aldığı desteği çok iyi ya da iyi olarak belirtmesi bu sonucun nedeni olabilir. Daha önce yapılan çalışmalarda, psikolojik destek arttıkça, anksiyete (Krohne ve Slangen, 2005) ve depresyon düzeylerinin düştüğü saptanmıştır (Tristaino, 2016).

Daha önce ameliyat olma durumu ile anksiyete ve depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Taşdemir ve ark. (2013)'nın yaptığı çalışmada da bizim çalışmamızı destekler nitelikte hastaların ameliyat geçmişi olması ile anksiyete belirtileri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Basak ve ark. (2015) genel cerrahi hastalarıyla

yaptıkları çalışmada daha önce ameliyat olmayan hastaların anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğunu saptamışlardır.

5.3.Hastaların Öğrenim Gereksinimleri ile Anksiyete ve Depresyon Durumları

Hasta öğrenim gereksinimleri ölçeği ve alt boyutlarına ait toplam puanların, hastane anksiyete ve depresyon ölçeği alt boyutları ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu testi sonuçlarına göre HAD-A ve HAD-D alt boyutları HÖGÖ toplam ölçek puanları arasında ilişki bulunmuştur (Tablo 4.10).

HAD-A puanı ve ilaçlar, yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, cilt bakımı alt boyutlarının puanları arasında pozitif, düşük düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<.01$). HAD-A puanı ile HÖGÖ toplam ölçek, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi puanı arasında pozitif, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<.01$).

HAD-D puanı ve HÖGÖ toplam ölçek, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi puanı arasında pozitif, düşük düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<.01$). Daha önce yapılan çalışmalarda düzenli ve planlı eğitim uygulanan bireylerde anksiyete ve depresyon belirtilerinin azaldığı saptanmıştır (Cebeci ve Celik, 2011; Koç ve Sağlam, 2011; Taşdemir ve ark., 2013). Bir başka çalışmada da benzer şekilde öğrenim gereksinimlerine yönelik yapılan eğitimin anksiyete seviyesini düşürdüğü bulunmuştur (Yıldız ve ark., 2014; Yıldız ve ark., 2015). Ayrıca depresif durum hastaların aldıkları ve bekledikleri bilgi oranını etkilemektedir (Stark ve ark., 2014).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Yaşlı nüfusun giderek artması ve cerrahi yöntemlerin gelişmesi ile kalça ve diz artroplastisi sık uygulanan cerrahi girişimlerden olmuştur. Cerrahi girişim geçirecek hastaların öğrenim gereksinimleri hastalıklarına ve bireysel özelliklerine göre farklılık göstermektedir. Hastaların öğrenim gereksinimleri karşılanırken öncelikle gereksinim duydukları konulara yer verilmesi, hastalıkla baş etmede, tedaviye uyum sağlamada, hastaneye tekrarlı başvuruları azaltmada ve memnuniyeti arttırmada önemlidir. Ortopedi ve travmatoloji kliniklerinde ameliyat geçiren hastalarda ruhsal sıkıntılar sık görülmektedir. Hastaların öğrenim gereksinimleri karşılanırken bireyin psikolojik durumları da göz önüne alınmalıdır. Bu çalışma kalça ve diz artroplastisi geçiren bireylerin öğrenim gereksinimleri ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla bir devlet hastanesinin ortopedi ve travmatoloji kliniklerinde yatan hastalarla yapılmıştır.

Hasta tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; hastaların yaş ortalamasının 67.26 ± 9.44 olduğu %77'sinin kadın, %77.4'ünün evli, , %62.7'sinin ise ilköğretim mezunu olduğu görülmüştür. Hastaların %97,7'sinin çalışmadığı, %47.9'unun köyde, %59.4'ünün eşiyle yaşadığı, %94'ünün aile ve çevresinden iyi ve çok iyi destek aldığı belirlenmiştir. Beden kitle indeksi açısından %45.6'sının obez grubunda yer aldığı bulunmuştur. Toplam hastanede kalış süresi ortalaması 11.01 ± 4.05 gün; ameliyattan sonra kalış süresi ortalaması ise 8.8 ± 3.58 gündür. Uygulanan ameliyatlardan %77.9'u total diz artroplastisi ve en fazla ameliyat endikasyonu gonartrozdur. Hastaların %91.7'sinin primer kalça/diz artroplastisi geçirdiği, %73.2'sinin ek hastalığı bulunduğu ve %73,7'sinin daha önce ameliyat geçirdiği saptanmıştır.

HÖGÖ toplam puan ortalamasının 158.10 ± 33.40 bulunması hastaların ameliyat sonrası öğrenim gereksinimlerinin orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Öğrenim gereksinimleri alt boyutları incelendiğinde, hastaların ilaçlar, yaşam aktiviteleri, tedavi ve komplikasyonlar alanlarında daha fazla bilgiye gereksinim duyduğu belirlenmiştir. HÖGÖ toplam ölçek ve alt boyutları puan ortalamaları ile yaş, cinsiyet, eğitim durumu, yerleşim yeri, uygulanan ameliyat türü, daha önce ameliyat olma durumu, aileden destek görme, mevcut hastalık sayısı ile daha önce olunan

ameliyat sayısı değişkenleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<.05$).

HAD-A puan ortalamasının 8.87 ± 5.32 , HAD-D puan ortalamasının 7.39 ± 4.73 olduğu; hastaların %35.5'inin anksiyete, %47.0'sinin depresyon alt boyutunda eşik üstü puanlara sahip olduğu belirlenmiştir. Yaş, cinsiyet, medeni durum, evde birlikte yaşanan kişi, uygulanan ameliyat türü, postoperatif gün, hastanede kalış süresi ve beden kitle indeksi ile HAD-A ve HAD-D arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<.05$). Kalça artroplastisi uygulanan hastaların HAD-A ve HAD-D puan ortalamalarının diz artroplastisi uygulanan hastalara göre daha yüksek ortalamalara sahip oldukları saptanmıştır.

HAD-A ile HÖGÖ toplam ölçek ve tüm alt boyutları arasında; HAD-D puan ortalamaları ile HÖGÖ toplam ölçek, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyonlar ile yaşam kalitesi alt boyutları arasında pozitif, düşük düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Kalça ve diz artroplastisi uygulanan hastalara hastaneye kabul edildiği andan itibaren ameliyat öncesi ve sonrası öğrenim gereksinimlerine yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Etkili eğitimin sağlanması için hastaların bireysel ve sosyo-demografik özelliklerinin göz önünde bulundurulması,
- Bireylerin en fazla gereksinim duyduğu, ilaçlar, yaşam aktiviteleri ile tedavi ve komplikasyonlara yönelik öğrenim gereksinimlerinin karşılanması ve HÖGÖ kullanılarak yeniden değerlendirme yapılması,
- Hastaların depresyon ve anksiyete taramalarının düzenli olarak yapılarak eşik üstü puanlara sahip olan hastaların psikiyatrik hizmetlere yönlendirilmesi ve izlenmesi,
- Anksiyete ve depresyon açısından riskli grupta bulunduğu belirlenen; 85 yaş ve üzeri olan, bekar olan, evde sadece çocukları ile yaşayan, hastanede kalış süresi uzayan bireylerin yakından izlenmesi,
- Çalışmanın farklı hastanelerde daha büyük örneklem grubuyla tekrarlanması,
- Çalışmamızda değerlendirmeler yalnızca ameliyat sonrasında yapılmıştır. Daha kapsamlı sonuçlar elde edilebilmesi, ameliyat öncesi ve sonrasında karşılaştırılabilmesi için hastaların ameliyat öncesi dönemde de değerlendirilmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

Açıksöz S, Uzun Ş. Total Kalça Protezi Uygulanan Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerine Yönelik Evde Bakımda Karşılaşılan Güçlükler. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2007;11(1): 8-16.

Akkuzu G, Kurt G, Guvenc G, Kok G, Simsek S, Dogrusoy, S, Ayhan A. Learning Needs of Gynecologic Cancer Survivors. Journal of Cancer Education. 2015; 1-7.

Alkubati SA, Al-Zaru IM, Khater W, Ammouri A A. Perceived learning needs of Yemeni patients after coronary artery bypass graft surgery. Journal of clinical nursing, 2013; 22 (7-8):930-938.

Archibald G. Patients' Experiences of Hip Fracture. Journal of Advanced Nursing. 2003; 44 (4): 385-392.

Aslan FE. Ağrı. In: Karadakovan A, Aslan FE, eds.Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Geliştirilmiş 3. Baskı. Ankara: Akademisyen tıp, 2014, s: 127-149.

Aydemir Ö. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 1997; 8(4):280-287.

Barksdale P, Backer J. Health-Related Stressors Experienced by Patients Who Underwent Total Knee Replacement Seven Days After Being Discharged Home. Orthopaedic Nursing. 2005; 24(5): 336-342.

Basak F, Hasbahceci M, Guner S, Sisik A, Acar A, Yucel M, Kilic A, Bas, G. Prediction of anxiety and depression in general surgery inpatients: A prospective cohort study of 200 consecutive patients. International Journal of Surgery. 2015; 23: 18-22.

Başal Ö, Baykal B, Burç H, Turgay O, Öztürk R. Artrozlar ve Artroplasti& Güncel Artrodez Yaklaşımları/ Kalça Artroplastileri. Online Journal of Clinical And Analytical Medicine. 2015:479-507. Doi:10.4328/DERMAN.3807.

Batista dos Santos MM, Martins A, Carlos J, Nunes Oliveira LM. Anxiety, depression and stress in the preoperative surgical patient. *Revista de Enfermagem Referência*. 2014; 4(3):7-15.

Bilik Ö. Kalça Protezi Uygulanmış Olan Hastaların Evde Telefonla İzlenmesinin İyileşmeye Etkisi. E. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2006, İzmir (Danışman: Prof. Dr. Alev Dramalı).

Birol L. Hemşirelik Süreci Hemşirelik Bakımında SistematiK Yaklaşımlar. 6. Baskı. İzmir: Etki Matbaacılık; 2002, s:115-138.

Browne JA, Sandberg BF, D'Apuzzo MR, Novicoff WM. Depression is Associated With Early Postoperative Outcomes Following Total Joint Arthroplasty: A Nationwide Database Study. *The Journal of Arthroplasty*. 2014; 29(3): 481-483.

Bubela N, Galloway S, McCay E, McKibbin A, Nagle L, Pringle D, Ross E, Shamian J. The patient learning needs scale: reliability and validity. *Journal Advanced Nursing*. 1990;15:1181-1187.

Büyükyılmaz F. Total Kalça veya Diz Protezi Ameliyatı Olan Hastalara Uygulanan Gevşeme Egzersizleri, Sırt Masajının Ağrı ve Anksiyete Üzerine Etkisi, İ.Ü. sağlık Bilimleri Enstitüsü,Doktora Tezi, 2009, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Türkinaz Atabek Aştı).

Cebeci F, Celik SS. Effects of discharge teaching and counselling on anxiety and depression level of CABG patients. *Turkish J Thorac Cardiovasc Surg*. 2011; 19(2):170-176.

Cebeci F, Çelik SŞ. Discharge training and counselling increase self-care ability and reduce postdischarge problems in CABG patients. *Journal of clinical nursing*. 2008; 17(3): 412-420.

Crichlow RJ, Andres PL, Morrison SM, Haley SM, Vrahas MS. Depression in orthopaedic trauma patients. *J Bone Joint Surg Am*. 2006; 88(9): 1927-1933.

Çatal E, Dicle A. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkiye'de Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. DEUHYO ED. 2008; 1(1): 19-32.

Çelebi C. Günübirlik Cerrahi Hastalarının Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Kevin Kanan).

Dal Ü, Bulut H, Demir SG. Cerrahi Girişim Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Sorunlar. Bakırköy Tıp Dergisi. 2012; 8: 34-40.

Demirkıran G. Koroner Arter Bypass Graft Geçiren Hastaların Taburculuk Gereksinimlerinin Belirlenmesi, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011; Malatya (Doç. Dr. Özge Uzun).

Duivenvoorden T, Vissers MM, Verhaar JAN, Busschbach JJV, Gosens T, Bloem RM, Reijman M. Anxiety and Depressive Symptoms Before and After Total Hip and Knee Arthroplasty: A Prospective Multicentre Study. Osteoarthritis and Cartilage. 2013; 21(12): 1834-1840.

Dursun HB, Yılmaz E. Batın Cerrahisi Yapılan Hastaların Öğrenim Gereksinimleri. CBU-SBED. 2015; 2(3): 65-70.

Ekşioğlu E, Gürçay E. Total Diz Artroplastisi Sonrası Reahabilitasyon. İst Tıp Fak Derg. 2013; 76(1): 16-21.

Erdil F, Bayraktar N. Yaşlı Bireylerde Kas-İskelet Sorunlarına Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2010; 18(2): 106-113.

Erdil F, Elbaş NÖ. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği (Genişletilmiş V. Baskı). Ankara: Aydoğdu Ofset; 2008, s: 569-583.

Erdoğan M. Açık Kalp Ameliyat Olan Hastaların Bilgilendirme Gereksinimlerinin Belirlenmesi. B. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, Ankara (Danışman: Yard. Doç. Dr. Azize Karahan).

Ertekin PŞ, Tel H. Depresyon Tanılı Birey ve Hemşirelik Yaklaşımı. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2012; 3(2): 86-91.

Eshah NF. Jordanian acute coronary syndrome patients' learning needs: Implications for cardiac rehabilitation and secondary prevention programs. *Nursing & health sciences*. 2011; 13(3), 238-245.

Esin MN. Örnekleme. In: Semra Erdoğan, Nursen Nahcivan, M. Nihal Esin, eds. *Hemşirelikte Araştırma*. 2. Baskı. İstanbul: Nobel tıp; 2015, p:189.

Falvo DR. *Effective Patient education:A Guide To Increased Adherence*. 4. Edition. Canada: Jones and Barlet; 2011, p:33-58.

Fındık Ü. Cerrahi Süreç: Ameliyat Sonrası Bakım ve Komplikasyonların Önlenmesi. In: Fatma Eti Aslan, Eds. *Cerrahi Bakım Vaka Analizleri ile Birlikte*. Ankara: Akademisyen Tıp, 2016, s:425-454.

Fischer H, Simanski C. A Procedure-specific Systematic Review and Consensus Recommendations for Analgesia After Total Hip Replacement. *Anaesthesia*. 2005; 60(12): 1189-1202.

Goh ML, Chua JY, Lim L. Total knee replacement pre-operative education in a Singapore tertiary hospital: A best practice implementation project. *International journal of orthopaedic and trauma nursing*. 2015; 19(1): 3-14.

Goktas SB, Yildiz T, Nargiz SK. The Evaluation of Nursing Care Satisfaction and Patient Learning Needs in day Case Surgery. *Indian Journal of Surgery*. 2015; 77(3): 1172-1179.

Gray PA, Pratt E. Total Hip Arthroplasty. In: Maxey, L.,Magnusson, J.,eds.*Rehabilitation for the Postsurgical Orthopedic Patient*. 3. Edition. China: Elsevier Mosby; 2013,p: 362-374).

Güler G, Atıcı Ş, Kurt E, Karaca S, Yılmazlar A. Kalça ve Diz Artroplastisi Anestezisinde Güncel Yaklaşımlar. *Turkish Journal of Anesthesia & Reanimation*. 2015; 43(3): 188-195.

Hacıalioğlu N. *Hemşirelikte Öğretim Öğrenme ve Eğitim*. 2. Baskı. İstanbul: Nobel tıp; 2013, s:19.

Hadjistavropoulos HD, Garratt S, Janzen JA, Bourgault-Fagnou MD, Spice K. Development And Evaluation of A Continuity of Care Checklist For Improving Orthopaedic Patient Discharge From Hospital. J Orthop Nurs. 2009; 13: 183-193.

Harkess JW, Crockarell JR. Arthroplasty of The Hip. In: Canale, S.T. , Beaty, J.H., eds. Campbell's Operative Orthopaedics. 12th Edition. Elsevier Mosby; 2012, p:158-310.

Hohler SE. Total Knee Arthroplasty: Past Successes and Current Improvements. AORN Journal. 2008; 87(1): 143-162.

İlk A. İç Hastalıkları Kliniğinde Yatan kronik Hastalığa Sahip hastaların Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi, H. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, 2010, İstanbul (Prof. Dr. Necmiye Sabuncu).

Jacops V. Informational Needs of Surgical Patients Following Discharge. Applied Nursing Research. 2000; 13(1):12-18.

Johansson K, Hupli M, Salantera S. Patients' Learning Needs After Hip Arthroplasty. Journal of Clinical Nursing. 2002; 11: 634-639.

Johansson K, Nuutila L, Virtanen H, Katajisto J, Salantera S. Preoperative Education For Orthopaedic Patients: Systematic Review. Journal of Advanced Nursing. 2005; 50(2):212–223.

Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni.2011; 45(2): 65-74.

Kaya H. Sağlık Eğitiminde Hasta Eğitimi ve Hemşirenin Sorumlulukları. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi. 2009; 1(1): 19-23.

Kayahan M, Sertbaş G. Dahili ve Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastalarda Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2007; 8: 113-120.

Kelleci M, Aydın D, Sabancıoğulları S, Doğan S. Hastanede Yatan Hastaların Bazı Tanı Gruplarına Göre Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri. Klinik Psikiyatri. 2009; 12: 90-98.

Khatib Y, Jenkin D, Naylor JM, Harris IA. Psychological Traits in Patients Waiting for Total Knee Arthroplasty. A Cross-sectional Study. The Journal of arthroplasty. 2016; 31: 1661-1666.

Kocabaşoğlu N. Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi. 2008; 62: 175-184.

Koç Z, Sağlam Z. Hastanede Yatan Yaşlı Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2011; 3: 42-51.

Krohne HW, Slangen KE. Influence of social support on adaptation to surgery. Health Psychology. 2005; 24(1): 101.

Lee LL, Hsu N, Chang SC. An Evaluation of The Quality of Nursing Care in Orthopaedic Units. J Orthop Nurs. 2007; 11: 160-168.

Lin PC, Wang JL, Chang SY, Yang FM. Effectiveness of a discharge-planning pilot program for orthopedic patients in Taiwan. International journal of nursing studies. 2005; 42(7), 723-731.

Lindberg MF, Miaskowski C, Rustøen T, Rosseland LA, Paul SM, Cooper BA, Lerdal A. The Impact of Demographic, Clinical, Symptom and Psychological Characteristics on the Trajectories of Acute Postoperative Pain After Total Knee Arthroplasty. Pain Medicine. 2016; 0:1-16.

Lucas B. (2008a) .Total Hip and Total Knee Replacement: Preoperative Nursing Management. British Journal of Nursing. 2008; 17(21):1346-51.

Lucas B. (2008b). Total Hip and Total Knee Replacement: Postoperative Nursing Management. British Journal of Nursing. 2008; 17(22): 1410-1414.

Lucas B. Preparing Patients for Hip and Knee Replacement Surgery. Nursing Standard. 2007; 22(2): 50-58.

Marcus C. Strategies for Improving The Quality of Verbal Patient and Family Education: A Review of The Literature and Creation of The Educate Model. Health Psychology and Behavioural Medicine. 2014; 2(1): 482-495.

Mihalko WM. Arthroplasty of The Knee. In: S. Terry Canale and James H. Beaty (Ed.). Campbell's Operative Orthopaedics. Canada: Elsevier Mosby; 2012, p.376-444.

Montin L, Suominen T, Leino-Kilpi H. The Experiences of Patients Undergoing Total Hip Replacement. J Orthop Nurs. 2002; 6: 23-29.

Moraes VY, Jorge MR, Faloppa F, Belloti JC. Anxiety And Depression in Brazilian Orthopaedics İnpatients: A Cross Sectional Study With A Clinical Sample Comparison. J Clin Psychol in Med Settings. 2010; 17(1), 31-37.

Nickinson RS, Board TN, Kay PR. Post-Operative Anxiety and Depression Level in Ortopaedic Surgery: A Study Of 56 Patients Undergoing Hip or Knee Arthroplasty. Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2009; 15: 307-310.

Okanlı A, Özer N, Akyıl RÇ, Koçkar Ç. Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006; 9(4): 38-44.

Orgun F, Şen G. Bir Devlet Hastanesinin Cerrahi Birimlerinde Yatan Hastaların Öğrenim Gereksinimlerinin Saptanması. Uluslar arası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi. 2012; 2(4):52-64

Ouellet LL, Hodgins MH, Pond S, Knorr S, Geldart G. Post-Discharge Telephone Follow-Up For Orthopaedic Surgical Patients: A Pilot Study. J Orthop Nurs. 2003; 7: 87-93.

Özdemir A, Yıldız H, Akansel N. Learning Needs of Hematology Patients. International Journal. 2015; 8(3), 577.

Özel S. Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2010, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ükke Karabacak).

Özkan K, Uygur E, Özkan FÜ. Total kalça artroplastisinde venöz tromboemboli profilaksisi. TOTBİD Dergisi. 2013: 276–280.

Öztop H, Şener A, Güven S. Evde bakımın yaşlı ve aile açısından olumlu ve olumsuz yönleri. Yaşlı sorunları araştırma dergisi. 2008; 1(1): 39-49.

Öztürk H, Çilingir D, Hintistan S. Hastaların Dahiliye ve Cerrahi Kliniklerinde Hemşirelerin Yaptığı Hasta Eğitimlerini Değerlendirmesi. DEUHY-ED. 2011; 4(4): 153-158.

Pieper B, Sieggreen M, Freeland B, Kulwicki P, Frattaroli M, Sidor D. et al. Discharge Information Needs of Patients After Surgery. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2006; 33(3):281-292.

Pivec R, Johnson AJ, Mears SC, Mont MA. Hip Arthroplasty. Lancet. 2012; 380: 1768-1777.

Polat S, Celik S, Erkan HA, Kasali K. Identification of learning needs of patients hospitalized at a University Hospital. Pakistan journal of medical sciences. 2014; 30(6): 1253-1258.

Prina AM, Cosco TD, Denning T, Beekman A, BrayneC, Huisman M. The association between depressive symptoms in the community, non-psychiatric hospital admission and hospital outcomes: A systematic review. Journal of psychosomatic research. 2015; 78(1): 25-33.

Rakel BA, Blodgett NP, Zimmerman MB, Logsden-Sackett N, Clark C, Noiseux N, Sluka KA. Predictors of postoperative movement and resting pain following total knee replacement. PAIN, 2012; 153(11): 2192-2203.

Riediger W, Doering S, Krismer M. Depression and somatisation influence the outcome of total hip replacement. International orthopaedics. 2010; 34(1), 13-18.

Rolfson O, Dahlberg LE, Nilsson JÅ, Malchau H, Garellick G. Variables Determining Outcome in Total Hip Replacement Surgery. Journal of Bone & Joint Surgery, British Volume. 2009; 91(2), 157-161.

Semiz M, Pazarcı Ö, Kavakcı Ö, Öztemur Z, Bulut O. Ortopedi Kliniğinde Ameliyat Edilen Hastalarda Ameliyat Sonrası Psikiyatrik Belirtiler. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2014; 11(1), 15-22.

Singh JA, Lewallen DG. Time trends in the characteristics of patients undergoing primary total knee arthroplasty. *Arthritis care & research*. 2014; 66(6), 897-906.

Stark ÅJ, Ingadottir B, Salanterä S, Sigurdardottir A, Valkeapää K, Bachrach-Lindström M, Unosson M. Fulfilment of knowledge expectations and emotional state among people undergoing hip replacement: A multi-national survey. *International journal of nursing studies*. 2014; 51(11): 1491-1499.

Stundner O, Kirksey M, Chiu YL, Mazumdar M, Poultsides L, Gerner P, Memtsoudis SG. Demographics and Perioperative Outcome in Patients with Depression and Anxiety Undergoing Total Joint Arthroplasty: A Population-Based Study. *Psychosomatics*. 2013; 54: 149-157.

Suhonen R, Nenonen H, Laukka A, Välimäki M. Patients' informational needs and information received do not correspond in hospital. *Journal of Clinical Nursing*. 2005; 14(10), 1167-1176.

Sullivan M, Tanzer M, Stanish W, Fallaha M, Keefe FJ, Simmonds M, Dunbar M. Psychological Determinants of Problematic Outcomes Following Total Knee Arthroplasty. *Pain*. 2009; 143(1): 123-129.

Sveinsdóttir H, Skúladóttir H. Postoperative Psychological Distress in Patients Having Total Hip or Knee Replacements: An Exploratory Panel Study. *Orthopaedic Nursing*. 2012; 31(5): 302-311.

Şahin SY, İyigün E, Açikel C. Kolorektal kanser cerrahisi uygulanan hastaların bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2015; 14(5), 401-405.

Şendir M. Total Kalça Protezi Öncesi Hasta Eğitiminin Ameliyat Sonrası Fiziksel Uyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi. İ. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2000, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Kamerya Babadağ).

Şendir M, Büyükyılmaz F, Muşovi D. Patients' Discharge Information Needs After Total Hip and Knee Arthroplasty: A Quasi-Qualitative Pilot Study. *Association of Reahabilitation Nurses*. 2013; 38: 264-271.

Şenyuva E, Taşocak G. Hemşirelerin Hasta Eğitimi Etkinlikleri ve Hasta Eğitim Süreci. İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi. 2007; 15(59): 100-106.

Tan M, Özdelikara A, Polat H. Hasta Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi. F.N. Hem. Derg. 2013; 21(1):1-8.

Tanrıverdi M.H., Abakay A. Akut Pulmoner Emboli. Göztepe Tıp Dergisi. 2012; 27(1):30-36.

Taşdemir A, Erakgün A, Deniz MN, Çertuğ A. Preoperatif bilgilendirme yapılan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerinin state-trait anxiety inventory test ile karşılaştırılması. Turk J Anaesth Reanim. 2013; 41: 44-49.

Taşdemir N, Güloğlu S, Turan Y, Çataltepe T, Özbayır T. Learning Needs of neurosurgery patients. Journal of Neurological Sciences (Turkish). 2010; 27(4): 414-420.

Tokem Y, Taşdemir N. Kas İskelet Sistemi Hastalıkları. In: Çelik, S., Yeşilbalkan, Ö.U., eds.Dahili ve Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği. Ankara: Nobel; 2015, s. 282-312.

Tristaino V, Lantieri F, Tornago S, Gramazio M, Carriere E, Camera A. Effectiveness of psychological support in patients undergoing primary total hip or knee arthroplasty: a controlled cohort study. Journal of Orthopaedics and Traumatology. 2016;17:137–147.

Turhan H. Ameliyatın Diz Protezi Uygulanan Hastalar Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi,D.E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, 2012, İzmir (Danışman: Yrd.Doç. Dr. Özlem Bilik).

Uluslan Z. Kalça Protezi Uygulanan Hastaların Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimlerinin Saptanması, G. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2008, Ankara (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Naile Bilgili).

Uzun O, Ucuzal M, İnan G. Post-Discharge Learning Needs of General Surgery Patients. Pak J Med Sci. 2011; 27: 634-637.

Ünlü H. Kas İskelet Sisteminin Cerrahi Gerektiren Hastalıklarında Hemşirelik Bakımı. Nalan özhan Elbaş (Ed.). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Akıl Notları Ankara: Güneş Tıp Kitapevi; 2016, s:117-153.

Vissers MM, Bussman JB, Verhaar, JAN, Busschbach JJV, Bierma-Zeinstra SMA, Reijman M. Psychological Factors Affecting the Outcome of Total Hip and Knee Arthroplasty: A Systematic Review. Semin Arthritis Rheum. 2012; 41(4): 576-88.

Walker J. Care of Patients Undergoing Joint Replacement. Nursing Older People. 2012; 24(1): 14-20.

Wang Y, Eldridge N, Metersky ML, Verzier NR, Meehan TP, Pandolfi MM, Sonnenfeld N. National trends in patient safety for four common conditions, 2005–2011. New England Journal of Medicine. 2014; 370(4): 341-351.

Wood TJ, Thornley P, Petruccelli D, Kabali C, Winemaker M, de Beer J. Preoperative Predictors of Pain Catastrophizing, Anxiety and Depression in Patients Undergoing Total Joint Replacement. The Journal of Arthroplasty. 2016;1-7.

Yaban ZŞ, Karaöz S. Total Kalça Protezi Ameliyatında Hemşirelik Bakımı. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2007; 11(1):47-53.

Yaban ZŞ. Total Kalça Protezi Ameliyatı Olan Hastaların Deneyimleri. K.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2006, Kocaeli (Danışman: Prof. Dr. Süreyya Karaöz).

Yavuz M. Kas İskelet Sistemi Hastalıkları. In: Ayfer Karadakovan ve Fatma Eti Aslan (Ed.). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Geliştirilmiş 3. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp; 2014, s:1241-1313.

Yazıcı K, Tot Ş, Yazıcı A, Kanık A, Erdem P, Buturak V. Okyay Y, Şimşek Y. Hastanede Yatan Tıbbi Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ile Sosyodemografik Faktörlerin İlişkisi. Yeni Symposium. 2003; 41(3): 120-124.

Yıldız T. Cerrahi Hasta Eğitiminde Kullanılan Güncel Yöntemler: Hastalık Merkezli Değil, Hasta Merkezli Eğitim. MÜSBED. 2015; 5(2):129-133.

Yıldız T, Gürkan S, Gür Ö, Ünsal C, Göktaş SB, Özen Y. Effect of standard versus patient-targeted in-patient education on patients' anxiety about self-care after discharge from cardiovascular surgery clinics. Cardiovascular Journal of Africa. 2014; 25(6):259-263.

Yıldız T, Malak A, Göktaş SB, Özen Y. Effect of Patient Education on Patient Anxiety Level Using "Scale of Patient Education Requirements" in Open Heart Surgery. Kosuyolu Heart Journal. 2015; 18(1):1-5.

Yildiz C, Uzun O, Sinici E, Atesalp AS, Ozsahin A, Basbozkurt M. Psychiatric Symptoms İn Patients Treated With An Ilizarov External Fixator. Acta Orthop Traumatol Turc. 2005; 39(1):59-63.

Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand. 1983;67:361-367.

EKLER

EK-1 ETİK KURUL ONAYI

**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

Sayı: 70904504/
Konu:

2015

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Fatma CEBECİ	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kalça ve Diz Artroplastisi Geçiren Bireylerin Öğrenim Gereksinimleri ile Anksiyete ve Depresyon Durumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:94	Tarih: 25.02.2015
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	
	Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz	

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL
Başkan

Öğr.Gör.Dr.M. Levent ÖZGÖNÜL
Başkan Yardımcısı(İzinli)

Prof.Dr. Ali Aydın YAZDIZ
Üye

Prof.Dr. Oktay ERAY
Üye

Prof.Dr. Bülge KARSLI
Üye

Prof.Dr. Can CEMİKOL
Üye

Prof.Dr. Murat CANPOLAT
Üye

Doç.Dr.Ebru Nur BARÇIN
Üye (İzinli)

Doç.Dr. Feriye MENOL
Üye

Doç.Dr. Hasan MUTLU
Üye

Doç.Dr.Doga TÜRKKAHRAMAN
Üye (İzinli)

Doç.Dr. Gülşen Özge BAŞAL
Üye

Av. Mustafa AÇIKEL
Üye

Turgut ALTUN
Üye

EK-2 HASTANE İZİN YAZISI

Evrak Tarih ve Sayısı: 23/03/2015-12238

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Uşak İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı :81450527-05-770 - 197 / 3720
Konu: Bilgen KAHYA -Tez Çalışması

15/03/2015

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı
ANTALYA

İlgi :11.02.2015 tarih ve 3102 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazınıza istinaden; Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Bilgen KAHYA 'nın "Kalça ve Diz Artroplastisi Geçiren Bireylerin Öğrenim Gereksinimleri ile Depresyon Durumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi " başlıklı tezi ile ilgili çalışmalarını, Genel Sekreterliğimize bağlı Uşak Devlet Hastanesinde Ortopedi ve Travmatoloji kliniklerinde kalça ve diz artroplastisi uygulanan hastalar üzerinde yapması tarafımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Uz.Dr.Yalçın ATLI
Genel Sekreter

Uşak İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
İdari İşler Başkanlığı -Eğitim Birimi
Tel:0 276 216 70 00-07-08 Fax:0276 21670 -12-16
EPosta:egitimgs@gmail.com İnternet Adresi: <http://www.usakhhb.gov.tr/>
Adres: Cumhuriyet Mah.1.Emlak Sok.No:39 UŞAK

Bilgi için: Ayşe AKAR
Hemşire
Tel:0276 216 70 00-126

EK-3 HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) Ölçeği

Gelen Kutusu x



Bilgen Kahya <blgnkhy@gmail.com>

6.01.2015 ☆



Alıcı: soaydemir, omer.aydemir ▾

Hocam merhaba. Kusura bakmayın rahatsız ediyorum. Ben Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisim. Şuan yüksek lisans aşamasındayım. Hocam, kalça ve diz artroplastisi geçiren bireylerin öğrenim gereksinimleri ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla danışmanım Doç. Dr. Fatma CEBECİ ile tez çalışması planlıyoruz. Eğer izin verirsiniz sizin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığınız Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'ni tezimde kullanmak istiyorum. Yardımcı olursanız çok sevinirim. Saygılarımla.



Arş. Gör. Bilgen KAHYA
Akdeniz Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı



Ömer Aydemir <soaydemir@gmail.com>

7.01.2015 ☆



Alıcı: bana ▾

Merhaba,
HAD Ölçeğini tezinizde kullanmanızdan memnuniyet duyarım.
Herhangi bir yardıma ihtiyac duyarsanız, mesaj atabilirsiniz.
Kolay gelsin
Ömer

6 Ocak 2015 23:03 tarihinde Bilgen Kahya <blgnkhy@gmail.com> yazdı:

...



EK-4 HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

Sayın Arş. Gör. Bilgen KAHYA,

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

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

Çalışma verilerinizi göndermeniz; yasal ve etik açıdan sizin yayın hakkınızın güvence altında olduğunu, buna paralel olarak ölçeği kullanma izni veren tarafın haklarının saklı kaldığını kabul ve beyan ederiz. 08/01/2015



Öğr. Gör. Emine ÇATAL

Akdeniz Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği

(Yard. Doç. Dr. Aklime DİCLE'nin onayıyla)

EK 5:

AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU

Bu araştırma Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde yüksek lisans öğrencisi olan Bilgen KAHYA tarafından kalça ve diz protezi uygulanan hastaların taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimleri ile anksiyete ve depresyon durumları arasındaki ilişkinin saptanması amacıyla düzenlenmiştir. Bu araştırmanın yapılabilmesi için hastaneden ve etik kuruldan izin alınmıştır.

Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz araştırmacı sizinle görüşecek ve çeşitli bilgiler toplayacaktır. Araştırmadan elde edilen bu bilgiler, sağlık ekibinin kalça ya da diz protezi uygulanan hastaları bilgilendirmeleri konusunda katkıda bulunacaktır. Sizlerle görüşerek toplayacağımız veriler kimliğiniz belirtilmeden sağlık alanındaki hemşirelerin, öğrencilerin eğitiminde veya bilimsel nitelikli yayınlarda kullanılabilir.

Bu formda kalça ya da diz protezi uygulanan hastaların sosyodemografik özelliklerine, taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerine ve duyu durumlarına ilişkin sorular yer almaktadır. Bu çalışmaya katılmanız gönüllü olmanıza bağlıdır, bu konuda hiçbir zorunluluk bulunmamaktadır. Elde edilen bilgilerin gizliliği araştırmacı tarafından sağlanacaktır. Araştırmaya gönüllü olarak katılmaları beklenen hastaların kimliği yalnızca araştırmacı tarafından bilinecek, araştırma sonuçları açıklanırken hastaların kimliği gizli tutulacaktır. Araştırma ile ilgili her türlü soruyu 0554 259 41 98 nolu telefon numarasından araştırmacıya sorabilirsiniz. Sizden beklenen size sorulan soruları durumunuza en uygun şekilde yanıtlamanızdır.

Ben, hasta olarak katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını tamamen anladım. Gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Hastanın Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Adresi (varsa Telefon No, Faks No):.....

.....

Tarih:...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Tarih:...../...../.....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Görevi:.....

Tarih:...../...../.....

EK-6:

ANKET NO

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE TANITICI BİLGİ FORMU

Yatış tarihi:gün **Ameliyat Tarihi:**gün **Veri toplama tarihi:**gün
Postoperatif:.....gün **Hastanede Kalış Süresi:**.....gün

1. Yaşınız:.....
2. Cinsiyetiniz: ()Kadın ()Erkek
3. Medeni durumunuz: ()Bekar ()Evli
4. Eğitim durumunuz:
()Okur-yazar ()İlkokul mezunu ()Ortaokul mezunu ()Lise mezunu
()Üniversite mezunu
5. Çalışma durumunuz: ()Çalışmıyor ()Çalışıyor (Açıklayınız).....
6. Gelir durumunuz: () Gelir giderden az () Gelir gidere eşit ()Gelir giderden fazla
7.Sağlık güvenceniz: ()Var ()Yok
8. Evde kiminle/ kimlerle yaşıyorsunuz?
()Yalnız yaşıyor ()Sadece eşiyle birlikte
()Eşi ve çocuklarıyla ()Sadece çocuklarıyla birlikte
()Diğer.....
9. Hastalığınız sırasında size, aileniz ve çevreniz tarafından verilen desteği nasıl buluyorsunuz?
() Çok iyi ()İyi ()Yetersiz ()Hiç destek görmedim
10. Yerleşim yeriniz: ()Şehir merkezi ()İlçe ()Kasaba ()Köy
11. Kalça artroplastisi endikasyonu: ()Koksartroz ()Kırık ()Avasküler nekroz ()Artrit () Diğer.....
Diz artroplastisi endikasyonu: ()Gonatroz ()Kırık ()Romatizmal hastalık ()Post-travmatik artrit ()Diğer.....
12.Yapılan Ameliyat: ()Total Kalça Artroplastisi ()Sağ ()Sol ()Bilateral
()Parsiyel Kalça Artroplastisi ()Sağ ()Sol ()Bilateral
()Total Diz Artroplastisi ()Sağ ()Sol ()Bilateral
()Parsiyel Diz Artroplastisi(Unikondiler) ()Sağ ()Sol ()Bilateral
14. Primer/Revizyon: ()Primer ()Revizyon
15. Kalça/diz protezi gerektiren durum dışında mevcut başka hastalığınız var mı?
() Hayır ()Evet
16. Daha önce ameliyat oldunuz mu?
()Evet..... ()Hayır
17. Boy:..... Kilo:.....B.K.İ:.....

EK-7:**HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ**

Lütfen taburcu olup eve gitmeden önce bilmek istediğiniz konular için aşağıdaki her bir maddenin sizin için ne kadar önemli olduğunu belirtiniz.

1= önemli değil

2= biraz önemli

3= ne az ne çok önemli

4= çok önemli

5= son derece önemli

MADDELER	Önemli değil	Biraz önemli	Ne az ne çok önemli	Çok önemli	Son derece önemli
1. Evde gelişebilecek ve dikkat etmem gereken sorunlar nelerdir?	1	2	3	4	5
2. Enerjimi/gücümü korumak için ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
3. İlaçlarımın her biri nasıl etki ediyor?	1	2	3	4	5
4. Evde gelişebilecek bir sorunu nasıl fark edebilirim?	1	2	3	4	5
5. Bağırsak boşaltımı ile ilgili bir problem olursa ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
6. Evdeki bakımında ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
7. Hastalığım hakkında ailem ve arkadaşlarımla nasıl konuşabilirim?	1	2	3	4	5
8. İlaçlara bağlı bir yan etki gelişirse ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
9. Ailem hastalığımla baş edebilmek için nerelerden yardım alabilir?	1	2	3	4	5
10. Hastalığıma bağlı oluşabilecek sorunlar nelerdir?	1	2	3	4	5
11. Bu hastalık geleceğimi nasıl etkileyecek?	1	2	3	4	5
12. Ne zaman duş alabilir ya da banyo yapabilirim?	1	2	3	4	5
13. Hastalığımanın belirtileri neler olabilir?	1	2	3	4	5
14. Ev işlerine/işe ne zaman başlayabilirim?	1	2	3	4	5
15. Ağrımı nasıl giderebilirim?	1	2	3	4	5
16. İlaçlarımın her birini ne kadar süre kullanmalıyım?	1	2	3	4	5
17. Ne kadar süre istirahat etmeliyim?	1	2	3	4	5
18. İlaçlarımın her birini nasıl (aç-tok karına gibi) almalıyım?	1	2	3	4	5
19. Tedavimi kim takip edecek?	1	2	3	4	5
20. Tedavime bağlı oluşabilecek yan etkiler nelerdir?	1	2	3	4	5
21. Hastalığımanın belirtileri ortaya çıktığında ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
22. Evde acil bir sağlık sorunum olduğunda nereye başvurabilirim?	1	2	3	4	5
23. Evde yardım için telefonla kimi aramalıyım?	1	2	3	4	5
24. Hastalığımanın nedeni/nedenleri nelerdir?	1	2	3	4	5
25. Ameliyat yarasının bakımını nasıl yapmalıyım?	1	2	3	4	5

26. İdrar yapmamla ilgili bir sorunum olursa ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
27. Yemeklerimi nasıl (yağsız, tuzsuz gibi) hazırlamalıyım?	1	2	3	4	5
28. Yemem ve yememem gereken yiyecekler nelerdir?	1	2	3	4	5
29. Yeterli uyuyamazsam ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
30. Yapmamam gereken aktiviteler (ağır kaldırmak gibi) nelerdir?	1	2	3	4	5
31. Acil durumda sağlık kuruluşlarından nasıl yararlanabilirim?	1	2	3	4	5
32. Yaşam/ölümle ilgili duygularımı kiminle konuşabilirim?	1	2	3	4	5
33. Ayaklarıma uygun bakımı nasıl yapmalıyım?	1	2	3	4	5
34. Hangi vitaminleri ve ek gıdaları almalıyım?	1	2	3	4	5
35. Hastalığıma ilişkin duygularımla baş etmek için nereden yardım alabilirim?	1	2	3	4	5
36. Toplumsal gruplarla (hasta dernekleri gibi) nasıl iletişim kurabilirim?	1	2	3	4	5
37. İlaçlarımın her birini niçin kullanmam gerekiyor?	1	2	3	4	5
38. Hastalık ve tedavime bağlı gelişebilecek sorunları nasıl önlemeliyim?	1	2	3	4	5
39. İlaçlarımla ilgili olası yan etkiler nelerdir?	1	2	3	4	5
40. Stresle nasıl baş edebilirim?	1	2	3	4	5
41. Klinikten eve nasıl gideceğim?	1	2	3	4	5
42. Hastalığımla ilgili duygularımı nasıl tanımlayabilirim?	1	2	3	4	5
43. Cildimde yara oluşmasını nasıl önlemeliyim?	1	2	3	4	5
44. İlaçlarımın her birini ne zaman almalıyım?	1	2	3	4	5
45. İlaçlarımı nereden/nasıl temin edebilirim?	1	2	3	4	5
46. Stresten nasıl uzak durabilirim?	1	2	3	4	5
47. Tedavimin amaçları nelerdir?	1	2	3	4	5
48. Yapmam gereken hareketler nelerdir?	1	2	3	4	5
49. Cildimde kızarıklık oluşmasını nasıl önlemeliyim?	1	2	3	4	5
50. Bu hastalık yaşamımı nasıl etkileyecek?	1	2	3	4	5

EK-8:

HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON (HAD) ÖLÇEĞİ

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.

- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Birçok zaman
- ☐ Zaman zaman, bazen
- ☐ Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- ☐ Aynı eskisi kadar
- ☐ Pek eskisi kadar değil
- ☐ Yalnızca biraz eskisi kadar
- ☐ Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü birşey olacaktı gibi bir korkuya kapılıyorum.

- ☐ Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- ☐ Evet, ama çok da şiddetli değil
- ☐ Biraz, ama beni endişelendirmiyor.
- ☐ Hayır, hiç öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum .

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Şimdi pek o kadar değil
- ☐ Şimdi kesinlikle o kadar değil
- ☐ Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Birçok zaman
- ☐ Zaman zaman, ama çok sık değil
- ☐ Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Sık değil
- ☐ Bazen
- ☐ Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- ☐ Kesinlikle
- ☐ Genellikle
- ☐ Sık değil
- ☐ Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çok sık
- ☐ Bazen
- ☐ Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Bazen
- ☐ Oldukça sık
- ☐ Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- ☐ Kesinlikle
- ☐ Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- ☐ Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
- ☐ Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep birşey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- ☐ Gerçekten de çok fazla
- ☐ Oldukça fazla
- ☐ Çok fazla değil
- ☐ Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Her zamankinden biraz daha az
- ☐ Her zamankinden kesinlikle daha az
- ☐ Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- ☐ Gerçekten de çok sık
- ☐ Oldukça sık
- ☐ Çok sık değil
- ☐ Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- ☐ Sıklıkla
- ☐ Bazen
- ☐ Pek sık değil
- ☐ Çok seyrek

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Bilgen	Uyruğu	T.C.
Soyadı	ARIKAN	Tel no	05542594198
Doğum tarihi	01.01.1988	e-posta	blgnkhy@gmail.com

Eğitim Bilgileri

Mezun olduğu kurum		Mezuniyet yılı
Lise	Uşak Orhan Deniz Anadolu Lisesi	2006
Lisans	Adnan Menderes Üniversitesi	2011
Yüksek Lisans	Akdeniz Üniversitesi	2016
Doktora		

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Hemşire	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	2011-2013
Araştırma Görevlisi	Uşak Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	2013-halen
Araştırma Görevlisi	Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	2014-2015

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	IELTS	5.5
İngilizce	YDS	63,75

Yayınlar:

Kahya, B., Çetin, Ç., Cebeci, F. Acil Servis Hemşirelerine Yönelik Şiddet: Sistematik Derleme. Fırat Tıp Derg/Fırat Med J. 2016; 21(4): 170-176.