



TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

T.C.

GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

ACİL TIP HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**ORTOPEDİK CERRAHİ GİRİŞİM SONRASI HASTALARIN
KLİNİKTE VE EVDE YAŞADIKLARI SORUNLAR VE
BAĞIMLILIK DÜZEYLERİ**

YÜKSEKLİSANS TEZİ

ELİF AKYAZI

TOKAT

2022



T.C.

GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

ACİL TIP HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**ORTOPEDİK CERRAHİ GİRİŞİM SONRASI HASTALARIN
KLİNİKTE VE EVDE YAŞADIKLARI SORUNLAR VE
BAĞIMLILIK DÜZEYLERİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ELİF AKYAZI

TEZ DANIŞMANI: DOÇ. DR. AYGÜL KISSAL

TOKAT

2022

ETİK SÖZLEŞME

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre, Doç. Dr. Aygöl KISSAL danışmanlığında hazırlamış olduğum “Ortopedik Cerrahi Girişim Sonrası Hastaların Klinikte ve Evde Yaşadıkları Sorunlar ve Bağımlılık Düzeyleri” adlı Yüksek Lisans tezinin bilimsel etik değerlere ve kurallara uygun, özgün bir çalışma olduğunu, aksinin tespit edilmesi halinde her türlü yasal yaptırımını kabul edeceğimi beyan ederim.

15.09.2022

Elif Akyazı

JÜRİ KABUL VE ONAY SAYFASI



İTHAF/ADAMA

Bu tezi, çalışmamın her aşamasında ve her anımda yanımda olan, en büyük destekçim değerli eşime ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında büyük katkısı olan, her zaman desteğini ve ilgisini gördüğüm, bilgi ve donanımıyla bana ve çalışmama ışık tutan, her zaman yol gösterici olan, anlayış ve güvenini her zaman hissettiğim değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Aygöl KISSAL'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek Lisans eğitimim boyunca yol gösterici olan, güven ve anlayışlarını her zaman hissettiğim değerli Acil Tıp Hemşireliği yüksek lisans bölümündeki tüm hocalarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Her zaman desteklerini gördüğüm eşim ve aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Hayatım boyunca rol model aldığım, sevgisini, desteğini hep gördüğüm çok kıymetli ve değerli babam Prof. Dr. Mustafa KANDEMİR'e özel teşekkürü bir borç bilirim.

ÖZET

ORTOPEDİK CERRAHİ GİRİŞİM SONRASI HASTALARIN KLİNİKTE VE EVDE YAŞADIKLARI SORUNLAR VE BAĞIMLILIK DÜZEYLERİ

Akyazı, Elif

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Aygöl Kıssal

Eylül, 2022, xii + tez sayfa no 123

Bu çalışma, ortopedik cerrahi girişim geçiren hastaların ameliyat sonrası klinikteki üçüncü gün ve taburculuk sonrası birinci ayda evde yaşadıkları sorunların belirlenmesini ve bakım bağımlılık düzeylerinin değerlendirilmesini amaçlamaktadır. Bu çalışma prospektif tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırma bir devlet hastanesinin Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğine yatışı kabul edilen ortopedik cerrahi girişim geçiren 18 yaş ve üzeri 113 hasta ile yürütülmüştür. Veriler Kişisel Bilgi Formu, İzlem Formu ve Bakım Bağımlılığı Ölçeği ile toplanmıştır. Veriler ortalama, standart sapma, ortanca, minimum – maksimum, sayı ve yüzde, McNemar, McNemarBrowker, eta kare (η^2), Cohen's d, Kruskal Wallis-H testi ve çoklu karşılaştırmalarda Dunn testi ve Lineer regresyon analizi ile test edilmiştir. Çalışmamızda hastaların yaş ortalaması $58,19 \pm 13,39$ olup, %62,8'i kadındır. Ortopedik cerrahi girişim geçirmiş hastalarla yapılan çalışmamızın sonuçları incelendiğinde ameliyat bölgesinde kızarıklık, şişlik, hassasiyet, akıntı, ısı artışı belirtileri, beslenme ve boşaltım aktivitelerindeki yaşanan sorunlar taburculuk sonrası evde birinci ayda azaldığı görülmüştür. Hastalar klinikte ve evde en çok öz bakım uygulamalarını gerçekleştirmede zorlanma ve hareket kısıtlılığı problemleri yaşamakla birlikte yaşadıkları sorunların taburculuktaki birinci ayda azaldığı görülmüştür. Katılımcıların üçüncü günde bakım bağımlılıkları puan ortalaması $40,26 \pm 12,73$ iken birinci ayda $58,89 \pm 13,48$ olarak değişmiştir ($p < 0,001$). Hastaların protez, kırık, vertebra, omuz RC (RotatorCuff Sendromu), menisküs, protez gruplarına göre travması olan grubun bakım bağımlılığı puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Lineer regresyon modelinde bağımsız değişkenler bağımlı değişkenin %17'lik kısmını açıklanmış ancak bağımsız değişkenlerin istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır. Sonuç olarak, hastaların klinikteki üçüncü güne kıyasla taburculuktaki birinci ayda bakım bağımlılıklarında azalma görülmüştür. Ortopedi hastalarının yüksek düzeyde hareket kısıtlılığı ve bakım bağımlılığı yaşadığı sonucuna varılmıştır. Hastaların ağrı ve anksiyete durumlarının giderilmesi ile iyileşme inançlarında artış ve bağımlılık düzeyleri azalma belirlenmiştir. Gelecekte yapılacak çalışmalarda hastaların bağımlılık düzeylerini azaltacak girişimlerin yapılması, kliniklerde tüm cerrahi girişim süreci boyunca hastalara psikolojik desteğin artırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ortopedik Cerrahi, Günlük yaşam Aktivitesi, Postoperatif Dönem, Bakım Bağımlılığı

ABSTRACT

AFTER ORTHOPEDIC SURGICAL INTERVENTION, PATIENTS HAVE PROBLEMS AT THE CLINIC AND AT HOME, AND THEIR LEVEL OF CARE DEPENDENCY

Akyazı, Elif

Master's Thesis

Advisor: Assoc. Prof. Dr. Aygöl Kıssal

September, 2022, xii + 123 Pages

This study aims to determine the problems experienced by patients undergoing orthopedic surgery on the third day after surgery and at home in the first month after discharge, and to evaluate their care dependency levels. This study is a descriptive prospective and cross-sectional study. The research, was carried out with 113 patients aged 18 years and over who were admitted to A Public Hospital Orthopedics and Traumatology Clinic and underwent orthopedic surgery. The data was collected with Personal Information Form, Monitoring Form, and Care Dependency Scale. The data were tested with average, standard deviation, median, minimum- maximum, number and percentage, McNemar, McNemarBrowker, eta square (η^2), Cohen's d, Kruskal Wallis-H test, Dunn's multiple comparison test and Linear regression analysis. The average age of patients in our study was 58.19 ± 13.39 , and 62.8% is women. 72% of the patients stated that they received patient education on the third day after surgery, and this rate increased at discharge. After reviewing the results of our work with patients who underwent orthopedic surgery, the problem of redness, swelling, tenderness, effluence, heat increase symptoms, nutrition and excretion activities in the surgical site decreased in the first month of discharge. Although the patients mostly had difficulties in performing self-care activities in the clinic and at home and problems with movement restriction, it was observed that the problems they experienced decreased in the first month of discharge. While the mean score of care addictions of the participants on the third day was 40.26 ± 12.73 , it changed to 58.89 ± 13.48 at the first month ($p < 0.001$). The mean score of care dependency of the patients with trauma was found to be higher than the prosthesis, fracture, vertebra, shoulder RC (Rotator Cuff Syndrome), meniscus, and prosthesis groups. In the linear regression model, independent variables are described as 17% of the dependent variable, but not statistically significant of independent variables. In conclusion, there was a decrease in the care dependencies of the patients in the first month of discharge compared to the third day in the clinic. It concluded that orthopaedic patients experience high levels of movement restriction and dependence on care. With the relief of pain and anxiety of the patients, an increase in their belief in recovery and a decrease in their care dependencies levels were determined. In future studies, it is recommended to carry out interventions to reduce the care dependencies levels of patients and to increase psychological support for patients at all stages of surgical intervention in clinics.

KeyWords: Orthopedic Surgery, Activity of Daily Living, Postoperative Period, Care Dependency

İÇİNDEKİLER

İTHAF/ADAMA	v
TEŞEKKÜR.....	vi
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ.....	ix
KISALTMALAR LİSTESİ	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Cerrahi Gerektiren Durumlar	5
2.2. Ortopedik Cerrahi Girişimlerin Epidemiyolojisi	6
2.3. Ortopedi ve Travmatoloji Hastalarında Cerrahi Girişim	7
2.3.1. Kas İskelet Sistemi Hastalıklarında Genel Belirtiler	8
2.3.2. Ortopedi ve Travmatoloji Klinikleri.....	8
2.4. Cerrahinin Hastalar Üzerindeki Etkisi	10
2.5. Ortopedik Cerrahi Girişim Gerektiren Hastalıklar.....	10
2.5.1. Travmalar	10
2.5.1.1. Yumuşak Doku Yaralanmaları	11
2.5.1.2. Kırıklar (fraktürler)	11
2.5.2. Enfeksiyonlar.....	12
2.5.3. Tümörler	12
2.6. Ortopedi ve Travmatoloji Cerrahisinde Çoğunlukla Uygulanan Girişimler.....	12
2.6.1. Total Diz Protezi (TDP)	12
2.6.2. Total Kalça Protezi (TKP).....	14
2.6.3. Diz Artroskopisi	15
2.6.4. Omuz Artroskopisi	15
2.6.5. Menisküs Cerrahisi.....	16
2.6.6. Kalça Eklemi- Femur Fraktörü.....	17
2.6.7. Ampütasyon Cerrahisi	18
2.7. Bakım Kavramı ve Hemşirelik Süreci	19

2.8. Ortopedik Cerrahi Girişimlerde Ameliyat Öncesi (Preoperatif) Bakım	21
2.8.1. Hastanın Cerrahi Girişim Öncesi Kliniğe Kabulü	21
2.8.2. Psikolojik Hazırlık.....	22
2.8.3. Fizyolojik Hazırlık.....	23
2.8.4. Cilt hazırlığı.....	23
2.8.5. Gastrointestinal Sistem Hazırlığı.....	24
2.8.6. Yasal hazırlık.....	24
2.8.7. Hasta eğitimi.....	24
2.8.8. Taburculuk Eğitimi.....	25
2.9. Ortopedik Cerrahi Girişimlerde Ameliyat Sonrası (Postoperatif) Bakım.....	26
2.10. Ameliyat Sonrası Günlük Yaşam Aktiviteleri	27
2.10.1. Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi.....	28
2.10.2. İletişim.....	29
2.10.3. Solunum aktivitesi	29
2.10.4. Hareket aktivitesi.....	30
2.10.5. Beslenme aktivitesi.....	31
2.10.6. Boşaltım Aktivitesi.....	32
2.10.7. Kişisel Temizlik ve Giyinme.....	32
2.10.8. Beden Isısının Kontrolü.....	33
2.10.9. Çalışma ve Eğlenme Aktivitesi	34
2.10.10. Cinselliği İfade Etme Aktivitesi	35
2.10.11. Uyku Dinlenme Aktivitesi.....	35
2.11. Bakım Bağımlılığı.....	36
2.12. Ortopedi Hastalarının Evde Yaşadıkları Sorunlar.....	37
2.13. Hastanın Evde Bakımına Yönelik Bazı Eğitim Konuları	39
2.13.1. Ameliyata özgü eğitim	39
2.13.2. İlaç kullanımı.....	40
2.13.3. Beceri eğitimi	40
2.13.4. Banyo yapma.	40
3. YÖNTEM	41
3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ.....	41
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI	41
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ	41

3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ.....	42
3.5. ARAŞTIRMAYA KATILMA KRİTERLERİ.....	42
3.6. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ	42
3.6.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri.....	42
3.6.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri	43
3.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	43
3.7.1. Kişisel Bilgi Formu (I. Bölüm)	43
3.7.2. İzlem Formu: Ameliyat Sonrası Üçüncü Gün ve Taburculuk Sonrası Birinci Ay İzlem Formu (II. Bölüm)	43
3.7.3. Bakım Bağımlılığı Ölçeği.....	44
3.7.4. Araştırmanın Ön Uygulaması;.....	45
3.8. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ.....	45
3.8.1. Birinci Görüşme (Klinikte).....	45
3.8.2. İkinci Görüşme (Evde)	45
3.9. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	46
3.10. ARAŞTIRMA SÜRECİ.....	46
3.11. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	46
3.12. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	47
4. BULGULAR ve YORUM	47
TARTIŞMA	79
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	93
KAYNAKLAR	96
EKLER.....	111

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerinin Dağılımı (n=113)	47
Tablo 2. Katılımcıların Klinikte ve Taburculuk Sırasında Bilgilendirilme Durumlarına Göre Karşılaştırılması (n=113)	51
Tablo 3. Katılımcıların Klinikte ve Evdeki İzleminde Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması (n=113)	54
Tablo 4. Katılımcıların Klinikte ve Evdeki İzleminde Sağlığı Algılama Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (n=113)	57
Tablo 5. Katılımcıların Klinikte ve Evdeki İzleminin Beslenme, Boşaltım, Solunum, Dolaşım Fonksiyonlarına Göre Karşılaştırılması (n=113).....	60
Tablo 5. Katılımcıların Klinikte ve Evdeki İzleminin Beslenme, Boşaltım, Solunum, Dolaşım Fonksiyonlarına Göre Karşılaştırılması (n=113) devam	61
Tablo 6. Katılımcıların Klinikte ve Evdeki İzleminin Aktivite Egzersiz Fonksiyonlarına Göre Karşılaştırılması (n=113)	63
Tablo 7. Katılımcıların Klinikte ve Evdeki İzleminin Fonksiyonel Sağlık Örüntülerinin Bazı Alanlarına Yönelik Karşılaştırılması (n=113)	68
Tablo 9. Katılımcıların Evde Bakım Bağımlılığı Ölçeğine Ait Tanımlayıcı İstatistikler	74
Tablo 10. Katılımcıların Evde Tanı Gruplarına Göre Bakım Bağımlılığı Puanının Karşılaştırılması (n=113)	75
Tablo 11. Katılımcıların Klinikte ve Evdeki İzlem Özellikleri ile Bakım Bağımlılık Puanlarının Karşılaştırılması (n=113).....	76
Tablo 12. Bakım Bağımlılığı Puanına Etki Eden Risk Faktörlerinin İncelenmesi	78

KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

BKİ: Beden Kütle İndeksi

TDP: Total Diz Protezi

TKP: Total Kalça Protezi



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Geriye Dönük Etki Büyüklüğü	76
--	----



1. GİRİŞ

Genel olarak ortopedik cerrahi girişimler tüm kemik, kas ve yumuşak doku hastalıkları, travmalar, enfeksiyonlar ve tümörler gibi sorunları içermektedir (Pamuksuz, 2017). Ortopedi ve travmatoloji kliniklerinde her yaşta oluşabilecek travma, hasar, kırık, kazalar, düşme, spor yaralanmalarının cerrahi ve tıbbi tedavisi uygulanmaktadır (Pamuksuz, 2017). En çok uygulanan cerrahi girişimler arasında yapay eklem kullanıldığı diz ve kalça protez ameliyatları (Özgür, 2017; Yıldız, 2019), teşhis ve tedavi amaçlı diz artroskopileri, omuz yaralanması ve travmalarında omuz artroskopi ameliyatları (Pamuksuz, 2017), en yaygın nedeni diz ağrıları olan menisküs yırtıklarının menisküs cerrahisi (Akkaya ve ark., 2012; Karakoç & Atalay, 2019) gibi majör cerrahi girişimler yer almaktadır. Cerrahi girişimler hastayı olumlu ve olumsuz açılardan etkileyebilen ve insan vücudunda fizyolojik ve psikolojik değişimlere neden olabilen bir deneyimdir (Fındık & Topçu, 2012; Karahan ve ark., 2020). Cerrahi girişimin büyük/küçük olması veya acil/planlı yapılması hastayı ruhsal ve bedensel olarak etkilemektedir. Bu etkiler cerrahi girişime karşı stres tepkisinin oluşması, immün sistemin zayıflaması ve enfeksiyona açık hale gelmesi, yaşam tarzının etkilenmesi olarak özetlenebilir (Cengiz, 2018).

Kas ve iskelet sistemi hastalıklarının oluşmasında fiziksel, biyomekanik, organizasyonel, psikososyal, bireysel ve kişisel özellikleri gibi faktörler yer almaktadır (Sevin, 2018). Günümüzde kas iskelet sistemi hastalıkları özellikle çalışan bireylerde daha sık görülmekte ve pek çok sağlık problemi oluşturmaktadır (U. Tuncay & Yeldan, 2013). Son yıllarda ortopedik girişim türü ve sayısında artışlar olduğu görülmektedir (Öktem, 2017; Savcı & Bilik, 2014; Yıldız ve ark., 2006). Ortopedi sadece kırık ve yumuşak doku yaralanmaları olan hastalara değil aynı zamanda kas iskelet sistemi rahatsızlıklarıyla da uğraşan karmaşık bir tıp alanıdır. Ortopedi hastalarında polikliniğe

başvuruda ağrı en spesifik belirti olmakla birlikte, bel ağrısı, diz, kalça ve omuz ağrısı, boyun problemleri, doğumsal deformiteler, hareket kısıtlılığı, kas zayıflığı, kas kitlesinde azalma, hassasiyet, sabah tutukluğu, eklem sertliği, gibi belirtiler görülmektedir (Gani ve ark., 2016; Kumar ve ark., 2018; Seyid ve ark., 2019).

Ortopedi hastalıklarında en önemli sorunlardan biri hareket kısıtlılığının yaşanmasıdır. Mobilizasyonun sağlanması ameliyat sonrası erken dönemde hastanın günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesini kolaylaştırmakta ve hareketsizliğin önlenmesi iyileşme sürecini hızlandırmaktadır (Danç, 2019). Psikolojik açıdan bakıldığında cerrahi girişim geçirecek hastaların büyük bir oranında anksiyete görülmektedir. Cerrahi girişim öncesi hastaların çoğu farklı derecelerde anksiyete yaşamaktadır. Hastaların anksiyete yaşamalarının nedenleri genellikle uygulanacak anestezinin türü, ameliyattan uyanamama, ameliyattan sonra şiddetli ağrı yaşama, ameliyattan sonra çalışma hayatında aksama, kendi bedeni üzerinde kontrol kaybı yaşama endişesi ve cinsel kayıp korkusu olmaktadır (Arlı, 2017). Bununla birlikte hastanın ameliyata yüklediği anlam, tüm ameliyat süreci hakkında bilgi eksikliği, olası olumsuz sonuçlar, günlük işlerini gerçekleştirememesi, kontrol kaybı, ev ortamı rahatlığı olmayan aileden uzak bir ortamda bulunmak ve yapılan tıbbi uygulamalar da anksiyeteye neden olmaktadır (Fındık & Topçu, 2012). Bu süreçte hemşireler, hastaların bakımında birincil rol alma, bireye yönelik duygusal, fiziksel ve sosyal problemlerine yönelik hemşirelik bakımını sunma sorumluluklarını üstlenmektedir. Perioperatif hemşirelik bakımı ameliyat öncesi döneminde hastanın kliniğe kabulü ile başlar (Gül & Dinç, 2018). Ameliyat öncesinde yeterince bilgilendirilmeyen hastalarda anksiyete, korku, öfke, depresyon gibi emosyonel sıkıntılar yaşanabilmektedir. Bu durum ameliyat sonrası dönemde komplikasyonların oluşma riskini artırarak hastanede yatış süresi uzatmaktadır (Wang ve ark., 2019; Gürlek

& Yavuz, 2013). Cerrahi tedavi sürecini olumsuz yönde etkileyen risk faktörlerinin erken saptanabilmesi, olası komplikasyonların önlenmesi veya azaltılması, olumsuz durumlara erken müdahale edilebilmesi, hastanın ameliyat öncesi ve sonrası dönemde stres düzeyinin azaltılması amaçlarıyla ameliyat öncesi hazırlık ve bakım süreci önemli bir yer tutmaktadır (Sevin, 2018). Ameliyat süreci hastaların fizyolojik, psikolojik, sosyal boyutlarını etkileyerek farklı düzeylerde bağımlı hale gelmelerine yol açabilmektedir. Bakım bağımlılığı öz bakım becerisi düşük olan belli bir seviyede bakım ihtiyacı nedeniyle başkasına bağımlı olan bireylere, profesyonel kişiler tarafından sağlanan destek olarak tanımlanmaktadır (Kılıç ve ark., 2017; Süerdem, 2019). Bakım bağımlılığı subjektiftir ve desteklenmesi gereken bakım alanlarını ifade etmektedir. Bireylerin bağımlı ve bağımsız olduğu durumların belirlenmesi hemşirelik bakımını planlanma, uygulama ve değerlendirme aşamalarına önemli katkı sağlamaktadır (Baksi & Genç, 2020; Kılıç ve ark., 2017). Bağımlılık hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerini (GYA) yerine getirebilme düzeylerinin değerlendirilmesi ile belirlenmektedir. GYA’ndeki bağımsızlığın ölçümünde; bireyin banyo yapma, beslenme, giyinip soyunma, yatağa girme-çıkma (hareket), tuvalete oturma-kalkma, kontinans durumlarının sorulması en önemli belirleyicilerdir. Bireylerin bu aktiviteleri yardımla ya da yardımsız gerçekleştirip gerçekleştiremediği saptanır (Çevik & Eşer, 2014). Bağımsızlığı göz ardı etmek, evde öz bakım becerilerinde azalmaya, bağımlılığın artmasına neden olacaktır (Kılıç ve ark., 2017; Lohrmann ve ark., 2003).

Hastaların cerrahi girişim sonrasında bakım ihtiyaçları hastane ile sınırlı kalmayıp klinikten eve döndüklerinde de devam etmektedir. Bakım gereksinimleri, bireysel özelliklere, tanısına göre haftalar ve aylarca sürebilmektedir (Bilik, 2017; Y. Şenyüz ve ark., 2017). Hastalar cerrahi girişim sonrasında evde en fazla ağrı, akıntı, kanama, yara

yerinin açılması, enfeksiyon kapma, uyku sorunları, hareket kısıtlılığı, öz bakım ve günlük yaşam aktivitelerini karşılamada zorluk, seyahat, depresyon, psikolojik ve cinsellik konuları ile ilgili sorunlar yaşamaktadır. Hastanın yardım ihtiyacı artmakta, aile merkezli bakımın planlanması önem taşımaktadır (Bilik, 2017; Dal ve ark., 2012; Dinçer & Kurşun, 2019). Bireyin bağımlılık ve bağımsızlık durumları çerçevesinde hasta eğitimleri oluşturulmalıdır (Pamuksuz, 2017). Gerekli ve yararlı taburculuk eğitimi bakım kalitesini artırmakta, hastaneye tekrar yatış oranlarının azaltmakta, iyileşme sürecini hızlandırmakta, bakım maliyetlerini azaltmakta, hasta memnuniyetini artırmaktadır (Acar, 2019; Dal ve ark., 2012; Dinç, 2016; Soyer & Giersbergen, 2017). Ortopedik cerrahi girişimlerin önemli bir grubu olan travmalara acil servislerde sıklıkla rastlanmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) verilerine göre 2014 yılında ölümlerin en sık nedeni travmaya bağlı ölümler olarak belirlenmiştir (Başal, 2015; Öztaş, 2018). Gelişen teknoloji ile birlikte yeni tanı yöntemleri, hasta ve yara bakımındaki ilerlemeler, yeni nesil implant teknolojileri, yapılan başarılı girişimler cerrahinin gelişiminde ve yapılan girişimlerde etkili olmuştur (Ledet ve ark., 2018; Özyürek, 2016). Bu çalışma, ortopedik cerrahi girişim geçiren hastaların ameliyat sonrası klinikteki üçüncü gün ve taburculuk sonrası birinci ayda evde yaşadıkları sorunların belirlenmesini ve bakım bağımlılık düzeylerinin değerlendirilmesini amaçlamaktadır. Araştırmadan elde edilen bulguların taburculuk programları ve evde bakım hizmetlerinin planlanmasına rehberlik etmesi beklenmektedir. Prospektif tanımlayıcı ve kesitsel tipte planlanan bu çalışmanın ortopedik girişimler konusunda benzer ve daha kapsamlı çalışmalar için literatüre bilimsel veri kaynağı oluşturma amacı bulunmaktadır.

Araştırma soruları:

1. Hastaların ortopedik cerrahi girişim sonrası üçüncü gün ve taburculuk sonrası birinci ayda evde yaşadığı sorunlar nelerdir?
2. Hastaların ortopedik cerrahi girişim sonrası üçüncü gün ve taburculuk sonrası birinci ayda evde bakım bağımlılık düzeyi nasıldır?
3. Hastaların ortopedik cerrahi girişim sonrası üçüncü gün ve taburculuk sonrası birinci ayda evde bakım bağımlılık düzeyini etkileyen faktörler nedir?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Cerrahi Gerektiren Durumlar

Cerrahi girişim yapılmasına neden olan durumlar genellikle obstrüksiyon (tıkanıklık), erozyon (doku bütünlüğünde bozulma), perforasyon (organın anormal açılması) ve tümörlerdir (Özyürek, 2016). Obstrüksiyon tablosunda kan, hava, serebrospinal sıvı, idrar, safra gibi hayati önemi olan sıvı/maddelerin geçişinin engellenmesi nedeniyle vücut için zararlı etkileri oluşmaktadır. Organların işlevleri beslenme ve dolaşım yetersizliğine bağlı olarak bozulmaktadır. Erozyon; tahriş, tıkanıklık, enfeksiyon nedeniyle özellikle gastrointestinal sistem (GİS), böbrekler, safra kanalı gibi organlarda doku bütünlüğünün bozulması durumudur. Perforasyon; travma ve erozyonlar nedeniyle oluşan anormal organ delinmeleridir ve acil müdahale gerektirir. Tümörler ise; vücutta herhangi bir işlevi olmayan iyi ya da kötü huylu anormal doku büyümeleri olarak adlandırılmaktadır (Cengiz, 2018).

2.2. Ortopedik Cerrahi Girişimlerin Epidemiyolojisi

Ortopedik cerrahi girişimlerde çoğunukla uygulanan operasyonlara bakıldığında; total diz protezi uygulanan gonartrozlu hastalar ağrı ve hareket kısıtlılığı yaşayan önemli bir hasta grubudur. Osteoartrit 40 yaş altı hastalarda nadirdir. Sıklıkla 60 yaş üzeri hastalarda görülür. Yaşla birlikte artan osteoartrit prevalansı elli yaşından önce erkeklerde daha fazla görülmesine karşın, elli yaşından sonra el, ayak ve özellikle diz osteoartriti kadınlarda erkeklerden daha sık görülmektedir. Dünya nüfusunun %10'luk kısmını etkilemektedir. Son yıllarda osteoartrit hastalarının artmasının muhtemel nedenleri arasında yaşlı nüfusun artması, obez veya fazla kilolu kişilerin artması gibi nedenler gösterilmektedir (Aslan, 2020; Yıldız, 2011). DSÖ'nün yaptığı çalışmada gonartrozun erkeklerde 8. sırada kadınlarda ise 4. sırada sakatlığa yol açan nedenler arasında yer almaktadır (Özgür, 2017). Günümüzde osteoartrit, artan yaşlı nüfus, romatoid artrit, travmalar gibi nedenlerle total kalça ve total diz protezleri ameliyatlarının sayısında artış görülmektedir. 2015 yılı OECD Sağlık İstatistikleri' ne göre 2013 yılında en fazla total

kalça protezi (TKP) ameliyatı olan ülke İsviçre ve en fazla total diz protezi (TDP) ameliyatı olan ülke Amerika Birleşik devletleri olmuştur. Türkiye'deki oranlar TKP için 44/100.000 birey, TDP için 67/100,000 olarak belirlenmiştir (Büyükyılmaz & Özdemir, 2018; OECD, 2015). Yüksek enerjili ve düşük enerjili travmalar sonucunda oluşan intertrokanterik kırıkların insidansı gittikçe artmaktadır. Kemik yoğunluğu azaldıkça kalça kırığı riskinde artış görülmektedir (Başkan, 2013). 2014'deki bir çalışmaya göre çocuk kırıklarının olduğu ortamların başında sokak (%37,5) ve ev (%26,2) geldiği bulunmuştur (Zümrüt, 2014). Cerrahi alan enfeksiyonları yaşayan hastalarda ameliyat öncesi dönemde hastanede yatış süresi uzun bulunmuştur ve operasyon süresinin enfeksiyon gelişmesinde anlamlı etkisi olmadığı sonucuna varılmıştır (Yıldız ve ark., 2006). Ampütasyon hastaları yaşlanma arttıkça artmaktadır. Genç hastalarda ampütasyonun en büyük nedeni travma ve tümörlerdir. Şeker hastalığı olan kişilerde, olmayan kişilere göre ampütasyon riski 30 kat fazladır. 2050 yılı itibariye Amerika Birleşik Devletleri'nde 3,6 milyon ampütasyon olgusunun olacağı öngörülmektedir (Hali, 2021).

2.3. Ortopedi ve Travmatoloji Hastalarında Cerrahi Girişim

Ortopedi kelimesi orthos (düzgün) ve pedios (çocuk) kelimelerinin birleşiminden oluşan Latince kökenli bir kelimedir. Travmatoloji kelimesi yaralanma ve hasarlanma ile ilgilenen bilim dalıdır. Ortopedi ve travmatoloji branşı geçmişte genel cerrahinin bir dalı olarak kabul edilmiş ancak dünya genelinde 100-150 yıldır bağımsız bir uzmanlık alanı olarak ayrılmıştır (Nizam, 2021; Pamuksuz, 2017).

Hareket sisteminin temel yapısını iskelet oluşturur (Sevin, 2018). Hareket sistemi vücudumuzun ikinci en büyük sistemi olup yapısı, kaslar, eklemler, kemikler, bağlar (ligamanlar), kirişler (tendon), kıkırdaklar ve diğer dokulardan oluşur (Serbest & Eldoğan, 2014; Sevin, 2018). Hareket, organizmada yer alan diğer sistemlerin işlevlerini

yerine getirebilmesi ve bireyin gereksinimlerini karşılayabilmesi için temel unsurdur. Vücudumuzdaki organ ve sistemler hareket fonksiyonunu gerçekleştirecek denge ve düzen içindedirler (Nizam, 2021; Ş. Yaban, 2012). Kas İskelet sisteminin yapı ve işlevlerini bozan durumlar hareket fonksiyonunu olumsuz etkilemekte olup çalışan toplumlarda sık görülen, önemli mesleki sağlık problemlerine neden olmaktadır (U.Tuncay & Yeldan, 2013; Ş. Yaban, 2012).

2.3.1. Kas İskelet Sistemi Hastalıklarında Genel Belirtiler

Ortopedi alanı sadece kırık ve yumuşak doku yaralanmaları olan hastalara değil aynı zamanda kas iskelet sistemi rahatsızlıklarıyla da uğraşan karmaşık bir tıp alanıdır. Ortopedi hastalarında polikliniğe başvuruda ağrı en spesifik belirti olmakla birlikte, bel ağrısı, diz, kalça ve omuz ağrısı, boyun problemleri, doğumsal deformiteler, hareket kısıtlılığı, kas zayıflığı, kas kitlesinde azalma, hassasiyet, sabah tutukluğu (kısa süreli olması ve 15-20 saniyeyi geçmemesi), eklem sertliği, gibi belirtiler görülmektedir (Gani ve ark., 2016; Kumar ve ark., 2018; Seyid ve ark., 2018). Ortopedik şikayetler yaş, cinsiyet, meslek, sosyoekonomik faktörler, çevresel ve coğrafi özelliklere göre farklılık gösterebilir. Örneğin, birçok çalışmada genç yetişkinlerde, hastane personeline, menopoza sonrası kadınlarda, okul çağı çocuklarda düşük D vitamini düzeylerinin olduğu görülmektedir (Kumar ve ark., 2018; Gani ve ark., 2016). Hindistan’ da yapılan bir çalışmada her yıl yaklaşık 20.000 yeni omurilik yaralanması vakasının eklendiği ve bu vakaların %60-70 oranında okuma yazma bilmeyen ve sosyoekonomik durumları düşük olan bireylerden oluştuğu bilgisine varılmıştır (Gani ve ark., 2016).

2.3.2. Ortopedi ve Travmatoloji Klinikleri

Ortopedi ve travmatoloji kliniklerinde, protez, kırık fiksasyonu, vertebra ameliyatları, omuz cerrahisi, tümör rezeksiyonu, amputasyon, skalyoz ve doğumsal anomalilerin düzeltilmesi, artroskopik girişimler ve menisküs tamiri gibi cerrahi operasyonlar uygulanmakta olup, hastalar ameliyat öncesi dönemden başlayan bakım, takip ve tedavi sürecine alınmaktadır. Ayrıca koksartroz, gonoartroz, osteoartrit gibi nedenlerle açık redüksiyon internal fiksasyon, kalça ve diz protezi cerrahi girişimleri uygulanmaktadır (Bayram, 2014; Özgür, 2017; Pamuksuz, 2017; Yıldız, 2019).

Kas ve iskelet sistemi hastalıkları en çok hareketliliğin bozulması üzerine etki etmektedir. Bireyin günlük yaşam aktivitelerini kolaylaştırmak, hareketsizlikle ilgili komplikasyonların önlemek, hemostatik dengeyi korumak, tüm sistemlerin normal işlevlerine dönmesini ve sürdürülmesini sağlamak, dolayısıyla iyileşme sürecini hızlandırmak amaçlarıyla ameliyat sonrası dönemde hastanın erken mobilize olmasının sağlanması gerekmektedir. Bu nedenle hastanın hareket etme ve mobilizasyonun sağlanmasında hemşirenin kaliteli bakım vermesi önemli yer tutmaktadır. Kaliteli tedavi ve bakımı alan hastada, ameliyatla ilgili dolaşım problemleri (venöz staza bağlı trombüs oluşumu gibi), solunum problemleri (akciğerde biriken sekresyonların atılamaması sonucu pnömoni gibi sorunlar), basınç yarası, ileus ve konstipasyon gibi sorunların ortaya çıkması engellenmiş olmaktadır (Danç, 2019). Ortopedi hastaları taburculuk sonrasında alçı, harekete yardımcı cihazlar, egzersiz ve pansuman gibi durumlar ile kendi kendine baş etmek durumunda kalmaktadırlar. Cerrahi girişim geçirmiş hastaların taburcu olurken evdeki bakımına yönelik, ağrı kontrolü, yara bakımı, günlük yaşam aktiviteleri, boşaltım ve ilaç kullanımı konularında bilgi gereksinimleri vardır (Pamuksuz, 2017). Cerrahi servislerde yatan 224 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada %68,3'ünün daha önce cerrahi girişim deneyimi olduğu ve hastaların cerrahi girişim sonrası yorgunluk, hareket kısıtlılığı,

bulantı-kusma ve ağrı gibi nedenlerle bakıma daha fazla gereksinim duymakta olduğu belirlenmiştir (Kersu & ark., 2020). Doğu'nun çalışmasında, cerrahi girişim öncesi eğitim verilmesinin ameliyat sonrası dönemde korku ve endişeleri %68,6 oranında azalttığı saptanmıştır (Doğu, 2013). Endonezya'da kırık vakaları üzerine yapılan bir çalışmada katılımcıların %52,2'sini alt ekstremitte kırık vakalarının oluşturduğu, en çok trafik kazaları nedeniyle femur kırıklarının görüldüğü bulunmuştur (Sasongko ve ark., 2019).

2.4. Cerrahinin Hastalar Üzerindeki Etkisi

Cerrahi girişim süreci ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası dönemlerinden oluşmaktadır ve hastayı olumlu ve olumsuz yönlerden etkileyebilecek bir deneyimdir (Karahan, 2020). Cerrahi girişimler insan vücudunda fizyolojik ve psikolojik değişimlere neden olmaktadır (Fındık & Topçu, 2012). Cerrahi girişimin büyük/küçük olması, müdahalenin acil/planlı yapılması hastayı hem ruhsal hem de bedensel olarak etkilemekte ve tüm vücut sistemlerinin tepki göstermesine neden olmaktadır (Acar, 2019). Bu etkiler; ameliyata karşı stres tepkisinin (nöroendokrin yanıt) oluşması, immün sistemin zayıflaması ve enfeksiyona yatkın hale gelmesi, damar bütünlüğünün bozulması, organ işlevlerinin olumsuz etkilenmesi, vücut algısının değişmesi ve yaşam tarzının etkilenmesi olarak özetlenebilmektedir (Cengiz, 2018). Cerrahi girişime alınış şeklinin hastalar üzerinde anksiyete oluşturduğu söylenebilir. Bununla ilgili yapılan bir çalışmada acil ve günübirlik cerrahi girişim geçirecek olan hastaların, planlı cerrahi girişim geçirecek hastalara göre anksiyete düzeylerinin daha fazla olduğu saptanmıştır (Fındık & Topçu, 2012).

2.5. Ortopedik Cerrahi Girişim Gerektiren Hastalıklar

Genel olarak travmalar, enfeksiyonlar ve tümörler olarak üç başlıkta açıklanabilir.

2.5.1. Travmalar

Travmalar başta genç erişkinler olmak üzere tüm yaş gruplarında önemli morbidite ve mortalite nedeni olup evrensel boyutta ölüm sebepleri arasında birinci sırada yer almaktadır (Baykan ve ark., 2022; Akyolcu ve ark., 2017). Travma, mekanik, termal, elektrik ve kimyasal enerjilerin etkili olduğu yaşamsal bütünlüğü tehdit eden ve geçici veya kalıcı olarak doku ve organ işlevlerini bozabilen olağan dışı olaylardır. Ortopedik travma kemikler, eklemler, kaslar, tendonlar veya bağlar dahil olmak üzere insan vücudunun kas-iskelet sisteminin ciddi yaralanmaları için kullanılan geniş bir terimdir (Askari ve ark., 2021). Travma yaralanmaları yaşayan hastalar genellikle acil servislere başvurmaktadır. Kazalar, çarpma, ezilme, burkulma, doğal afetler, ateşli silahlı yaralanmalar vb. mekanik nedenler sonucu oluşan ortopedik travmalar baş hariç ekstremiteler ve iskelet sisteminin yaralanmalarını kapsamaktadır. Ortopedi travmaları; yumuşak doku yaralanmaları ve kemik kırıkları olmak üzere iki başlıkta ele alınmaktadır (Kaçmaz ve ark., 2020; Türkmen ve ark., 2020; Duman ve ark., 2014).

2.5.1.1. Yumuşak Doku Yaralanmaları

Genellikle spor, egzersiz gibi zorlu aktiviteler sonucu oluşur ve burkulmalar, incinmeler, çıkıklar, menisküs yaralanmaları bu yaralanmalar arasında sayılabilir (Sevin, 2018).

2.5.1.2. Kırıklar (fraktürler)

Kırıklar (fraktürler), kemik bütünlüğünün bozulması olarak tanımlanmaktadır. Ağrı, şekil bozukluğu, hareket etmede kısıtlılık, deformite, hassasiyet bulgularıyla karşımıza çıkmaktadır. Kırıkların temel nedeni düşme, darbe, ezilme, ateşli silah ya da kesici-delici alet yaralanması, ani dönme/bükme hareketlerinden kaynaklanabilmektedir. Orta yaşlı ve yaşlı kadınlarda menopoz sonrası vücut östrojen hormonunda azalma ve protein eksikliği, kemik kütlelerini azaltarak kırık riski artırmaktadır (Sevin, 2018; Türkmen ve ark., 2020).

2.5.2. Enfeksiyonlar

Anatomik ve patofizyolojik nedenlerle diğer vücut bölgelerindeki enfeksiyonlara göre tedavisi güçtür. Ortopedik enfeksiyonlar, birden fazla ameliyat olmayı ve uzun tedavi süreçleri gerektirebilmektedir (Elifranji ve ark., 2022; Şahlan ve ark., 2020; Özdemir & Arman, 2011). Yeni doğan ve çocuk grubu ve bağışıklığı düşük olan bireyler risk faktörü altındadır. Ortopedik enfeksiyonlarda teşhis, klinik, laboratuvar, mikrobiyolojik/histopatolojik tanı yöntemleri kullanılarak konmaktadır. Diğer vücut enfeksiyonlarına göre tedavi başarısı düşüktür. Kemik ve yumuşak doku enfeksiyonlarının en çok hematogen yolla bulaşması nedeniyle sepsis riski oluşmakta ve enfeksiyon odağı doğru şekilde saptanıp erken tedaviye başlanması gerekmektedir (S. Budak & Aydın, 2022; Sevin, 2018; Şahin ve ark., 2020).

2.5.3. Tümörler

Kemik tümörlerinin gruplaması, iyi huylu, agresif iyi huylu ve kötü huylu kemik tümörleri olarak yapılmaktadır. Genç yaş grubunda primer tümörler gözlenmekte olup yaşlı grupta metastatik tümörler görülmektedir. Genellikle ağrı, yumuşak doku şişliği, patolojik kırıkla belirti ve bulgu vermektedirler (Sevin, 2018). Kemik tümörlerinin tanısında radyolojik görüntüleme bulguları malign ve benign tümör ayrımının saptanmasında yardımcı olmaktadır (Buğdaycı ve ark., 2016; Kaya, 2017).

2.6. Ortopedi ve Travmatoloji Cerrahisinde Çoğunlukla Uygulanan Girişimler

2.6.1. Total Diz Protezi (TDP)

Total diz protezi ameliyatı, hastalıklı diz eklem dokularının çıkarılarak yapay (implant) bir eklem yerleştirilmesiyle dejenere eklem yüzeylerinin onarıldığı bir ameliyattır (Özgür, 2017; Yıldız, 2019). Günümüzde sıklıkla yapılan ve diz ekleminde oluşan şiddetli ağrının giderilmesinde başarılı ve uzun ömürlü bir cerrahi tedavi seçeneğidir. TDP ameliyatının amaçları arasında ağrının giderilmesi, hareketin ve

deformitenin düzeltilmesi, diz eklemine işlevinin artırılması, günlük yaşam aktivitelerinin rahatlıkla yapılabilmesi gibi amaçlar yer almaktadır. Ağrı, fonksiyon kayıpları sorunlarına tıbbi tedavi ve fizyoterapinin etkisiz kaldığı durumlarda, özellikle geriatrik popülasyonda uygulanmaktadır ve yaşlı nüfusun artmasıyla TDP ameliyatına olan ihtiyaç artmaktadır (Kaye ve ark., 2019; Özgür, 2017; Pamuksuz, 2017; Yıldırım & Şendir, 2019; Yılmaz ve ark., 2015).

TDP ameliyatının en sık görülen sebepleri osteoartrit ve diğer dejeneratif hastalıklardır. Dünyada en sık rastlanan eklem hastalığı gonartrozdur (Tıraş, 2018; Yıldız, 2019). Gonartroz; kronik bir hastalık olmakla birlikte eklem kıkırdağının kaybı ve mekanik aşınma ve dejeneratif değişikliğe uğrayıp normal dengenin bozulması sonucu ortaya çıkan, yavaş seyirli bir hastalıktır. Nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte, genetik, sitokinler, mekanik travma gibi faktörlerin etkin olduğu bilinmektedir (Özgür, 2017). Diz osteoartriti orta ve ileri yaş popülasyonunda hareket kısıtlılığına neden olarak yaşam kalitesini düşürmektedir (Sönmez ve ark., 2016). Yaş, cinsiyet, obezite, diyabet, mesleki zorlanmalar, bazı spor aktiviteleri, hormonların etkisi, eklem bozuklukları ve hasarlar, genetik faktörler, beslenme, kas güçsüzlüğü gonartroz için risk faktörleridir. Ayrıca genel popülasyonda obezitedeki artış ortopedik bakım gereksiniminde artışa neden olmaktadır (Gruca ve ark., 2021). Gonartroz en çok ağrı, eklem sertliği, şişlik, deformite, krepitasyon (hışırtı sesi), fonksiyon kaybı gibi belirti bulgularla karşımıza çıkmaktadır (Jiang ve ark., 2019; Özgür, 2017).

TDP'nin 10 yıllık sağ kalım oranının %98 olduğu yapılan çalışmalarca saptanmıştır. Bu ameliyatın en önemli endikasyonu ağrıdır. Ağrı genelde ön ve arka dizde bıçak saplanır tarzda hissedilmektedir ve merdiven çıkıp inmede, yürümede kısıtlığa, gece uykudan uyanma gibi sorunlara neden olmaktadır (Pamuksuz, 2017). Diğer

endikasyonları arasında, 500 metre yürümede zorluk, eklem kompartmanlarının (patellar, femoral, medial, lateral) en az birinde daralma, radyolojik görüntülemelerde kıkırdak deformitesinin görülmesi sıralanabilmektedir (Yıldız, 2019).

Bireyde mevcut olan aktif enfeksiyon varlığı, diz protezinin kesin kontrendikasyonudur. Enfeksiyon durumunda ve dizin ekstansiyonunu sağlayamayan hastalarda protez yerine atrodez seçeneği uygulanmaktadır. Obezite ve diyabet mevcut olan hastalarda ameliyat hazırlığı dikkatle yapılmalıdır (Ünlü, 2012). Ameliyat sonrası ağrı, enfeksiyon, vasküler problemler, tromboemboli, derin ven trombozu (DVT) gibi komplikasyonlar görülebilmektedir (Yıldız, 2019). Bu komplikasyonların gelişme nedenleri arasında, ameliyatın uzun sürmesi, önceden ortopedik operasyon geçirmek, metabolik sorunlar, hastaya uygun olmayan protez seçimi, kemik doku sorunları gibi nedenler yer almaktadır (Özgür, 2017).

2.6.2. Total Kalça Protezi (TKP)

TKP, kalçanın şiddetli ağrısı ve fonksiyon kaybının olduğu durumlarda dejenere kalça ekleminin yapay eklemlerle değiştirilmesi operasyonudur (Pamuksuz, 2017). Kalça protezi, ağrının giderilmesini ve kalça fonksiyonlarının geri kazanılmasını sağlar böylece yaşam kalitesini artırmaktadır (Arıkan, 2016; Berg ve ark., 2019). Total kalça protezi dünyada yaygın olarak uygulanmaktadır. Kalça eklem artroplastisi eklem ağrılarını azaltmakta, günlük aktivite ve işlerini rahatça yapmalarını sağlamaktadır. Bu nedenle kalça artroplastisi ameliyatı hastaların erken mobilizasyonunda önemli rol oynamaktadır (Karakaşlı, 2021).

Diz protezi ameliyatında olduğu gibi kalça protezi ameliyatında da en önemli endikasyon ağrıdır. Hasta gece ve hareketlerle artan ağrı yaşar (Arıkan, 2016). Enfeksiyon varlığı, kalıcı kas güçsüzlüğü, ağır anemi gibi durumlar kontrendikasyonlar arasında yer almaktadır (Arıkan, 2016).

Ameliyat sonrası dönemde hastalarda genel olarak, denge sorunları, ameliyat olan bacak üzerine ağırlık vermede sorun, eklem hareketinde azalma, kas zayıflıkları, yürümede asimetri, günlük yaşan aktivitelerini gerçekleştirmede yetersizlik gibi sorunlar yaşamaktadır. Bu nedenle tedavide fizik tedavi ve rehabilitasyon önem taşımaktadır. Ameliyat öncesi ve sonrası rehabilitasyon, yürüme eğitimi, ev egzersizleri konularında bilgi verilmelidir (Can, 2013).

2.6.3. Diz Artroskopisi

Deri üzerinde küçük cerrahi insizyon yeri açılarak eklem içerisindeki problemlerin görüntülenmesi, teşhis ve tedavisinin tanımlanması için kullanılan bir yöntemdir. Sıklıkla diz, omuz ve kalça eklemlerinde kullanılmaktadır. Ağrı ve fonksiyon kayıplarının önlenmesi amaçlanmaktadır ve en yaygın sebebi artrittir. Morbiditesi düşük ve klinik güvenilirliği yüksektir (Pamuksuz, 2017). Son on yılda artroskopik diz prosedürlerinin sayısı kayda değer şekilde artmıştır (Acar ve ark., 2017).

2.6.4. Omuz Artroskopisi

Omuz eklemi, vücudumuzun en hareketli ve en hareket özgürlüğü olan eklemdir (Altay, 2014). Rotator cuff hastalığı kas iskelet sistemi hastalıkları arasında yaygın görülür (Eubank ve ark., 2018). Omuz kemik kırıkları yürüme mesafesinde düşme sonucunda yaşlı hastalarda sıklıkla görülen osteoporotik kırıklar nedeniyle de oluşabilmektedir (Ling ve ark., 2022). Omuz cerrahileri ortopedi alanının önemli bir parçasını oluşturmaktadır. En sık olarak instabilite ve rotator kılıf cerrahisi kullanılmaktadır. Genel olarak 19. yy. sonlarına doğru başlayan anatomik çalışmalar ile birlikte ortopedi alanındaki gelişmeler olmuştur ve omuz yaralanmaları cerrahi yaklaşımları bu dönemde başlamıştır (Akşahin & Karasoy, 2022). Son yirmi yılda gelişen teknoloji ile omuz cerrahilerinde ilerlemeler, kolaylıklar meydana gelmiştir (Apaydın ve ark., 2011). Omuz yaralanmaları ve travmalarında artroskopik girişimler önemli yer

almaktadır (Pamuksuz, 2017). Artroskopik omuz cerrahisi postoperatif ağrı görülebilmektedir (Ekinci ve ark., 2016). Cerrahi girişim sonrası yaşam kalitesini artırmak, fiziksel aktivitelerin tolere edilebilmesi, ağrının azaltılması, omzun eski performansını kazanması amaçlarıyla rehabilitasyon programları önerilmektedir (Kaya & Doral, 2013; Pamuksuz, 2017). Omuz cerrahisi geçiren bir olgu üzerinde yapılan bir çalışmada, cerrahi girişim sonrası 6 aylık süreçte iki taraflı olarak fizyoterapi ve rehabilitasyon uygulamasıyla, her iki ekstremitede eklem hareketi, ağrı, kas kuvveti, fonksiyonel aktivite düzeyinde olumlu değişim elde edilmiştir (Kara ve ark., 2018).

2.6.5. Menisküs Cerrahisi

Menisküs dokusu kıkırdaktan oluşan eklem yapısıdır. Menisküsün görevleri arasında diz hareketlerini kontrol etmek, hareket esnasında femur ve tibianın birbirine sürtünmesini önlemek, şok emilimi, yük taşıma ve dağıtma, sinovyal sıvı salınımı ve lubrikasyonu ve ön çapraz bağın yetersizliği durumunda dizin ön arka stabilitesine katkı sağlama gibi önemli görevler yer almaktadır (Gül ve ark., 2014; Günaydın ve ark., 2014). Menisküs yırtıkları, yetişkinlerin diz ağrısı nedeniyle klinisyene başvurmalarının en yaygın nedenlerinden biridir. Menisküs yırtığı 50 yaş üstü bireylerin yaklaşık %35'inde vardır ve bunların üçte ikisi asemptomatiktir. Menisküs yırtıklarının tanısında manyetik rezonans görüntüleme (MRG), fizik muayene ve tıbbi öykünün klinik geçerliliği ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır (Karakoç & Atalay, 2019). Spor yaralanmaları menisküs yırtıklarının en sık karşımıza çıkan nedenidir. Ani dönme hareketleri, dizde meydana gelen travmalar menisküs yırtılmalarına neden olabilmektedir. Menisküs dizde ağrı, kilitlenme, takılma ifadeleri, hareket kısıtlılığı yaşanması ve sıvı toplanması gibi belirti ve bulgular ile kendini göstermektedir. En yaygın uygulanan yöntem menisektomi (menisküsün alınması-debride edilmesi) işlemidir (Günaydın ve ark., 2014). Menisküs yırtıklarının cerrahi tedavisinde total menisektomi yerine uzun dönem seyrinin daha iyi

sonuçlar vermesi nedeniyle artroskopik menisektominin daha iyi tercih olduğu söylenebilmektedir. Ameliyat sonrası dönemde hastanın fonksiyonel durumunu etkileyen faktörler arasında, menisküs yırtığının tipi, diz eklemine deforme düzeyi, vücut kütle indeksi, yaş, cinsiyet faktörleri yer almaktadır (Akkaya ve ark., 2012). Menisküs iyileşmesinin genç nüfusta, 40-50 yaş üzeri hastalara göre daha kolay bir süreç olduğu bildirilmektedir (Günaydın ve ark., 2014).

2.6.6. Kalça Eklemi- Femur Fraktürü

Yaşlı hasta grubunda sıkça görülmektedir (Edipoğlu ve ark., 2012; Malkoç ve ark., 2015). Osteoporoz düşük kemik kütlesi ve kemik dokusunun yapısının bozulması ile birlikte kemik kırılabilirliğinde artış ile karakterize bir hastalıktır (Mehmet ve ark., 2017; Xu ve ark., 2020) ve ileri yaşlarda gelişen femur kırıkları osteoporoz kaynaklıdır ve düşük enerjili travmalar (basit düşme, ani dönme hareketleri vb.) sonucu da oluşmaktadır (Jiang ve ark., 2021). Genç yaş gruplarında ise yüksek enerjili travma, motorlu araç kazaları ve zorlayıcı sporlar femur kırıklarına neden olmaktadır (Doğan & Öztürk, 2016; Kobayashi ve ark., 2018; Lee ve ark., 2018; Özkan ve Adanaş, 2018; Tokyay, 2021; Yerli & Gürbüz, 2021). Genç hastalarda uzun süreli takip sonrasında revizyon, tekrar ameliyat olma riski daha düşüktür (Leonardsson ve ark., 2012). Kalça kırıkları önemli morbidite ve mortalite oranına sahiptir ayrıca yüksek maliyet yüküne neden olmaktadır (Özkan & Adanaş, 2018; Rapp ve ark., 2020; Sindel & Dıraçoğlu, 2009). Femur kırıklarında çok büyük oranda cerrahi tedavi yöntemi seçilmektedir. Hastalar ameliyat sonrası dönemde uzun süreli hareketsiz kalmakta ve buna bağlı komplikasyonlar yaşamaktadır. Hastanın klinik durumuna göre genelde ameliyattan sonra birinci günde sandalyede oturtulur, yine klinik durumuna göre genelde gün gün yemek yemek, tualete gitmek için mobilize edilebilmektedir (Sindel & Dıraçoğlu, 2009). Ülkemizde travma nedeniyle acil servise başvuran hastalarda femur kırığı yaygın

olmak üzere diğerk kırıkların olduğu ve başvuruların %66'sının hastaneye yatışının yapıldığı saptanmıştır (Savcı & Bilik, 2014). Hastanelerin acil servislerine başvuran hastalar arasında en yaygın beş kırık vakası arasında kalça, ayak bileği, el bileği, omurga ve humerus kırıkları sıralanmaktadır (Ax ve ark., 2019). Türkiye'de kalça kırığı hastalarının oranlarının Avrupa'ya göre daha düşük oranda olmasına rağmen son 20 yılda bu oran yaşla birlikte belirgin bir şekilde artmaktadır (G.Demir ve ark., 2018). Hindistan'da 524 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada hastaların %33'ünün travma sonucu hastaneye başvurduğu sonucuna ulaşılmıştır (Gani ve ark., 2016).

2.6.7. Ampütasyon Cerrahisi

Ampütasyon, genelde alt ekstremitelerde olmak üzere vücudun bir uzvunun kısmi ya da tamamen tıbbi nedenlerle, cerrahi olarak vücuttan alınması operasyonudur (Özsoy & Ökyayuz, 2016; Öznur, 2013). Travmatik olaylar, diyabet, hipertansiyon, enfeksiyon, kanser ve periferik damar hastalıkları ampütasyon nedenleri arasında yer almaktadır (Pamuksuz, 2017; Öznur, 2013). Ampütasyon yadsınamaz bir şekilde yaşam kalitesini değiştirmektedir. Hastanın genel hareketliliği bozulur, metabolik ihtiyaçlarda artış, hastada ağrı ve rahatsızlık hissi oluşmaktadır (Pantera ve ark., 2014). Ampütasyonun hasta tepkilerini kapsayan ruhsal boyutu vardır. Hasta, yaş grubuna, kültür yapısına, mesleğine, sosyal desteğine, kişilik özelliklerine göre değişen baş etme yöntemleri (bilgi ve sosyal destek arama, kendi sağlık bakımına katılma, kendini kontrol etme, kaygıyı kabullenme vb.) kullanmaktadır (Özsoy & Ökyayuz, 2016). Hastalar ameliyat sonrasında benlik saygısında azalma yaşamaktadırlar ve bu nedenle kendilerini eksik, işe yaramaz olarak görme hissi yaşayabilmektedirler. Hasta varsa protez kullanımına yönelik adaptasyonda zorluk yaşayabilmektedirler (Kizilkurt ve ark., 2020; Öznur, 2013). Bu nedenle tedavi ekibinin empatik ve teröpatik yaklaşımları, sosyal çevre ve aile desteği hasta için önem taşımaktadır (Pantera, 2014; Öznur, 2013). Taburcu olurken beslenme,

ağrı yönetimi, egzersiz, kanama ve yara takibi konularında eğitim almaları sağlanmalıdır (Pamuksuz, 2017). Diz altı amputasyon cerrahisi geçiren yaşlı hastalarda düşme riski yüksek olarak bulunmuş, bu nedenle yürüme ve denge bozuklukları, düşme korkusu ve düşme gibi sorunların yaşanması ihtimali yüksektir (Aydın & Okur, 2018).

2.7. Bakım Kavramı ve Hemşirelik Süreci

Bakım, insanlığın tarihiyle başlamış ve çeşitli alanlarda tanımlamaları yapılmış tek bir ifadesi olmayan bir kavramdır (Gül & Dinç, 2018). Varoluşçu Alman filozof bakım kavramı ile ilgili; her bireyin kendi bakımını üstlenmeye uyum gösterme özelliğine sahip olduğunu ve kendi bakımına katılmada, kendisini önemli ve anlamlı kılmasının temel motivasyon kaynağı olduğunu belirtmiştir (Baykara, 2014). Bakım, kişinin yalnızca kendisine yönelik olmayıp aynı zamanda ihtiyaç duyan başkasına yönelik bir eylemdir (Baykara, 2014).

Bakım, biyolojik, sosyal, ahlaki, etik yönleriyle bütüncül olarak ele alındığında birileri tarafından başka birilerine verilmesi gereken bir sorumluluk olduğunda bunu uygulayacak profesyonel bir grubun olması ihtiyacını doğurmaktadır (Baykara, 2014). İnsanlar tarih öncesi dönemlerde hasta bakımıyla ilgileniyordu ancak modern ve çağdaş hemşirelik 19. yüzyıl ortalarında Florence Nightingale ile başlamıştır (Olmaz & Karakurt, 2019). Hemşirelik bilimi alanındaki akademik çalışmalar incelendiğinde bakım ile ilgili ortak bir tanım olmamakla birlikte hemşirelik bakımını bütüncül yönleriyle fiziksel, psikomotor beceri, ahlaki ve duyuşsal açılardan ele alan tanımlamalar yapılmaktadır (Gül & Dinç, 2018). Hemşirelik eğitimi ve uygulama alanında gerçekleşen gelişmeler, gelişen tıp bilimi ve hemşirelik bakımında ilerleyen teknolojinin kullanılması, toplumun bakımdan beklentilerinin artması hemşirelik bakımını sezgisel değil bilime dayalı olması gerektiğini göstermiştir (Olmaz & Karakurt, 2019). Bakım, bakıma ihtiyaç duyan ile

bakım veren iki öznenin ilişkisine dayanan özenli ve emek gerektiren bir olaydır (Gül & Dinç, 2017).

Hemşirelik ailelerin ve toplumların sağlının korunması ve geliştirilmesi, hastalığın önlenmesi ve giderilmesinde etkin rol oynayan bir meslektir (Turan ve Sendir, 2019). Biyopsikososyal ve ruhsal bir varlık olarak insanın ihtiyaçlarına hizmet etmeye odaklanmaktadır (Kourkouta & Papathanasiou, 2014). Hemşirelik mesleğinin icra edilmesi bilimsel bilgi temel olmak üzere kişilerarası iletişim becerisi, entelektüel ve teknik yetenek ve becerilerin olmasını gerektirir. Hemşirelik süreci hemşirelik mesleğinin bilimsel temelini yansıtan en önemli unsurdur. Veri toplama, planlama, uygulama ve değerlendirme basamaklarından oluşan hemşirelik süreci planlı ve sistematik bakım verilebilmesi amacıyla taşımaktadır (Bisit, 2020). Hemşirelerin mesleki ve bireysel özellikleri verilen bakımın kalitesini doğrudan etkilemektedir (Gül & Dinç, 2018) ve bakımın kalitesi hasta memnuniyetinin artmasına yol açmaktadır (Karaca & Durna, 2018; Kol ve ark., 2017).

Ortopedik ve travma bakımı özel bir sağlık bakım alanıdır. Ortopedik hastalıklar günlük yaşam aktivitelerini etkiler ve yaşam kalitesini düşürür ve hasta için ağırlı bir süreç oluşmaktadır. Ortopedi hemşireliği, eklem yaralanmaları, ekstremitte kırıkları, kas iskelet sistemini etkileyen hastalıklar, doğumsal ve gelişimsel süreçler, travmalar, metabolizma bozukluklar, dejeneratif hastalıklar, enfeksiyonlar, omurga yaralanmaları, kemik tümörleri vb. durumları kapsamaktadır. Aynı zamanda ortopedi hemşireleri ortopedi-travmatoloji klinikleri, rehabilitasyon merkezleri, cerrahi müdahaleler, kazalar ve acil servislerde büyük rol ve sorumluluk üstlenmektedir. Ortopedi hemşirelerinin gerekli ve yeterli donanıma sahip olup bu alanda bütüncül yaklaşım sağlamaları gerekmektedir (Danç, 2019; Seyid ve ark., 2019; Turan & Sendir, 2019).

2.8. Ortopedik Cerrahi Girişimlerde Ameliyat Öncesi (Preoperatif) Bakım

Ameliyat öncesi hemşirelik bakımı; hastanın kliniğe yatışı ile birlikte başlayıp, ameliyat sırasında devam etmekte ve hastanın ameliyat sonrası bakım bağımlılığının bittiği dönemde sonlanmaktadır (Gül & Dinç, 2018). Preoperatif değerlendirme hastanın fizik ve psikolojik durumunun belirlenmesini, farmakolojik ve terapötik öyküsünün alınmasını, laboratuvar bulgularını ve anestezi riskinin belirlenmesini içermektedir. Sonrasında hastanın bilgilendirilmesi ile farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler kullanılarak ameliyat öncesi hazırlık başlamaktadır (Turhan ve ark., 2012).

Ameliyat öncesi dönemde yeterince bilgilendirilmeyen hastalarda anestezi ve cerrahi tarafında ameliyat kararı onaylama ve bekleme süreci, anksiyete, ağrı korkusu, süreç hakkında bilinmezlik korkusu, depresyon, öfke, ameliyat sonrası hareket ve günlük işlerini yerine getirememe endişesi gibi emosyonel sıkıntıların yaşanabildiği görülmektedir. Bu durum ameliyat sonrasında komplikasyonların oluşma olasılığını artırmakta ve hastanede yatış uzatmaktadır (Taşdemir ve ark., 2013; Gürlek & Yavuz, 2013). Ameliyat öncesi hazırlık ve bakım süreci olumsuz yönde etkileyebilecek risk faktörlerini erken saptamak, oluşabilecek komplikasyonları önlemek veya azaltmak, durumu erken düzeltmek, hastanın ameliyat öncesi ve sonrası stres düzeyini azaltmak amacıyla önemli bir yer tutmaktadır (Hu ve ark., 2019; Sevin, 2018).

2.8.1. Hastanın Cerrahi Girişim Öncesi Kliniğe Kabulü

Kabul esnasında, ameliyat kararı verilen hastaya ameliyatı gerçekleştirecek doktor tarafından hastalık bilgisi, ameliyatın şekli, süresi, hastada görülmesi muhtemel etkileri konularında bilgi verilmektedir. Hemşire tarafından hasta ile yapılan görüşmede hastanın soru sormasına izin vermeli ve hasta kliniğe yattığı esnada hastalık, ameliyat ve tedavi süreci hakkında, hastane kuralları, kullanılacak malzemeler, araç gereçler hakkında bilgi verilmelidir. Ameliyat öncesi yapılacak hazırlıklar; verilerin toplanması ve

değerlendirilmesi, tanı tetkiklerinin yapılması, yaşam bulgularının ölçülmesi ve takibinin yapılması, anamnez alınması süreçlerini içermektedir (Kapıkıran ve ark., 2018; Sevin, 2018). Cerrahi girişim geçirmiş olan 107 hasta ile yapılan bir çalışmada hastaların perioperatif dönemde, ameliyat süreci hakkında eğitim (ameliyattan sonra nasıl hissedeceği, anestezi sonrası nasıl bir ortamda uyanacağı, ne kadar süreyle hangi fonksiyonlarını kaybedeceği, ameliyat sonrası dönemde vücuduna bağlı tüp ve drenlerin anlamı, ameliyat sonrası olası ağrılarla baş etme) alan hastalarda eğitim almayanlara göre postoperatif döneminin sonuçlarının %20 daha iyi olduğu belirtilmiştir (Taşdemir ve ark., 2013).

2.8.2. Psikolojik Hazırlık

Hastanede yatma ve ameliyat olma insan yaşamını etkileyen bir olaydır. Hastada hastalığından kurtulma düşüncesi ve beklentisi oluşturmaktadır. Bunun yanında tüm ameliyat süreci hakkında bilgi eksikliği, olası olumsuz sonuçlar, günlük işleri yapmada kısıtlılık, rahat ettiği ev ortamında olmaması, yapılan çeşitli tıbbi girişimler, anestezi kaygısı, ağrıdan korkma, cinsel yeterlilik kaybı korkusu gibi nedenler hastalarda farklı derecelerde kaygı, korku, panik, anksiyete tabloları oluşturabilmektedir. Cerrahi girişimin planlı veya acil, büyük veya küçük operasyon olması fark etmeksizin hasta ve ailesi olumsuz bir deneyim yaşamaktadır (Fındık & Topçu, 2012; Sevin, 2018; Taşdemir ve ark., 2013). Ameliyat öncesi dönemde hastanın anksiyete ve korkusu açıkça sorgulanmalıdır. Bu dönemde hastanın anksiyetesinin azaltılması; ameliyat sonrası iyileşme süresinin kısılmasına yardımcı olacaktır (Sevin, 2018; Horodyski ve ark., 2018). Çullu ve Ülker (2020) 364 hasta ile görüşüldüğü çalışmada, ameliyat öncesinde hastaların %55,2'sinin sürece dair bilgilendirilmediğini ve bunun sonucunda hastaların %91,5'inin ameliyat öncesinde psikolojik açıdan sorun yaşadığı (ölüm, vücut bütünlüğünün bozulması vb.) sonucuna varılmıştır (Çullu & Ülker, 2020).

2.8.3. Fizyolojik Hazırlık

İyi bir fizyolojik değerlendirme ile hastanın ameliyat öncesi sağlık durumu belirlenmelidir. Ameliyat öncesi süreçte hastayı yönetme ve ameliyat esnasında optimal sağlık düzeyini sağlanması ile ameliyat risklerinin azaltılması amaçlanmaktadır. Hastanın psikolojik açıdan olduğu kadar fiziki açıdan da en iyi durumda olması gerekmektedir. Hasta yaş, ağrı ve mevcut hastalıkların bilgisi değerlendirilmelidir. Sıvı-elektrolit dengesi, kardiyovasküler sistem, solunum, renal, hematolojik ve hepatit fonksiyonlar değerlendirilip gerekli tetkikler yapılmalıdır (Sevin, 2018; Tekin, 2011). Tarama testlerinde genel olarak; Akciğer grafisi, kan grubu tayini, tam kan sayımı, biyokimya değerleri incelenmektedir. Ortopedi ameliyatlarında ek olarak cerrahi girişim uygulanacak ekstremitenin röntgen grafisi, gerekli olduğu durumlarda Bilgisayarlı Tomografi (BT) ve Manyetik Rezonans (MR) radyolojik görüntüleme testleri yapılmaktadır. Bunun yanı sıra ameliyat öncesinde laboratuvar tetkik istemlerinden C-Reaktif Protein (CRP) ve eritrosit sedimentasyon hızını belirlediği testler yapılmalıdır (Tekin, 2011).

2.8.4. Cilt hazırlığı

Ameliyat öncesi cilt hazırlığı, duş/banyo yapma, uygulama bölgesindeki kıl temizliği ve ameliyathane masasındaki cilt temizliğini kapsamaktadır. Ameliyat masasındaki cilt hazırlığı cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemek amacıyla antiseptik solüsyonlar ile yapılmaktadır. Klinik çalışmalar duş almanın ciltte bulunan mikroorganizmaların sayısını azalttığını söylemektedir ve duş/banyo sonrasında cildin temiz ve kuru kalması kaydıyla, ameliyattan bir gece öncesinde duş alınması/banyo yapılmasını desteklemektedir. Ekstremitelerde ve insizyon bölgesinde uygulamayı zorlaştıracak tüyler mevcutsa gerekli önlemlerle bölgedeki tüy temizliği yapılmalıdır. Kan dolaşımı ve doku oksijenlenmesinin takibinin yapılabilmesi için ruj, oje vb.

malzemeler vücuttan silinmelidir. Cilt hazırlığı uygulamalarında cilt bütünlüğünün korunmasına dikkat edilmelidir (C.Dönmez & Özbayır, 2008; Tekin, 2011).

2.8.5. Gastrointestinal Sistem Hazırlığı

Mide içeriğinin hacmini ve asiditesini azaltmak için yetişkin ve çocuk hastalarda anestezi öncesi açlık süresi beklenmektedir. Ameliyat esnasında mide içeriğinin geri gelmesini önlemek amacıyla ameliyat öncesi genelde saat 24'ten sonra oral alımı kesilmektedir. Bağırsağın boşaltılarak travmayı ve diğer organlarının gaita ile kontaminasyonunu engellemek amacıyla lavman uygulaması yapılmaktadır (Sevin, 2018).

2.8.6. Yasal hazırlık

Bilgilendirme ve onam alma tıp etiği açısından doktor/hemşire ile hasta arasında ilişkinin temel unsurlarındandır. Yasal ve etik boyutu olan bilgilendirme ve rıza alma, hastaların haklarının korunması ve güven ilişkisinin sağlanmasına yönelik önemli bir araçtır. Hem hastayı hem çalışan grubunu yasal olarak güvence altına almaktadır. Ameliyat öncesinde bilgilendirilmiş onam alınıp alınmadığı kontrol edilmelidir (F. Dokuz, 2019; Sevin, 2018).

2.8.7. Hasta eğitimi

Sağlık davranışları inanç, değer ve motivasyonlardan etkilenir ve bireyin yanlış bilgiler ve davranışlar edinmesine neden olabilir. Hasta eğitimi, hasta ve ailesine doğru bilgi ve düşünceleri aktararak tutum, davranış, değer, sağlık bakımlarına yönelik bilgi ve beceri kazandırmak için yapılmaktadır (Avşar & Kaşıkçı, 2008; Pamuksuz, 2017). Ameliyat öncesi eğitim hastanın cerrahi hazırlığı aşamasında önemli yer tutmaktadır (Doğu, 2013). Ameliyat öncesi dönemde anksiyeteyi azaltmak, ameliyat hakkında memnuniyeti artırmak amaçlanmaktadır. Hastayla görüşmek hastanın anksiyetesini azaltmaktadır. Dolayısıyla iyileşme süresini hızlandırmakta, narkotik grubu ilaç

kullanımı gereksinimini azaltmakta ve hastanede yatış süresini azaltmaktadır (Doğu, 2013; Koivisto ve ark., 2020). Hemşirelik mesleği sağlıklı/hasta birey, aile ve toplumun sağlık sorunlarına odaklanmayı temel alır. Florence Nightingale'den günümüze hemşirelik mesleği toplumun sağlığını geliştirme ve sürdürme misyonunu üstlenmiştir. Bu misyon doğrultusunda hemşirelerin etkin şekilde eğitici rolünü kullanmaları gerekmektedir (Avşar & Kaşıkçı, 2008; Gürlek & Yavuz, 2013). Hemşireler hasta ile kesintisiz sürekli etkileşim halinde bulunan tek profesyoneldir (Soyer & Giersbergen, 2017). Hemşirelerin hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi, eğitim ve danışmanlık verilmesi hemşirenin sorumlulukları arasında yer almaktadır. Bu nedenle hastanın sağlık eğitiminde önemli role sahiptirler (Avşar & Kaşıkçı, 2008; Doğu, 2013; Gröndahl ve ark., 2019; Rahmani ve ark., 2020).

Hastanın evde bakımına hazırlanması için ise taburculuk eğitimi verilmeli, yara bakımını nasıl yapacağı, pansumanlarını kaç gün arayla yaptıracağı, hareket ve egzersizlerini nasıl uygulayacağı, ağrı kontrolü, ilaç kullanımı, öz bakımını nasıl gerçekleştireceği, doktor poliklinik kontrol zamanı konuları hakkında bilgi verilmesini kapsamaktadır (Sevin, 2018). Taburculuk eğitiminde, hastaların evde öz bakım aktivitelerini gerçekleştirebilmeleri, mevcut duruma uyum sağlayabilmeleri, oluşabilecek anormal durumları erken dönemde saptayarak önleyebilmeleri, bozulan vücut fonksiyonları ile baş edebilmeleri konularına yer verilmelidir. Bu planlama sistematik bir süreçten oluşmalıdır ve bu süreç hasta ile ilk karşılaşmadan taburculuk esnasına kadar sürmektedir. Hastanın aile yapısı, kültürel değer yargıları, dini inanç ve uygulamaları, öz bakım becerisi hakkındaki bilgiler doğru bir şekilde toplanıp hastaya özel öğrenme gereksinimleri belirlenmelidir (Pamuksuz, 2017; Soyer & Giersbergen, 2017).

2.8.8. Taburculuk Eğitimi

Taburculuk eğitimi, hasta ve ailesinin taburculuktan sonra evdeki bakımına yönelik ihtiyaç duyabileceği konularda bakım bilgisi edinmesi ve sorumluluk almasını sağlama sürecidir (Çam & Asar, 2019). Ortopedi hastaları, dolaşım, egzersiz, ağrı ve öz bakımla ilgili konularda daha fazla bilgiye ihtiyaç duymaktadırlar (Bilik, 2017; Dinçer & Kurşun, 2019). Ortopedi hastalarının taburculuk eğitiminde; Günlük yaşam aktiviteleri (uyku, dinlenme, öz bakım, ev işleri yapma, cinsellik vb), ağrı kontrolü, dolaşım, yardımcı cihazlar, cerrahi yara bakımı, egzersiz programları, kullanılacak ilaçlar ve diyet düzeni, oluşabilecek anormal durumlar, doktor kontrol zamanı ve hangi bulguyla karşılaştığında doktora başvurması gerektiği konuları anlatılmalıdır (Acar, 2019; Pamuksuz, 2017).

Taburculuk eğitimi süreci sonunda verilen eğitimler kaydedilmelidir. Taburculuk eğitimi verilen hastalarda iyileşme hızı ve bakım kalitesi artmaktadır. Böylece hastaneye tekrar başvurular, kliniğe tekrar yatışlar, bakım ve sağlık maliyetleri azaltılmış olmaktadır (Dal ve ark., 2012; Pamuksuz, 2017).

2.9. Ortopedik Cerrahi Girişimlerde Ameliyat Sonrası (Postoperatif) Bakım

Hastanın ameliyathaneden ayrılıp kliniğe geldiğinde başlar taburculuğa kadar devam etmektedir. Bu süreçte, oksijen satürasyonu, tansiyon, nabız sayısı ve ritmi, solunum sayısı ve derinliği, cilt rengi ve nemi, yaşam fonksiyonlarının sürdürülmesi, sıvı dengesinin sağlanması, damar yolu kontrolü, yara yeri kontrolü ve genel durumu takip edilmektedir (Acar, 2019; Cengiz, 2018). Hasta ameliyathaneden kliniğe geldiğinde yaşam bulguları kontrol edilmeli ve solunum, kardiyovasküler sistem, nörolojik fonksiyonları değerlendirilmelidir. Hastaya bağlı drenler veya tüplerin açıklığı kontrol edilmeli ve hastaya cerrahi girişimine göre uygun pozisyon (vertebra ameliyatlarında yastıksız sırtüstü pozisyon, kalça protezlerinde bacaklar abduksiyon pozisyonu gibi) verilmelidir (Sevin, 2018; Tekin, 2011).

Ağrı bireyin yaşamını tüm yönleriyle etkileyen fizyolojik değişikliklere neden olur (Grzelak ve ark., 2022). Cerrahi kliniklerde ameliyat sonrası ağrı yönetimi önemli bir bakım bileşenidir. Ameliyat sonrası ağrı yönetimi için yüksek kalitede tedavi sağlanmalıdır (Fan & Chen, 2020; Idvall & Berg, 2008). Özellikle ortopedi alanında yardımcı yöntem olarak kullanılan soğuk uygulama, erken ameliyat sonrası dönemde doktor istemi doğrultusunda yapılmalıdır. Bu uygulamalar ağrının daha az hissedilmesine, kapiller permeabiliteyi azaltma işlevi nedeniyle kanama ve ödemin azalmasına yardımcı olacaktır (E. Kazan, 2011).

Ortopedi ameliyatı olan hastalar genel olarak, ameliyattan sonra bir ekstremitelerini aktif kullanamamaları doğrultusunda fiziksel harekette bozulma sorunu yaşamaktadır. Bu durum mobilizasyonu geciktirecek ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olacaktır (Arıcı & Taştan, 2018; S. Erdemir, 2015). Ameliyat sonrası uzun süre hareketsiz kalan hastalarda özellikle birinci günde dolaşım problemleri (ortostatik hipotansiyon, venöz staz, trombüs oluşumu), idrar retansiyonu, solunum problemleri, konstipasyon gibi sorunlar görülmektedir. Hastaların ameliyat sonrası en kısa zamanda ayağa kaldırılarak mobilizasyonun sağlanması, dolayısıyla hareketsizlikten kaynaklanan komplikasyonların önlenmesi, homeostatik dengenin devam ettirilmesi amaçlanmalıdır (Cengiz, 2018; Ünal & Gürhan, 2021).

2.10. Ameliyat Sonrası Günlük Yaşam Aktiviteleri

Hemşire bu gereksinimlerin geçici ya da kalıcı olarak karşılanmasında yardımcı olan profesyoneldir. Hemşireler son on yıldır ülkemizde yaygın bir şekilde profesyonel olarak birey ve aile sağlığı sorunlarını saptanmasında ve çözümünde yurt dışında geliştirilen Hemşirelik Bakım Modelleri'ni kullanmaktadır. Bu modeller arasında en çok

“Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli” kullanılmaktadır (Büyükyılmaz & Şendir, 2009; Köşgeroğlu & Boğa, 2011). Model, 1970 yılında Roper, Logan, Tierney tarafından geliştirilmiştir ve 12 temel yaşam fonksiyonlarını içermektedir (Akkoyun & Arslan, 2019; Demir, 2010). Temelde hemşirelik mesleğinin amacı, toplumda hasta bireylerin iyileşmesine ve bağımsızlık kazanmasına yardım etmek, bireysel ve toplumsal sağlığın korunmasını ve geliştirilmesini sağlamaktır. Bu doğrultuda hemşireler, bakım verici, karar verici, koruyucu-gözetici-savunucu, yönetici, rehabilite edici, rahatlatıcı, eğitici ve danışmanlık rollerinin tümünü kullanmaktadır (Büyükyılmaz & Şendir, 2009; Köşgeroğlu & Boğa, 2011). 50 kişi kontrol ve 50 kişi deney grubunun olduğu bir çalışmada büyük çoğunluğunun evde bakımına yardımcı olacak bireylerle yaşadığı belirtilmiş ve taburculuk eğitiminin hastaya farkındalık kattığı, eğitim yapılan hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede daha az sorun yaşadığı belirlenmiştir (Çam ve Asar, 2019). Osteoartrit hastalarıyla yapılan bir çalışmada, hastaların en fazla alışveriş (%32), telefon kullanma (%31) ve ulaşım araçlarına binme (%28,5) aktivitelerinde bağımlı oldukları belirlenmiştir (Gümüş & Ünsal, 2014).

2.10.1. Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi

Günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilmek için fiziksel, emosyonel ve sosyal yönlerden güvenli çevrenin varlığı çok önemlidir. Özellikle büyük cerrahi girişimler bireyi bütüncül olarak etkileyebilmekte ve güvenliği tehdit eden bir durum olabilmektedir (Büyükyılmaz & Şendir, 2009). Bu doğrultuda kişilerin düşme ve kazalardan korunma davranışlarını edinmesi, trafikte kazalara sebep olan kural ihlallerine karşı yasal önlemlerin alınması gibi adımların atılması gerekmektedir. Hasta yaşadığı çevre ile değerlendirilmeli ve evde gerekli çevre düzenlemesi yapılması, uygun ev ortamının sağlanması konusunda bilgi verilmelidir. Güvenli çevrenin sağlanması, düzenli ilaç kullanımı, ağrı kontrolü, yara bakımı ve doktor kontrolleri konularını da

kapsamaktadır. Bu konularda bilgi verilmelidir (Acar, 2019). Yapılan bir çalışmada güvenli çevreyi sağlama, cilt bütünlüğünde bozulma, ev ortamının uygun düzenlenmesi hakkında eğitim verilmesine rağmen hastaların konuyu önemsememesi, zaman bulamaması, maddi yetersizlik gibi nedenlerle taburculuk sonrası birinci haftada bu sorunu yüksek oranda yaşadıklarına dikkat çekmektedir (Demir, 2010). Şahin (2019) kalça protezli hastalarla yaptığı çalışmada, hastaların %99 oranında yatağa yatma, yataktan kalkma, ameliyat sonrası güvenlik önlemleri, merdiven inip çıkma, arabaya binme, varis çorabı giyme ve bacak egzersizleri yapma konusunda bilgi gereksinimine ihtiyaç duyduğu (Şahin, 2019), diğer bir çalışmada hastaların %86,8'inin güvenli çevreyi sağlama ve sürdürmede sorun yaşadığı bildirilmiştir (Acar & Fındık, 2021).

2.10.2. İletişim

İletişim insanlar arasındaki bilgi, duygu ve düşüncelerin, ihtiyaçların, konuşma ya da diğer yollarla anlama ve anlatılma yoludur (Kourkouta & Papathanasiou, 2014). İnsan yaşam boyu diğer bireylerle iletişim ve etkileşim halindedir. Büyük cerrahi girişimlerde anksiyete beden imajında bozulma gibi nedenlerle iletişimi kesme sosyal izolasyon görülebilmektedir (Büyükyılmaz & Şendir, 2009).

2.10.3. Solunum aktivitesi

Yaşamsal önemi olan ve diğer yaşam aktivitelerinin gerçekleşebilmesi için ön koşul olan istem dışı gerçekleşen bir olaydır. Özellikle bazı ortopedik girişimlerde, ameliyat öncesi ve sonrası dönemlerde trako-lomber eğrilik varlığı ve vertebralar arasındaki ayrımların yokluğu ya da düzensiz olması, korse kullanma, traksiyon ağırlığının neden olduğu ağrı gibi nedenlerle diyafragmanın fazla yorulur ve bu nedenle etkisiz solunum görülebilmektedir. Hastanın ameliyattan çıktığı erken dönemde solunum fonksiyonunun sürdürülmesinde ilk amaç: havayolu açıklığını sağlamak, hipoksemi ve hiperkapni oluşmasını önleyerek kandaki oksijen seviyesini artırmaktır. Bu doğrultuda

solunum fizik muayenesinde solunum hızı, ritmi ve derinliği, göğüs duvarı hareketlerinin simetrik olup olmadığı, pulseoksimetre veya monitörizasyon ile oksijen saturasyon takipleri yapılmalıdır ve varsa anormal akciğer sesleri saptanmalı, mukoz membranların rengi değerlendirilmelidir (Büyükyılmaz & Şendir, 2009; Cengiz, 2018). Demir (2010) çalışmasında kontrol grubundaki hastaların tamamının taburculuklarının birinci haftasında solunum ve öksürük egzersizlerini yapmaya ilişkin bilgi eksikliği olduğu belirlenmiştir (Demir, 2010).

2.10.4. Hareket aktivitesi

Hareket kısıtlılığı büyük cerrahi girişimlerden en fazla etkilenen aktivitedir. Ameliyat sonrası dönemde hareketi gerçekleştirmek için bağımlı/yarı bağımlı duruma gelirler. Hareket kısıtlılığı başlaması sonucu beslenme, kişisel temizlik ve giyinme gibi diğer yaşam aktivitelerini gerçekleştirme konusunda olumsuz etkilenmektedirler (Ünal & Gürhan, 2021). Ameliyat sonrasında hastaların duyuşsal ve mental durumları, fiziksel ve fonksiyonel düzeyi göz önüne alınarak hareket-aktivite planlanması yapılmalıdır. Dolaşımı hızlandırmak amacıyla yatak içi egzersizler uygulanmalıdır. Hastaların ameliyat sonrası erken dönemde ayağa kalkmalarını teşvik etmek için, derin solunum, öksürme ve yatak içi egzersiz uygulamaları için cesaretlendirilmelidir. Yapılan çalışmalarda perioperatif fiziksel aktivite güçlendirme yapılmasının perioperatif sonuçlar üzerinde olumlu bir etki göstermiştir. Diz ve kalça artroplastisi cerrahisi geçiren hastalarla yapılan bir çalışmada preoperatif egzersiz yapılmasının hastanede yatış süresini kısalttığı ancak postoperatif iyileşmede çok belirleyici olmadığını sonucuna varılmıştır (Vasta ve ark., 2020). Demir (2010) çalışmasında deney grubundaki hastaların yarısının, kontrol grubundaki hastaların nerdeyse tamamının hareket kısıtlılığı yaşadığını belirlemiştir. Bu çalışma sonucuna paralel olarak diğer literatür sonuçlarında kalça protezi olan hastalarda yarısının hareket etmede zorluk yaşadığı, önerilen egzersizlerin doğru ve tam yapılmadığı

bildirilmektedir (Demir, 2010). Total diz protezi olan hastalarla yapılan bir çalışmada cerrahi girişim sonrası hastalar yüksek oranda aktivite düzeyinde artış olduğunu belirtmişlerdir ve toplamda %86 oranında operasyondan memnun kaldıkları saptanmıştır (Öztürk, 2012). Total diz artroplastisi olan 21 deney 23 kontrol grubu hastalar ile yapılan diğer bir çalışmada, her iki grubunda ağrı ve fonksiyonel yetenek açısından önemli bir iyileşme gösterdiği belirtilmiştir (Aytekin ve ark., 2019). Total diz artroplastisi hastalarıyla yapılan başka bir çalışmada hastaların zamanla gelişmekle birlikte, ameliyattan sonraki ilk 2-3 ayda yürüme kabiliyetinin ameliyat öncesine göre daha zayıf olduğu bulunmuştur (Lin ve ark., 2016).

2.10.5. Beslenme aktivitesi

Beslenme alışkanlığının şekli, sıklığı, tercihi bireyin yaş sosyokültürel ve ekonomik yapısı ile doğrudan ilişkilidir. Sağlığın korunması ve sürdürülmesi için, sağlıktan sapma olduğu durumlarda ise iyileşmenin hızlandırılması için çok önemli bir rol üstlenir (Demir, 2010). Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde beslenme örüntüsünde bozulma yaşanmakla birlikte gerek anestezinin mide üzerine etkisiyle gerek kullanılan ilaçlar, ağrı, elektrolit dengesinde bozulma, cerrahi girişimin şekli ve süresi gibi nedenlerle bulantı kusma tablosu yaşanabilmektedir (Büyükyılmaz & Şendir, 2009; Cengiz, 2018). Yeterli beslenme desteğinin ameliyat sonrası dönemde komplikasyonları önleyebildiğine dair bilimsel kanıtlar ve çalışmalar mevcuttur. Hastanın beslenme durumu yakın takibe alınmalı ve beslenme açısından risk faktörleri değerlendirilmelidir (A. Çil & Yayla, 2021). 30 kontrol grubu 30 deney grubu olmak üzere 60 hasta ile görüşülen bir çalışmada kontrol grubundaki hastaların yarısından fazlasının yeterli ve dengeli beslenme sorunu yaşadığı, deney grubunda ise bu sorunun daha az olduğu saptanmıştır (Demir, 2010). Fukuda ve arkadaşlarının dört yıl boyunca toplam 12.342 kalça kırığı hastasıyla yaptıkları çalışmada hastaların %56,1'i genel anestezi ve %43,9'u

spinal anestezi altında ameliyat olmuş ve anestezi tipinin beslenmeyle ilişkisi olmadığı sonucuna varmışlardır. Genel anestezi alanlar yemek yeme %32, spinal anestezi alanlar %46 oranında bağımsızlardır (Fukuda ve ark., 2018). Ortopedi hastalarının malnütrisyon (kötü beslenme) durumlarının incelendiği bir çalışmada 123 hasta ile çalışılmış ve yaklaşık üç kişiden birinde malnütrisyon riski olduğu, yaş ilerledikçe bu riskin arttığı belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada cinsiyet, eğitim düzeyi, ameliyat öncesi açlık süresi ve ameliyat sonrası enfeksiyon gelişmesi faktörlerinin malnütrisyon riskini etkilediği bulunmuştur (T. Damar ve ark., 2021).

2.10.6. Boşaltım Aktivitesi

Boşaltım aktivitesi nerede ve ne zaman olursa olsun yanıt verilmesi gereken bir aktivitedir. Yaşamın erken döneminde refleks olarak kazanılan bir durumdur. En önemli özelliği gizlilik içerisinde gerçekleşmesi gereğidir. Beslenme ve boşaltım sistemi ve özellikle abdominal ve pelvik kasların tam çalışması normal yollarla barsak boşaltımın gerçekleşmesi için gereklidir. Yapılan ameliyat türü ve şekli boşaltımı etkileyen biyofizyolojik bir faktördür. Ameliyat sonrası dönemde yatak istirahatinde olunması, sürgü/ördek kullanımı, hasta ortamında gizliliğin sağlanamaması gibi nedenler boşaltım sorununa sebep olabilmektedir (Büyükyılmaz & Şendir, 2009). Yapılan bir çalışmada dört yıl boyunca toplam 12.342 kalça kırığı hastalarının %56,1'i genel anestezi ve %43,9'u spinal anestezi altında ameliyat olmuş ve anestezi tipinin bağımsızlığa etki etmediği ancak bağımsız tuvalete gitmede %44 oranında bozulma olduğu sonucuna varmışlardır (Fukuda ve ark., 2018).

2.10.7. Kişisel Temizlik ve Giyinme

Genel hijyen ve giyim, saç, tırnak, ağız ve diş bakımı ve banyo aktivitelerini kapsamaktadır. Ortopedi hastalarında kullanılan: alçı, atel, traksiyon vb. yardımcı araçlar hareketi kısıtlamakta ve öz bakım, giyinme davranışlarını olumsuz yönde etkilemektedir.

Böylece bağımsız şekilde temizlik ve giyinme aktivitelerini gerçekleştirememektedir (Büyükyılmaz ve Şendir, 2009). Cerrahi girişimler bireyin beden algısını olumsuz yönde etkilemektedir ve düşük benlik saygısının düşük beden algısına neden olduğu ilişkilendirilmiştir (Ünal ve Gürhan, 2021). Öz bakım ve öz yeterlilik algısı artan bireylerin, öz bakım aktivitelerini yerine getirmede daha başarılı oldukları belirtilmektedir (Korkmaz, 2011). Bir çalışmada anestezi tipinin banyo yapmada bağımsızlıkla ilişkisi olmadığı sonucuna varmışlardır (Fukuda ve ark., 2018). Yaşlı hastalarla yapılan bir çalışmada %62,8 oranında en fazla banyo yapmada yarı bağımlı ve tam bağımlı oldukları belirlenmiştir (Yazıcı ve Kalaycı, 2015). Kaya ve arkadaşları banyo yapmada hastaların %9,2'sinin tamamen bağımlı, %28,9'unun yarı bağımlı olduğunu saptanmıştır (Kaya ve ark., 2010). Aydoğdu, hastaların %75'inin kişisel bakım, %67,5'inin banyo yapma ve %69,38'inin giyinme-soyunmada zorlandığını belirtmiştir (Aydoğdu, 2015).

2.10.8. Beden Isısının Kontrolü

Bireyin yaşam fonksiyonlarının devamının sağlanması için ısı enerjisine ihtiyaç vardır. Ameliyat sonrası ilk 24 saatte dehidratasyon nedeniyle vücut sıcaklığında artış, üşüme ve titreme gelişebilir. Ameliyat sonrası dönemde ağrı yaşanması sempatik sinir sisteminin hipotalamik kontrolde azalmasına sebep olarak hipotermi ya da hipertermi tablolarının oluşmasına neden olmaktadır. Bu tabloların oluşması durumunda hemen tedavi edilmesi gerekmektedir (Büyükyılmaz ve Şendir, 2009).

Bir yaşam bulgusu olan vücut sıcaklığının 36-38°C arasında olması durumu normotermi olarak adlandırılır (Aydın, 2019.) Ortopedi hastalarında, yaş, cinsiyet, ortam sıcaklığı, mevcut sağlık problemleri, ameliyatın şekli, ameliyat süresi, anestezi tipi, Beden Kütle İndeksinin (BKİ) 25'in altında olması gibi faktörlerle doğrudan bağlantılıdır (Çakır ve Çilingir, 2018). Hipotermi vücut sıcaklığının 36°C'nin altında olması

tablosudur (Tombak, 2019; Aydın, 2019). İstenmeyen hipotermi ameliyat öncesi dönemden başlayarak ameliyat sonrası döneme kadar geçen süreçte vücut sıcaklığının düşmesidir (Duman ve Yılmaz, 2016). Hipoterminin belirti bulgular arasında, titreme, kanama, cilt soğukluğu ve solukluğu, konuşmada bozulma, yorgunluk, dikkatte bozulma, bilinç kaybı, hafıza kaybı vb. yer almaktadır. Vücut sıcaklığının düşmesi kardiyak sorunların yaşanması, kan transfüzyonu ihtiyacı, enfeksiyon riskinin artması gibi komplikasyonlara neden olmaktadır (Demirarslan, 2015; Tombak, 2019; Yamada ve ark., 2020). Yapılan bir çalışmada, toplam 8841 hastanın %11,4'ü (1008 hasta) ameliyat sonunda hipotermik olduğu saptanmıştır (Yamada ve ark., 2020). Özel ısıtıcı cihazıyla ısıtılan hasta grubu ve battaniye ile ısıtılan hasta grubunun hipotermi gelişmesinin saptandığı çalışmada, cihaz kullanılan hastalarda normotermi sağlandığı, battaniye kullanılan hastalarda hipotermi geliştiği belirtilmiştir (Tombak, 2019). Bu iki grubun cerrahi girişim sonrası sıfırıncı günde ateş ölçümlerinde farklılık oluştuğu, sonraki günlerde iki grup arasında yaşam bulguları değerlerinde fark olmadığı ifade edilmiştir (Tombak, 2019). Diğer bir çalışmada ise elektrikli ve yünlü battaniye ile ısınma sağlanan iki hasta grubunda fark görülmediği, hastaların kısa sürede normal vücut sıcaklığına ulaştığı bulunmuştur (Demirarslan, 2015).

2.10.9. Çalışma ve Eğlenme Aktivitesi

Çalışma ve eğlenme, bireyin kendisinin ve sorumluluğunda olan ailesi/yakınlarının geçimini sağlamak, topluma ve ülke ekonomisine katkı sağlamak ve bireysel kimliğini kazanmak için çalışma yaşamını sürdürmesi ve boş vakitlerinde sevdiği uğraşlarla ilgilenmesi ile ilgili aktiviteleri kapsamaktadır. Ameliyat sonrası çalışma hayatını sürdürmede güçlük yaşamakta ve sosyal aktivitelerde azalma gerçekleşmektedir (Büyükyılmaz & Şendir, 2009; Demir, 2010). Hemşire bu soruna yönelik, bireyin çevresindeki kişilerle sosyal etkileşimi sağlayan girişimler planlayıp

uygulayabilir (Köşgeroğlu & Boğa, 2011). 104 hasta ile yapılan çalışmada hastaların %89,4'ü çalışma ve eğlence aktivitelerinde sorun yaşadığı sonucuna varılmıştır (Acar & Fındık, 2021).

2.10.10. Cinselliği İfade Etme Aktivitesi

Neslin devamını sağlayan ve cinsel kimliğin ifade edilmesinin bir yolu olan aktivitedir. Ameliyat sonrası dönemde hareket kısıtlılığı ve ağrılar hastanın cinsel yaşamını olumsuz etkilemektedir. Hastalarda ameliyat sonrası cinsellik konusunda bilgi eksikliğinin olması ve cinsel aktivitede zorlanması, cinsel yaşama ilişkin endişe duyulması gibi sorunlar yaşanabilmektedir. Ameliyat sonrası hekim tarafından, cinsel yaşama başlama zamanı açıklanmakla birlikte 4-6 hafta sonra başlanması gerektiği bilgisi verilmelidir. Güven ilişkisi doğrultusunda cinsel yaşam ve cinsel uyumları değerlendirilip danışmanlık verilmelidir (Acar, 2019; Büyükyılmaz & Şendir, 2009; Demir, 2010).

Total kalça artroplastisi uygulanan 101 hasta ile yapılan bir çalışmada cerrahi girişim öncesi 49 hastanın (%48,5) cinsel hayatının aktif olduğunu ve bu hastaların 30'unun (%61,2) ameliyat sonrası dönemde cinsel ilişki kalitesinde veya sıklığında azalma olduğunu saptamıştır. Yine aynı çalışmada bu azalmanın sebepleri olarak kalça ağrısı ve sertliği, analjezik ilaçların libidoda düşüşe neden olması, sırt ağrısı gibi faktörlerin olduğu sonucuna varılmıştır (Rougereau ve ark., 2022). Bir diğer çalışmada hastaların cinsel yaşam sorunu arttıkça tedavi kontrolünün azaldığını belirleyerek negatif yönlü ilişki saptanmıştır (Acar & Fındık, 2021). Demir, görüşme yaptığı hastaların tamamında cinsel aktivite esnasında kalça protezine zarar geleceği korkusu yaşadıklarını belirtmiştir (Demir, 2010).

2.10.11. Uyku Dinlenme Aktivitesi

Temel günlük yaşam aktivitelerinden biri olan uyku bireyin yaşamını ve sağlığını çok yönlü etkileyen fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olan bireyin fiziksel ve

psikolojik sağlığı için önemli bir gereksinimdir. Hasta olma ve hastaneye yatma durumu bireyi bütüncül olarak birçok yönden etkiler ve hastaneye yatışı olan birey uyku düzeninde değişme yaşayabilmektedir. Bu sebeplerle uyku alışkanlığını bozulabilmektedir (Yılmaz ve ark, 2018). Birçok çalışmada, uykuya dalmada sorun yaşamanın en önemli sebebin ağrı olduğu saptanmıştır. Cerrahi girişimler önemli bir ağrı sebebidir ve ortopedik cerrahi girişimler şiddetli ağrıya sebep olan ameliyatlardandır (Dan, 2019) Bu nedenle uyku öncesi ağrının giderilmesinde farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler anlatılmalıdır (Acar, 2019). Total diz protezi ameliyatı olan hastalarla yapılan bir çalışmada, hastaların %60,7'sinin uyku sorunu yaşadığını, %56'sının uykuya dalmakta zorlandığı belirlenmiştir. 65 yaş üzeri yaşlı bireylerde bu sorunun genç popülasyona göre daha fazla olduğunu bildirilmektedir (Kaya & Yılmaz, 2021).

2.11. Bakım Bağımlılığı

Bakım bağımlılığı öz bakım becerisi düşük olan belli bir seviyede bakım ihtiyaı nedeniyle başkasına bağımlı olan bireylere, mümkün olan en kısa sürede profesyonel kişiler tarafından sağlanan çok yönlü destek olarak tanımlanmaktadır (Doroszkieicz ve ark., 2018; Kılıç ve ark., 2017; Süerdem, 2019). Bağımlılık mental, fiziksel, duygusal, sosyal, psikolojik, ekonomik, çevresel ve bilişsel olarak birçok şekilde olabilmektedir. Bakım bağımlılığı hastalıklar ve sakatlık durumları, yaşlılık, duyu kayıpları gibi nedenlerle tüm bireylerde görülmesi muhtemel bir durumdur (Korhan ve ark., 2013; Lohrmann ve ark., 2003; Ozveren ve ark., 2021; Süerdem, 2019). Yaşlı bireylerde bakım bağımlılığı daha yüksektir (Kılıç ve ark., 2017; Lohrmann ve ark., 2003). Özellikle, düşmelerden kaynaklanan kırıklar sonucunda yaşlı hastalar daha fazla bakım bağımlılığına gereksinim duymaktadır. Bu durum uzun vadede komplikasyonlara yol açabilmektedir (Rocha ve ark., 2022). Yaşlılık ve kronik hastalık varlığı bakım

ihtiyaçlarını karşılama yeteneğini giderek azaltmaktadır ve aile bireylerinin bakım yükü ve sorumlulukları artmaktadır (Pekince & Aslan, 2021). Hastaların bakım bağımlılığında verilen desteğin temel amacı hastanın öz bakım uygulamalarında bağımsızlık kazanmasının sağlanmasıdır (Kılıç ve ark., 2017; Süerdem, 2019).

Bakım bağımlılığı subjektiftir ve desteklenmesi gereken bakım alanlarını ifade etmektedir. Bireylerin bağımlı ve bağımsız olduğu durumların belirlenmesi hemşirelik bakımının planlanma, uygulama ve değerlendirme aşamalarında önemli katkı sağlamaktadır (Baksi & Genç, 2020; Kılıç ve ark., 2017). Yaşam fonksiyonların değerlendirilmesinde GYA göz önünde bulundurulmalıdır. Bunun amacı fonksiyonları bağımsız yapabilme durumunun derecelendirilmesidir. GYA'ndeki bağımsızlığın ölçümünde; bireyin banyo yapma, beslenme, giyinip soyunma, yatağa girme-çıkma(hareket), tuvalete oturma-kalkma, kontinans durumlarının sorulması en önemli belirleyicilerdir. Bu aktiviteleri yardımıyla ya da yardımsız gerçekleştirdiği saptanır (evik & Eşer, 2014). Bağımsızlığı göz ardı etmek, evde öz bakım becerilerinde azalmaya, bağımlılığın artmasına neden olacaktır (Lohrmann ve ark., 2003).

Hastaneye acil servisten başvuran hastaların planlı cerrahi girişim uygulanan hastalara göre bakım bağımlılık düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır (Kılıç ve ark., 2017). Yapılan bir çalışmada eğitim alan hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede daha az zorlandığı bulunmuştur (am & Asar, 2019). Osteoartrit hastalarıyla yapılan bir çalışmada, hastaların en fazla alışveriş, telefon kullanma ve ulaşım araçlarına binme aktivitelerinde bağımlı oldukları belirlenmiştir (Gümüş ve nsal, 2014).

2.12. Ortopedi Hastalarının Evde Yaşadıkları Sorunlar

Hastalar cerrahi girişim sonrasında birçok problem yaşarlar (Akbari ve ark., 2018). Bakım ihtiyaçları hastane ile sınırlı kalmamakta ve klinikten eve döndüklerinde de devam etmektedir. Bakım gereksinimleri, bireysel özelliklere, tanısına göre haftalar ve aylarca

sürebilmektedir (Bilik, 2017; Y. Şenyüz ve ark., 2017). Ameliyat sonrası klinikte başlayan şikayetler evde de devam edebilmektedir. Hastalar eve döndüklerinde mobilitenin kısıtlanması ve yürüme kapasitesinin azalması nedeniyle hareketel fonksiyonlarda düşüş yaşamaktadır (Rocha ve ark., 2022). Hastalar cerrahi girişim sonrası eve döndüklerinde ağrı başta olmak üzere en fazla akıntı, kanama, yara yerinin açılması, mikrop kapma, uyku sorunları, hareket kısıtlılığı, öz bakım ve günlük yaşam aktivitelerini karşılamada zorluk, seyahat, depresyon, psikolojik ve cinsellik konuları ile ilgili sorunlar yaşamaktadır (Acar & Fındık, 2021; Dinçer & Kurşun, 2019). Bu süreçte hastanın yardım ihtiyacı artmakta, aile merkezli bakımın planlanması önem taşımaktadır (Bilik, 2017; Dal ve ark., 2012; Dinçer & Kurşun, 2019).

Cerrahi girişim sonrası hastalarda komplikasyon gelişmesi riski vardır. Bu nedenle taburculuktaki ilk bir aylık süreçte bireyin evde yaşadığı sorunlarının belirlenmesi iyileşme süreci bakımından önem taşımaktadır. Birçok hasta ameliyat sonrası özgüven düşmesi, beslenme sorunları, sağlık bakımlarını gerçekleştirememesi, psikolojik açıdan uyum sağlayamama gibi sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Bu nedenle hasta uyumunu sağlamaya yönelik eğitim verilmelidir (Dinç, 2016).

Taburculuk, gerekli planlamanın yapıldığı, tıbbi, sosyal, psikolojik yönleriyle hasta gereksinimlerinin belirlendiği, evde bakımına ilişkin devamlılığın sağlanmasını içeren yazılı bir süreci ifade eder (Dinç, 2016; Muszalik ve ark., 2014). Hastalar taburculuk sonrası sıklıkla pansuman bölgesinin bakımı ve takibi, alçı, yardımcı araç/gereç/cihazlar, ilaç kullanımı, diyet, egzersiz gibi birçok sorumlulukla karşı karşıya kalırlar (Akbari ve ark., 2018; Bilik, 2017). Bununla beraber hastada mevcut başka hastalıklar varsa süreç hasta için daha karmaşık hale gelmektedir. İyi bir taburculuk planlaması yapılmalıdır. Gerekli ve yararlı taburculuk eğitimi bakım kalitesini artırmakta, hastaneye tekrar yatış

oranlarının azaltmakta, iyileşme sürecini hızlandırmakta, bakım maliyetlerini azaltmakta, hasta memnuniyetini artırmaktadır (Acar, 2019; Dal ve ark., 2012; Dinç, 2016; Mehta ve ark., 2020; Ramlall ve ark., 2020; Soyer & Giersbergen, 2017; Waniga ve ark., 2016; Willhuber ve ark., 2018). Yapılan bir çalışmada katılımcılar merdiven çıkmada ve eğilmede zorluk yaşadığını belirtmişlerdir. Bu durumun katılımcıların yaşam kalitelerini ve ruhsal durumlarını olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır (Lin ve ark., 2016). Hastaların hastanede yattığı süre boyunca verilen hemşirelik bakımı, eğitimi ve danışmanlığında hemşirenin rolü ve sorumluluğu büyüktür (Koç ve ark., 2012).

2.13. Hastanın Evde Bakımına Yönelik Bazı Eğitim Konuları

Hasta ve yakınlarının, ameliyat şekline ve kişilik özelliklerine göre değişmekle birlikte genel olarak taburculuk eğitiminde;

1. Ağrıyı kontrol edilebilme
2. Evde öz bakımını gerçekleştirme
3. Ev işlerine başlama zamanı
4. Egzersizler, yapılması ve yapılmaması önerilen hareket aktiviteleri
5. Yara bakımı, normalde yaranın nasıl görünmesi gerektiği, pansuman işleminin uygulama şekli
6. Uygun beslenme ve ilaç kullanımı
7. Gelişebilecek komplikasyonlar
8. Cinsel ilişkiye başlama zamanı
9. Doktor kontrolleri, konularına değinilmelidir (Acar, 2019; Akbari ve ark., 2018; Sevin, 2018).

2.13.1. Ameliyata özgü eğitim; oluşabilecek komplikasyonlar, anormal belirti ve bulgular, hastanın komplikasyonları nasıl önleyebileceği, riskleri azaltacak uygun diyet planlaması, aseptik teknik kuralları, egzersiz gibi konularda bilgi verilmelidir (Bilik, 2017; Dañç, 2019; Sevin, 2018; Pamuksuz, 2017).

2.13.2. İlaç kullanımı; hasta ve yakınlarına ilaçların etkisi ve yan etkileri, saat ve dozları hakkında bilgi verilmesi oldukça önemlidir. Özellikle ortopedik cerrahi girişim sonrasında yaşanan ağrılar taburculuk sonrası ilk bir ay devam edebilmektedir (Bilik, 2017; Sevin, 2018).

2.13.3. Beceri eğitimi; pansuman değişiminin anlatılmasını, ameliyata özgü ve varsa ek hastalıklarıyla ilgili gerekli cihazların ve malzemelerin kullanılması (glikometre, tansiyon aleti, yürüteç, varis çorabı) hakkında bilgi verilmesini kapsamaktadır (Bilik, 2017). Yara bakımı ve pansumanla ilgili bilgi verilmeyen hastada kaygı oluşur ve iyileşme süreci olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Yara iyileşmesi, pansumanın değiştirilmesi, yara yerinin enfeksiyon belirti ve bulguları açısından takibi ve aseptik tekniklere önem verilmesi konularında bilgilendirilme yapılması oldukça önemlidir (Çilingir & Bayraktar, 2006).

2.13.4. Banyo yapma; hasta giyinme, banyo yapma, öz bakım gibi kişisel temizlik aktivitelerini gerçekleştirmede etkilenme yaşamaktadırlar. Kişisel hijyen ve bakım için yardım ihtiyacı duyarlar. Duş almanın hastanın iyi hissetmesini ve gevşemesini sağladığı söylenebilir ancak yara yerinin temiz ve kuru olması, ter, idrar, gaita sıvı ve salgıları ile kirlenmemesi gerektiği hasta ve yakınlarına anlatılmalıdır (Acar, 2019; Bilik, 2017).

Yaşlı hastalarla yapılan bir çalışmada %62,8 oranında en fazla banyo yapmada yarı bağımlı ve tam bağımlı oldukları belirlenmiştir (Yazıcı & Kalaycı, 2015). Diğer bir çalışmada banyo yapmada hastaların %9,2'sinin tamamen bağımlı, %28,9'unun yarı bağımlı olduğunu bildirilmektedir (Kaya ve ark., 2010). Aydoğdu, hastaların %75'inin kişisel bakım, %67,5'inin banyo yapma ve %69,38'inin giyinme-soyunmada zorlandığını belirtmiştir (Aydoğdu, 2015).



3. YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Araştırma prospektif tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma bir devlet hastanesinin ortopedi ve travmatoloji kliniğinde 1 Mart 2021-18 Nisan 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmada veriler iki aşamada toplanmıştır. Birinci aşamada hastaların klinikteki üçüncü gününde ilk görüşme yüzyüze yapılmıştır. İkinci aşamada ilk görüşmeden bir ay sonra evde genel durum ve yaşadıkları sorunların izlemi için telefonla görüşme yapılmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini bir ilçenin devlet hastanesinin acil servis biriminden ya da ortopedi kliniğinden gelen ve ortopedi ve travmatoloji kliniğine yatışı kabul edilen ortopedik cerrahi girişim geçiren 18 yaş ve üzeri hastalar oluşturmuştur.

3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmada örneklem seçimine gidilmeden 1 Mart 2021- 18 Nisan 2022 tarihleri arasında hastanede yatan örneklem kriterlerini karşılayan hastalar oluşturmuştur. Araştırmada örneklem sayısının belirlenmesinde G Power 3.1 programında kullanılmış; Dinçer (2016) yaptığı çalışmada yaşlı bireylerin taburculuk sonrası evde yaşadıkları sorunların görülme oranı (%2,6-62,6) dikkate alınmıştır. Araştırmanın yapılacağı sağlık kurumunda bir yılda Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğine yatışı kabul edilen hasta sayısı (21.12.2019-21.12.2020 tarihleri arasında, n=249'dur) dikkate alınarak, etki büyüklüğü 0,218 olarak hesaplanmıştır. Etki büyüklüğü göz önünde bulundurularak alfa değeri 0,05 ve güç düzeyi 0,95 kabul edilerek bu çalışma için gerekli minimum örneklem büyüklüğü 103 olarak belirlenmiştir. Olası veri kayıplarına karşı örneklem büyüklüğü bu çalışma için 113 kişi olarak belirlenmiştir.

3.5. ARAŞTIRMAYA KATILMA KRİTERLERİ

- Araştırmaya katılmayı kabul etmek
- 18 yaşından büyük olmak,
- Konuşma, işitme duyularında iletişimi güçleştirecek bir engeli bulunmamak,
- Kişi, yer ve zaman oryantasyonu olmak
- Ortopedik cerrahi girişim geçirmiş hasta olmak
- En az 3 gündür hastanede yatıyor olmak

3.6. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

3.6.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Hastalara uygulanan bakım bağımlılık ölçeği puanları ve ortopedik cerrahi girişim sonrası yaşanan sorunlar araştırmanın bağımlı değişkenidir.

3.6.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Hastaların kişisel bilgi formu bilgileri (yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, mevcut diğer kronik hastalıkları, ağrı durumu, evinde refakatçi varlığı, uygulanan ameliyata ve taburculuğa ilişkin eğitim alma vb.) ve ortopedik cerrahi girişim sonrası yaşanan sorunlar araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

3.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veri toplama araçları olarak demografik bilgiler, hastanede ve postoperatif süreçte yaşanan sorunlar ve nasıl yönetildiği ile ilgili bilgi toplamayı amaçlayan “Kişisel Bilgi Formu (I. Bölüm), İzlem Formu: Ameliyat sonrası üçüncü gün ve taburculuk sonrası birinci ay hasta izlem formu (II. Bölüm)” ve hastaların bakım bağımlılık durumlarını değerlendirmek amaçlı “Bakım Bağımlılık Ölçeği” kullanılmıştır.

3.7.1. Kişisel Bilgi Formu (I. Bölüm)

Kişisel Bilgi Formu hastanın tanısı, yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, mevcut diğer kronik hastalıkları, Beden Kitle İndeksi (BKİ), ağrı durumu, evinde refakatçi varlığı, daha önce ameliyat olup olmadığı, hasta ifadesiyle ameliyatın nedeni ve ne ameliyatı olduğu bilgilerini içeren 13 sorudan oluşmaktadır. BKİ, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) kabul ettiği en son sınıflandırmaya göre değerlendirilmiştir (Yılmaz & Yardımcı, 2015).

3.7.2. İzlem Formu: Ameliyat Sonrası Üçüncü Gün ve Taburculuk Sonrası Birinci Ay İzlem Formu (II. Bölüm)

İzlem Formu: Ameliyat Sonrası Üçüncü Gün ve Taburculuk Sonrası Birinci Ay İzlem Formu hastaların yaşadığı sorunlar ve bakım bağımlılık düzeylerini belirlemek amacıyla literatür taranarak geliştirilmiştir (Baksi & Genç, 2020; Çam & Asar, 2019; Çetinkaya & Aşiret, 2017; Dal ve ark., 2012; Kılıç ve ark., 2017; Tamer, 2018; Tombak, 2019; Ünal & Gürhan, 202). Bu bölümde hastaların Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri (FSÖ) değerlendirilmektedir. Bu form 22 sorudan oluşmaktadır. Formada hastanın hastalık, ameliyat, ameliyat sonrası bakım konuları hakkında eğitim almalarını ve bilgilendirmelerini, iyileşme inancını, ağrı algıları ve ağrı durumunda ilaç kullanımını ve önemli enfeksiyon bulgularından biri olan ateş varlığını sorgulayan sorular ile Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri hakkında sorular yer almaktadır. Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri hakkındaki sorular: Sağlığı algılama, beslenme, boşaltım, solunum, dolaşım, aktivite/egzersiz, bilişsel algılama, kendini algılama, rol ilişkiler, baş etme-stres toleransı ve cinsellik başlıkları altında gruplandırılmıştır.

3.7.3. Bakım Bağımlılığı Ölçeği

Bakım Bağımlılığı Ölçeği Dijkstra tarafından Hollanda'da 1998 yılında geliştirilen, Virginia Henderson'ın insan gereksinimlerine göre temellendirilmiş ve hastaların bakım bağımlılık durumlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir. Bakım Bağımlılık Ölçeğinin geçerlilik ve güvenirliği Türkiye'de Yönt ve arkadaşları tarafından 2010 yılında yapılmıştır. Bakım bağımlılık ölçeği günlük yaşam aktivitelerini içeren toplam 17 maddeden oluşan ve 5'li likert tipi puanlama ile derecelendirilen bir ölçektir. Derecelendirme 1= tamamen bağımlı, 5= hemen, hemen/ tamamen bağımsız şeklindedir. Ölçekten alınacak en düşük puan 17 ve en yüksek puan ise 85'tir. Ölçek puanının yüksek olması, hastanın kendi kendine bakım gereksinimlerini karşılamada bağımsız olduğunu gösterirken, ölçek puanının düşük olması hastaların bakım gereksinimlerini karşılamada başkalarına bağımlı olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,91 olarak bulunmuştur (H. Yönt ve ark., 2010). Bu çalışmada ölçeğe ait güvenirlik sonuçları incelendiğinde ise Cronbach alfa katsayısı 0,970 bulunmuştur. Elde edilen katsayıya göre ölçeği güvenirlik kat sayısı yüksek bulunmuştur.

3.7.4. Araştırmanın Ön Uygulaması;

Kişisel bilgi formu ve izlem formu literatürden (Baksi & Genç, 2020; Çam ve Asar, 2019; Çetinkaya & Aşiret, 2017; Dal ve ark., 2012; Kılıç ve ark., 2017; Öztürk ve ark., 2011; Tamer, 2018; Tombak, 2019; Ünal & Gürhan, 2021) yararlanılarak araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Hazırlanan soruların kapsam geçerliliğinin değerlendirilmesinde Cerrahi hastalıkları hemşireliği alanında uzman üç öğretim üyesinden görüş alınmıştır. Uzmanların görüşleri doğrultusunda veri toplama formunda gerekli değişiklikler yapılmıştır. Veri toplama formunun ön uygulaması, örneklem grubunda yer almayan aynı hastanede uygulamaya katılmayı kabul eden beş hasta ile gerçekleştirilmiştir. Ön uygulama sonucuna göre veri toplama formunda gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

3.8. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Veriler araştırmacı tarafından toplanmış olup;

3.8.1. Birinci Görüşme (Klinikte); Cerrahi girişim sonrası klinikte üçüncü günde yüz yüze görüşme tekniği ile hastanın odasında uygun, sessiz, hastanın mahremiyet açısından uygun olduğu, tıbbi girişimlerin yapılmadığı ve ağrıların olmadığı zamanda yakınının da olduğu ortamda yaklaşık 30 dakika süre içinde toplanmıştır. İlk görüşmenin bu aşamasında hastalara taburcu olduktan sonraki birinci ayda izlem için telefonla görüşmesi yapılacağı açıklanmış ve bireylerin telefon numaraları ve ev adresleri alınmıştır.

3.8.2. İkinci Görüşme (Evde); Hastalarla taburculuk sonrası birinci ayda evinde iken telefonla görüşme yöntemi ile hastanın uygun olduğu zamanda yaklaşık 25 dakika süre

içinde (kişisel bilgi formu soruları tekrar sorulmamıştır) toplanmıştır. Hastaların hatırlamakta zorlandığı sorularda ailenin gözlemlediği alanlara ilişkin hasta yakınlarına sorularak bilgi alınmıştır. Taburcu olduktan sonra birinci ayda yapılan telefon görüşmesinde aynı formlar kullanılarak üçüncü günde var olan sorunların devam edip etmediği ya da yeni sorunların gelişip gelişmediği sorulmuştur.

3.9. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Veriler IBM SPSS V23.0 ile analiz edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Tanı gruplarına göre ölçek puanını karşılaştırılmasında Kruskal Wallis-H testi ve çoklu karşılaştırmalarda Dunn testi, etki büyüklükleri analizleri (Eta Kare (η^2), Cohen's d) kullanılmıştır. (Cohen d referans aralığı: <0,2: etki yok/ 0,2 – 0,4: Düşük etki/ 0,4-0,8: Orta etki/ $\geq 0,8$: Yüksek etki) (Cohen,1988). Bağımlılık ölçek puanına etki eden bağımsız değişkenlerin incelenmesinde Lineer regresyon analizi uygulanmıştır. Katılımcıların cerrahi girişim sonrası üçüncü gün ve taburculuk sonrası evde birinci ay izlem sorularının karşılaştırılmasında McNemar testi ve McNemarBrowker testi ile analizler gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları nicel veriler için ortalama, standart sapma ve ortanca, minimum – maksimum şeklinde, kategorik veriler ise sayı ve yüzde olarak sunulmuştur. Önem düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

3.10. ARAŞTIRMA SÜRECİ

Faaliyetler	Tarih
Literatür tarama	Ocak- Haziran 2020
Araştırma planı	Haziran-Ağustos 2020
Tez önerisi	Eylül- Kasım 2020
Verilerin toplanması	1 Mart 2021- 18 Nisan 2022
Verilerin analizi	18 Nisan- 06 Haziran
Tezin yazılması	Şubat 2021- Haziran 2022
Tez teslimi	Haziran- Eylül 2022

3.11. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın uygulanabilmesi için TOGÜ girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kuruluna başvurulmuş (18.02.2021 tarihli 21-KAEK-045) etik komisyon onayı alınmıştır (Bkz. EK.4). Uygulama için gerekli kurumsal izin alınmıştır (Bkz. EK.5). Veri toplama formları için ölçek sahiplerinden gerekli izinler alınmıştır (Bkz. EK.6). Araştırmaya dahil edilen hastalara araştırmanın amacı ve uygulaması hakkında açıklama yapılmış ve çalışmaya katılıp katılmamakta özgür oldukları açıklanmış, yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. Araştırmanın yapılacağı kliniklerde görev yapan tüm çalışanlara bilgi verilmiştir.

3.12. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Veriler katılımcıların öz bildirimine dayalı elde edilmiştir. Sonuçlarımız hastaların cerrahi girişim sonrası üçüncü günde klinikteki ve taburcluk sonrası birinci ayda evdeki, kliniksel, fiziksel, psikolojik ve bakım bağımlılık durumlarını yansıtmaktadır. Covid-19 pandemisi sürecinde dönem dönem ameliyat kısıtlamasına gidilmesi nedeniyle planlı ameliyatlara ertelenmesi, yalnızca acil vakalarla çalışmanın yapılması araştırma sürecini uzatmış, vaka özelliğini etkilemiş olabilir bu durum araştırmanın diğer bir sınırlılığıdır.

4. BULGULAR ve YORUM

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerinin Dağılımı (n=113)

Özellikler	n	%
Yaş (Ortalama $\pm$ Standart Sapma; Ortanca (Min. - Maks.) 58,19 $\pm$ 13,39; 59 (23 - 86)		
Yaş Grupları		
18-64 (Yetişkin Cerrahisi-Genç)	75	66,3
65-74 (İleri Yaş Cerrahisi-Genç-Yaşlı)	27	23,9
75-84 (İleri Yaş Cerrahisi-Yaşlı)	10	8,9
85 ve üzeri (İleri Yaş Cerrahisi-Çok Yaşlı)	1	0,9
Cinsiyet		
Kadın	71	62,8
Erkek	42	37,2
Medeni durum		
Evli	108	95,6
Bekar	5	4,4

Eğitim durumu		
Okuryazar değil	20	17,7
İlköğretim	55	48,7
Lise	24	21,2
Üniversite	14	12,4
Mesleki durum		
Ev hanımı	65	57,5
Emekli	16	14,2
Memur	13	11,5
İşçi	10	8,8
Diğer (esnaf, öğrenci, çalışmıyor)	9	8,0
Taburculuk sonrası evde günlük işler, hareket ve bakıma yardımcı olacak birinin olması		
Evet	110	97,3
Hayır	3	2,7
Kronik hastalık varlığı		
Evet	70	61,9
Hayır	43	38,1
Kronik hastalıklar*		
Hipertansiyon	36	56,3
Diyabet	28	43,8
Kronik Böbrek Yetmezliği	4	6,3
KOAH	2	3,1
Ruhsal hastalık	2	3,1
Diğer (Astım, guatr, kalp yetmezliği vb.)	28	43,8
Beden Kitle İndeksi		
Normal	12	10,6
Hafif kilolu	72	63,7
1. derece obez	21	18,6
2. derece obez	8	7,1
Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerinin Dağılımı (n=113) devam		
Daha önce hastanede yatma durumu		
Evet	53	46,9
Hayır	60	53,1
Daha önce ameliyat olma durumu		
Evet	45	39,8
Hayır	68	60,2
Hastanın klinik şikayeti*		
Ağrı	91	80,5
Düşme	32	28,3
Gece artan ağrı	15	13,3
Yürüme mesafesinde azalma	11	9,7
Güçsüzlük üzerine yorgan çekememe	8	7,1
Kitle, kesi, kist, sinir sıkışması	4	3,5
Enfeksiyon	3	2,7
Diyabetik ayak cansız parmak/doku	2	1,8

Merdiven çıkamama	2	1,8
Hastaneye yatıştaki tıbbi tanısı		
Gonartroz	33	29,2
Omuz RC (RotatarCuff Sendromu)/omuz protezi	18	15,9
El/ayak Travması (Kesi, KTS, kitle-kist alınması, el ayak kırıkları)	16	14,1
Radius fraktürü	12	10,6
Tibiafraktürü-tibiaosteotomi	9	8,0
Menisküs	9	8,0
LSS(LomberSpinalStenoz)	7	6,2
Femurfraktürü	3	2,6
Humerusfraktürü	2	1,8
Amputasyon (Alt ekstremité)	2	1,8
LDH (Lomber Disk Hernisi)	1	0,9
Koksartroz	1	0,9
Ameliyat öncesi ağrı şikayeti		
Evet	113	100
Ameliyat öncesi ağrı skala puanı (Ortalama $\pm$ Standart Sapma; Ortanca (Min.- Maks.) 6,69 $\pm$ 1,4; 7 (3 - 10)		

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. Yüzdelere n üzerinden alınmıştır.

Tablo 1’de katılımcıların sosyodemografik ve hastalık özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması $58,19 \pm 13,39$ olup, %66,3’ü 18-64 (Yetişkin Cerrahisi-Genç) yaş grubunda, %62,8’i kadın, %95,6’sı evli, %48,7’si ilköğretim mezunu, %57,5’i ev hanımıdır. Katılımcıların %97,3’ünün taburculuktan sonra evde bakım ve işlerine yardımcı olacak birinin olduğu, %61,9’unun kronik bir hastalığının olduğu ve en sık %56,3’ünün hipertansiyon, %43,8’nin diyabetinin olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %63,7’sinin hafif kilolu olduğu, %53,1’inin daha önce hastaneye yatışı olmadığı, %60,2’sinin daha önce ameliyat olmadığı saptanmıştır. Katılımcıların %80,05’inin birinci sırada ağrı, %28,3’ünün ikinci sırada düşme şikayeti olduğu saptanmıştır. Hastaneye yatışta ilk üç sıradaki tıbbi tanıları sırasıyla Gonartroz (%29,2), omuz RC send/omuz protezi (%15,9), el/ayak travması (%14,1) saptanmıştır. Katılımcıların tamamında (%100) ameliyat öncesi ağrı olduğu saptanmış olup hastaların ameliyat öncesi ağrı skala puan ortalaması $6,69 \pm 1,4$ olarak belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 2. Katılımcıların Klinikte ve Taburculuk Sırasında Bilgilendirilme Durumlarına Göre Karşılaştırılması (n=113)

İzlem Soruları	Klinikte üçüncü gün		Taburculuk sırasında		Test ist.	p
	n	%	n	%		
Ameliyat sonrası bakıma ilişkin bilgilendirilme durumu						
Hayır	1	0,9	3	2,7	28,000	< 0,001*
Kısmen	30	26,5	3	2,7		
Evet	82	72,6	107	94,7		
Bilgilendirmeyi yapan						
Hekim	27	23,9	37	32,7	8,430	0,038*
Hemşire	33	29,2	16	14,2		
Hekim ve hemşire	53	46,9	60	53,1		
Beslenme hakkında eğitim alma durumu						
Evet	60	53,1	78	69,0	9,641	0,022*
Hayır	37	32,7	29	25,7		
Kısmen	16	14,2	6	5,3		
Egzersiz hakkında eğitim alma durumu						
Evet	100	88,5	110	97,3	---	---
Hayır	7	6,2	3	2,7		
Kısmen	6	5,3	---	---		
Düzenli ilaç kullanımı hakkında eğitim alma						
Evet	26	23,0	112	99,1	---	---
Hayır	87	77,0	---	---		
Kısmen	---	---	1	0,9		
Varsa yardımcı araç gereç kullanımı hakkında eğitim alma durumu						
Evet	87	77,0	90	79,6	2,833	0,418*
Hayır	8	7,1	4	3,5		
Kısmen	2	1,8	1	0,9		
Yardımcı araç gereç kullanımı olmayan	16	14,2	18	15,9		
Doktor kontrolleri hakkında eğitim alma durumu						
Evet	14	12,4	113	100,0	---	---
Hayır	99	87,6	---	---		
Hastalık hakkında eğitim alma durumu						
Evet	94	83,2	105	92,9	---	---
Hayır	---	---	6	5,3		

Kısmen	19	16,8	2	1,8		
Tablo 2. Katılımcıların Klinikte ve Taburculuk Sırasında Bilgilendirilme Durumlarına Göre Karşılaştırılması (n=113) devam						
	Klinikte üçüncü gün		Taburculuk sırasında			
	n	%	n	%	Test ist.	p
Ameliyat bölgesinin korunması hakkında eğitim alma durumu						
Evet	106	93,8	112	99,1		
Hayır	2	1,8	1	0,9	---	---
Kısmen	5	4,4	---	---		
İlave bilgi gereksinimi						
Var	13	11,5	7	6,2	---	0,031**
Yok	100	88,5	106	93,8	---	
İlave bilgi gereksinimi soruları						
İyileşme süresi	11	9,7	8	7,1		
Nasıl besleneceği	1	0,9	---	---	---	---
Taburculuk zamanı	1	0,9	---	---		
İlave bilgi gereksinimi yok	100	88,5	105	92,9		
Yapılan bilgilendirmenin yeterliliği						
Evet	100	88,5	113	100,0	---	---
Kısmen	13	11,5	---	---		

*McNemar-Browker test, **McNemar testi

Katılımcıların bilgilendirilme durumları Tablo 2’de verilmiştir. Hastaların cerrahi girişim sonrası klinikte üçüncü gün ve taburculuk sırasında ameliyat sonrası bakıma ilişkin bilgilendirilme durumlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p < 0,001$). Katılımcıların klinikte üçüncü gün %72,6’sının klinikte bakıma ilişkin, taburcu olurken %94,7’sinin evde bakıma ilişkin bilgi aldığı saptanmıştır (Tablo 2). Hastaların klinikte üçüncü gün ile taburculuk sırasında bilgilendirilmenin kim tarafından yapıldığı durumlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,038$). Klinikte üçüncü gün hastaların %23,9’u hekim tarafından, taburcu olurken %32,7’si hekim tarafından, klinikte üçüncü gün hastaların %29,2’si hemşire cevabı vermişken taburcu olurken ise bu oran %14,2’dir.

Klinikte üçüncü gün hastalar %46,9 oranında hekim ve hemşire cevabı vermişken taburcu olurken bu oran %53,1 olarak elde edilmiştir (Tablo 2). Katılımcıların klinikte üçüncü gün ile taburculuk sırasında 'beslenmeniz hakkında eğitim aldınız mı' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p=0,022$). Klinikte üçüncü gün hastaların %53,1'i beslenme hakkında eğitim aldığını ifade etmişken, taburcu olurken bu oran %69,0 olmuştur (Tablo 2). Klinikte üçüncü günde ve taburcu olurken 'Varsa yardımcı araç gereç kullanımı hakkında eğitim aldınız mı' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,418$) (Tablo 2). Klinikte üçüncü gün ile taburcu olurken 'İlave bilgi gereksinimi' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,031$). Klinikte hastalar %11,5 oranında var cevabı vermişken taburcu olurken bu oran %6,2, klinikte hastalar %88,5 oranında yok cevabı vermişken taburcu olurken %93,8 olarak elde edilmiştir (Tablo 2). Hastaların klinikte %88,5'i, taburcu olurken %97,3'ü egzersiz hakkında eğitim almıştır. Klinikte %23'ü, taburcu olurken %99,1'ü düzenli ilaç kullanımı hakkında eğitim almıştır. Klinikte %12,4'ü, taburcu olurken %100'ü doktor kontrolleri hakkında, klinikte %83,2'si, taburcu olurken %92,9'u hastalık hakkında, klinikte %93,8'i, taburcu olurken %99,1'ü ameliyat bölgesinin korunması hakkında eğitim almıştır. Klinikte %11,5'i, taburcu olurken %6,2'si iyileşme süresi hakkında ek bilgi talebini ifade etmiştir. Hastaların klinikte %9,7'si ve taburcu olurken %7,1'i en fazla iyileşme süresi hakkında ek bilgi almak istemişlerdir. Hastalar klinikte %88,5'i, taburcu olurken %100'ü yapılan bilgilendirmenin yeterli olduğunu düşünmüştür (Tablo 2).

Tablo 3. Katılımcıların Klinikte ve Evdeki İzleminde Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması (n=113)

	Klinikte		Evde		Test ist.	p
	Ortanca (Min-max)	X±SS	Ortanca (Min-max)	X±SS		
İzlem Soruları						
İyileşme durumuna ilişkin inandığı/düşündüğü derece	5 (1 - 8)	5,20 ± 1,45	7 (1 - 8)	6,58 ± 1,17	-8,395	<0,001***
Ameliyat bölgesi ağrı düzeyi	7 (2 - 10)	6,92 ± 1,21	4 (0 - 7)	4,02 ± 1,38	-9,077	<0,001***
	n	%	n	%		
Doktor tarafında reçete edilen ağrı kesici kullanımı						
Evet	23	20,4	112	99,1		
Hayır	86	76,1	---	---	---	---
Ara sıra	4	3,5	1	0,9		
Ağrıyı gidermede doktor önerisi dışında ilaç alma durumu						
Evet	3	2,7	2	1,8		
Hayır	108	95,6	106	93,8	2,133	0,344*
Ara sıra	2	1,8	5	4,4		
Alınan ilaçların ağrıyı dindirmedeki etkisi						
Etkisiz	4	3,5	---	---		
Yetersiz	3	2,7	1	0,9		
Orta	26	23,0	7	6,2	---	---
Yeterli	80	70,8	105	92,9		
Ameliyat yerinde kızamıklık şikayeti						
Evet	23	20,4	7	6,2		
Hayır	90	79,6	106	93,8	---	<0,001**
Ameliyat yerinde şişlik şikayeti						
Evet	52	46,0	24	21,2		
Hayır	61	54,0	89	78,8	---	<0,001**
Ameliyat yerinde hassasiyet şikayeti						
Evet	110	97,3	107	94,7		
Hayır	3	2,7	6	5,3	---	0,453**
Ameliyat yerinde ısı artışı şikayeti						
Evet	8	7,1	1	0,9		
Hayır	105	92,9	112	99,1	---	0,016**
Ameliyat yerinde akıntı şikayeti						
Evet	18	15,9	9	8,0		
Hayır	95	84,1	104	92,0	---	0,012**
Ateşin 37.3 üzerine çıkması						
Evet	8	7,1	1	0,9		
Hayır	103	91,2	---	---	---	---
Ara sıra	2	1,8	---	---		
Ölçmedim	---	---	112	99,1		

*McNemar-Browker test, **McNemar testi, ***Wilcoxon testi

Katılımcıların klinikte ve evdeki izleminde klinik özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 3'te verilmiştir. Klinikte iyileşme durumuna ilişkin inanç derecesi $5,20 \pm 1,45$ ve evde $6,58 \pm 1,17$ olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hastaların klinikte ameliyat bölgesi ağrı düzeyi $6,92 \pm 1,21$ ve evde $4,02 \pm 1,38$ olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. Klinik ile evde iyileşme derecelerinin ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p < 0,001$) (Tablo 3). Klinikte iyileşme derecelerinin ortancası 5 iken evde 7 olarak elde edilmiştir. Klinik ile evde ağrı ortancaları arasında bir farklılık bulunmuştur ($p < 0,001$). Klinikte ağrı ortancası 7 iken evde 4 olarak elde edilmiştir (Tablo 3). Klinikte ve evde 'Ağrıyı gidermede doktor önerisi dışında ilaç alma durumu' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,344$) (Tablo 3). Klinikte ve evde 'Ameliyat yerinde kızarıklık şikayeti' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$). Klinikte hastalar %20,4 oranında kızarıklık şikayeti ifade etmişken, evde bu oran %6,2 olmuştur (Tablo 3). Klinik ve evde 'Ameliyat yerinde şişlik şikayeti' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Klinikte hastalar %46 oranında şişlik ifade etmişken, evde bu oran %21,2 olmuştur (Tablo 3). Klinikte ve evde 'Ameliyat yerinde hassasiyet şikayeti' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,453$). Klinikte ve evde 'Ameliyat yerinde ısı artışı' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,016$). Klinikte hastalar %7,1 oranında ısı artışı ifade ederken, evde bu oran %0,9 olmuştur (Tablo 3). Klinikte ve evde 'Ameliyat yerinde akıntı şikayeti' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,012$).

Klinikte hastalar %15,9 oranında akıntı şikayeti ifade etmişken, evde bu oran %8,0 olmuştur. Klinikte hastaların %84,1'i akıntı şikayeti yaşamamışken, evde bu oran %92 olarak elde edilmiştir (Tablo 3). Hastaların klinikte %20,4'ü, evde %99,1'i doktor tarafından reçete edilen bir ağrı kesici kullandığını bildirmiştir. Klinikte %70,8'i, evde %92,9'u alınan ilaçların ağrıyı dindirmede etkisini yeterli olarak değerlendirmiştir. Katılımcıların %99'i evde ateşini ölçmediği görülmüştür (Tablo 3).



Tablo 4. Katılımcıların Klinikte ve Evdeki İzlemde Sağlığı Algılama Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (n=113)

İzlem Soruları	Klinikte		Evde		Test ist.	p
	n	%	n	%		
Şu anki sağlık durumu algısı						
Mükemmel	1	0,9	3	2,7	88,905	< 0,001*
Çok iyi	1	0,9	17	15,0		
İyi	20	17,7	80	70,8		
Orta	82	72,6	12	10,6		
Kötü	9	8,0	1	0,9		
Ameliyat öncesine göre genel sağlık durumunun algısı						
Ameliyat öncesinden çok daha iyi	2	1,8	24	21,2	---	---
Ameliyat öncesinden biraz iyi	35	31,0	87	77,0		
Hemen hemen aynı	70	61,9	2	1,8		
Ameliyat öncesinden daha kötü	4	3,5	---	---		
Ameliyat öncesinden çok daha kötü	2	1,8	---	---		
Operasyon sonrası uygun pozisyon alma						
Evet	88	77,9	85	75,2	---	0,508
Hayır	25	22,1	28	24,8		**
Operasyon sonrası zorlayıcı hareketlerden kaçınma						
Evet	60	53,1	63	55,8	---	0,375
Hayır	53	46,9	50	44,2		**
Operasyon sonrası ayağı/bacağı üstüne basmama						
Evet	13	11,5	13	11,5	---	1,000**
Hayır	100	88,5	100	88,5		
Operasyon sonrası soğuk uygulama						
Evet	41	36,3	11	9,7	---	< 0,001**
Hayır	72	63,7	102	90,3		
Operasyon sonrası sağlıklı beslenme						
Evet	32	28,3	37	32,7	---	0,125
Hayır	81	71,7	76	67,3		**
Operasyon sonrası ameliyat bölgesini koruma						
Evet	37	32,7	41	36,3	---	0,344**
Hayır	76	67,3	72	63,7		
Operasyon sonrası egzersiz yapma						
Evet	28	24,8	25	22,1	---	0,250**
Hayır	85	75,2	88	77,9		

*McNemar-Browker test, **McNemar testi

Katılımcıların sağlığı algılama özellikleri Tablo 4'te verilmiştir. Klinikte ve evde 'Şuan ki sağlık durumu algısı' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,001$). Klinikte %0,9 oranında mükemmel cevabı verirken evde bu oran %2,7 olmuştur. Klinikte hastalar %0,9 oranında çok iyi cevabı verirken evde bu oran %15 olmuştur. Klinikte hastalar %17,7 oranında iyi cevabı verirken evde bu oran %70,8 olmuştur. Klinikte hastalar %72,6 oranında orta cevabı verirken evde bu oran %10,6 ve klinikte hastalar %8 oranında kötü cevabı verirken evde bu oran %0,9 olarak elde edilmiştir (Tablo 4). Klinikte ve evde 'Operasyon sonrası uygun pozisyon alma' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,508$). Klinikte ve evde 'Operasyon sonrası zorlayıcı hareketlerden kaçınma' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,375$) (Tablo 4). Klinikte ve evde 'Ayağın/bacağın üstüne basmama' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=1,000$) (Tablo 4). Klinikte ve evde 'Operasyon sonrası soğuk uygulama' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$). Klinikte hastalar %36,3 oranında soğuk uygulama yaptığını ifade ederken, evde bu oran %9,7 olmuştur. Klinikte hastaların %63,7'si, evde ise %90,3'ü soğuk uygulama yapmadığını ifade etmiştir (Tablo 4). Klinikte ve evde 'Operasyon sonrası sağlıklı beslenme' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,125$). Klinik ve evde 'Operasyon sonrası ameliyat bölgesini koruma' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,344$) (Tablo 4). Klinik ve evde 'Operasyon sonrası egzersiz yapma' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,250$) (Tablo 4). Hastalar klinikte

‘sağlık durum algısını’ ameliyat öncesine göre %61,9 oranında hemen hemen aynı olarak ifade etmişlerdir. Hastalar evde sağlık durum algısını %77,0 oranında ameliyat öncesine göre biraz iyi olarak ifade etmişlerdir. Klinikte sağlık durum algısını ameliyat öncesinden çok daha iyi hissedenlerin oranı %1,8 iken, evde ise bu oran %21,2 olmuştur. Klinikte genel sağlık durum algısını ameliyat öncesinde daha kötü hissedenler %3,5 oranındayken ameliyat öncesinden çok daha kötü hissedenler %1,8 oranındadır. Evde genel sağlık durum algısını ameliyat öncesinden daha kötü ve ameliyat öncesinden çok daha kötü hisseden katılımcı yoktur (%0) (Tablo 4).

Tablo 5. Katılımcıların Klinikte ve Evdeki İzleminin Beslenme, Boşaltım, Solunum, Dolaşım Fonksiyonlarına Göre Karşılaştırılması (n=113)

		Klinikte		Evde		Test ist.	p
		n	%	n	%		
BESLENME	Kusma şikayeti						
	Evet	38	33,6	2	1,8	4<0,001	<0,001*
	Hayır	71	62,8	109	96,5		
	Ara sıra	4	3,5	2	1,8		
	İştahsızlık şikayeti						
	Evet	45	39,8	10	8,8	37,000	<0,001*
BOŞALTIM	Hayır	65	57,5	79	69,9		
	Ara sıra	3	2,7	24	21,2		
	İshal şikayeti						
	Evet	2	1,8	---	---	---	---
	Hayır	111	98,2	113	100,0		
	Kabızlık şikayeti						
	Evet	19	16,8	4	3,5	13,235	<0,001*
	Hayır	93	82,3	108	95,6		
	Ara sıra	1	0,9	1	0,9		
	İdrara çıkma düzeninde değişme						
	Evet	47	41,6	20	17,7	3<0,001	<0,001*
	Hayır	58	51,3	75	66,4		
	Ara sıra	8	7,1	18	15,9		
	İdrar kaçırma şikayeti						
	Evet	3	2,7	1	0,9	3,000	0,223*
	Hayır	107	94,7	108	95,6		
	Ara sıra	3	2,7	4	3,5		
SOLUNUM	Öksürük şikayeti						
	Evet	8	7,1	6	5,3	2,000	0,572*
	Hayır	99	87,6	100	88,5		
	Ara sıra	6	5,3	7	6,2		
	Nefes darlığı şikayeti						
	Evet	2	1,8	2	1,8	0,333	0,564*
	Hayır	105	92,9	106	93,8		
	Ara sıra	6	5,3	5	4,4		
	Balgam şikayeti						
	Evet	1	0,9	-	-	---	---
	Hayır	103	91,2	105	92,9		
	Ara sıra	9	8,0	8	7,1		

Tablo 6. Katılımcıların Klinikte ve Evdeki İzleminin Beslenme, Boşaltım, Solunum, Dolaşım Fonksiyonlarına Göre Karşılaştırılması (n=113) devam

		Klinikte		Evde		Test ist.	p
		n	%	n	%		
Göğüs ağrısı şikayeti	Hayır	109	96,5	108	95,6	---	1,000**
	Ara sıra	4	3,5	5	4,4		
Pnömoni şikayeti	Evet	1	0,9	1	0,9	---	1,000**
	Hayır	112	99,1	112	99,1		
Kan basıncı yükselmesi	Evet	22	19,5	16	14,2	---	---
	Hayır	91	80,5	3	2,7		
	Ara sıra	---	---	5	4,4		
	Ölçmedim	---	---	89	78,8		
Kan basıncı düşmesi	Hayır	113	100,0	24	21,2	---	---
	Ölçmedim	---	---	89	78,8		
Baş dönmesi şikayeti	Evet	9	8,0	2	1,8	7,333	0,026*
	Hayır	100	88,5	108	95,6		
	Ara sıra	4	3,5	3	2,7		
Baş ağrısı şikayeti	Evet	68	60,2	32	28,3	36,000	<0,001*
	Hayır	24	21,2	29	25,7		
	Ara sıra	21	18,6	52	46,0		

*McNemar-Browker test, **McNemar testi

Katılımcıların beslenme, boşaltım, solunum, dolaşım fonksiyonlarına göre karşılaştırılması Tablo 5’de verilmiştir. Klinikte ve evde 'kusma şikayeti' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p < 0,001$). Klinikte hastaların %33,6’sının kusma şikayeti yaşadığı, evde hastaların %1,8’inin kusma şikayeti yaşamadığı saptanmıştır. Evde hastaların %96,5’i kusma yaşamamıştır (Tablo 5). Klinikte ve evde 'iştahsızlık şikayeti' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$). Klinikte hastalar %39,8 oranında iştahsızlık yaşarken evde bu oran %8,8 olmuştur.

Klinikte ve evde 'kabızlık şikayeti' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p < 0,001$). Klinikte hastalar %16,8 oranında kabızlık yaşarken evde bu oran %3,5 olmuştur (Tablo 5). Klinikte ve evde 'idrara çıkma düzeninde değişme' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p < 0,001$). Klinikte hastalar %41,6 oranında evet cevabı vermişken evde bu oran %17,7 olmuştur. (Tablo 5). Klinikte ve evde 'idrar kaçırma şikayeti' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,223$) (Tablo 5). Klinikte ve evde 'öksürük şikayeti' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,572$). (Tablo 5). Klinikte ve evde 'nefes darlığı şikayeti' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,564$). (Tablo 5). Klinikte ve evde 'göğüs ağrısı şikayeti' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=1,000$) (Tablo 5). Klinikte ve evde 'pnömoni şikayeti' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=1,000$). (Tablo 5). Klinikte ve evde 'baş dönmesi şikayeti' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,026$). Klinikte hastalar %8 oranında evet cevabı vermişken evde bu oran %1,8 olmuştur (Tablo 5). Klinikte ve evde 'baş ağrısı şikayeti' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,001$). Klinikte hastalar %60,2 oranında baş ağrısı yaşarken evde bu oran %28,3 olmuştur (Tablo 5). Hastaların klinikte %1,8'i, evde %0'i ishal şikayeti, klinikte %91,2'si, evde %92,9'u balgam şikayeti, klinikte %19,5'i, evde %14,2'si kan basıncı yükselmesi, klinikte %100'ü, evde %21'si kan basıncı düşmesi şikayeti bildirmiştir (Tablo 5).

Tablo 7. Katılımcıların Klinikte ve Evdeki İzleminin Aktivite Egzersiz Fonksiyonlarına Göre Karşılaştırılması (n=113)

	Klinikte		Evde		Test ist.	p
	n	%	n	%		
Uykusuzluk şikayeti						
Evet	66	58,4	38	33,6	28,200	<0,001*
Hayır	24	21,2	26	23,0		
Ara sıra	23	20,4	49	43,4		
Uyku hali şikayeti						
Evet	29	25,7	12	10,6	17,400	0,001*
Hayır	68	60,2	75	66,4		
Ara sıra	16	14,2	26	23,0		
Gece sık uyanma şikayeti						
Evet	39	34,5	19	16,8	23,769	<0,001*
Hayır	48	42,5	57	50,4		
Ara sıra	26	23,0	37	32,7		
Gündüz sık uyuma şikayeti						
Evet	19	16,8	9	8,0	10,333	0,016*
Hayır	74	65,5	78	69,0		
Ara sıra	20	17,7	26	23,0		
Ameliyattan sonra yorgunluk şikayeti						
Evet	89	78,8	30	26,5	59,108	<0,001*
Hayır	12	10,6	26	23,0		
Ara sıra	12	10,6	57	50,4		
Günlük bakım ve işlerinizi yapmada sorun yaşama						
Hayır	28	24,8	35	31,0	---	0,065**
Evet	85	75,2	78	69,0		
Evet ise öz bakım						
Evet	73	64,6	57	50,4	---	<0,001**
Hayır	40	35,4	56	49,6		
Evet ise temizlik						
Evet	54	47,8	46	40,7	---	0,057**
Hayır	59	52,2	67	59,3		
Evet ise yemek yeme						
Evet	9	8,0	21	18,6	---	0,002**
Hayır	104	92,0	92	81,4		
Evet ise ev işleri						
Evet	---	---	44	38,9	---	---
Hayır	113	100,0	69	61,1		
Evet ise eşya tutma kaldırma						
Evet	18	15,9	21	18,6	---	0,453**
Hayır	95	84,1	92	81,4		
Hareket kısıtlılığı yaşama						
Hayır	22	19,5	31	27,4	---	0,012**
Evet	91	80,5	82	72,6		

AKTİVİTE- EGZERSİZ
AKTİVİTE- EGZERSİZ

Tablo 6. Katılımcıların Klinikte ve Evdeki İzleminin Aktivite Egzersiz Fonksiyonlarına Göre Karşılaştırılması (n=113) devam

	Klinikte		Evde		Test ist.	p
	n	%	n	%		
Evet ise oturup kalkma						
Evet	84	74,3	68	60,2	---	<0,001**
Hayır	29	25,7	45	39,8		
Evet ise yürütme						
Evet	73	64,6	58	51,3	---	<0,001**
Hayır	40	35,4	55	48,7		
Evet ise egzersiz						
Evet	39	34,5	32	28,3	---	0,167**
Hayır	74	65,5	81	71,7		
Evet ise merdiven çıkma						
Evet	3	2,7	16	14,2	---	<0,001**
Hayır	110	97,3	97	85,8		
Evet ise uyku pozisyonu						
Evet	14	12,4	20	17,7	---	0,146**
Hayır	99	87,6	93	82,3		
Oturup kalkmada zorlanma						
Evet	90	79,6	65	57,5	27,000	<0,001*
Hayır	18	15,9	28	24,8		
Ara sıra	5	4,4	20	17,7		
Kendi başına yemek yemede sorun yaşama						
Evet	37	32,7	20	17,7	21,000	<0,001*
Hayır	63	55,8	74	65,5		
Ara sıra	13	11,5	19	16,8		
Kendi bakımını yapmada sorun yaşama						
Evet	84	74,3	49	43,4	39,000	<0,001*
Hayır	21	18,6	32	28,3		
Ara sıra	8	7,1	32	28,3		
Tek başına giyinip soyunmada sorun yaşama						
Evet	73	64,6	40	35,4	42,000	<0,001*
Hayır	15	13,3	28	24,8		
Ara sıra	25	22,1	45	39,8		
Tek başına banyo yapmada sorun yaşama						
Evet	92	81,4	65	57,5	3<0,001	<0,001*
Hayır	12	10,6	20	17,7		
Ara sıra	9	8,0	28	24,8		
Tek başına tuvalete gitmede sorun yaşama						
Evet	84	74,3	47	41,6	45,000	<0,001*
Hayır	14	12,4	24	21,2		
Ara sıra	15	13,3	42	37,2		

*McNemar-Browker test, **McNemar testi

Katılımcıların aktivite egzersiz fonksiyonlarına göre karşılaştırılması Tablo 6'da verilmiştir. Klinikte ve evde 'uykusuzluk şikayeti' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,001$). Klinikte hastalar %58,4 oranında uykusuzluk şikayeti ifade ederken evde bu oran %33,6 olmuştur (Tablo 6). Klinikte ve evde 'uyku hali şikayeti' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,001$). Klinikte hastalar %25,7 oranında uyku hali şikayeti yaşarken evde bu oran %10,6 olarak elde edilmiştir (Tablo 6). Klinikte ve evde 'gece sık uyanma şikayeti' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,001$). Klinikte hastalar %34,5 oranında evet cevabı vermişken evde bu oran %16,8 olarak elde edilmiştir (Tablo 6). Klinikte ve evde 'gündüz sık uyuma şikayeti' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,016$). Klinikte hastalar %16,8 oranında evet cevabı vermişken evde bu oran %8 olmuştur (Tablo 6).

Klinikte ve evde 'ameliyattan sonra yorgunluk şikayeti' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,001$). Klinikte hastalar %78,8 oranında yorgunluk yaşarken evde bu oran %26,5 olmuştur (Tablo 6). Klinikte ve evde 'günlük bakım ve işlerinizi yapmada sorun yaşama' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,065$) (Tablo 6). Klinikte ve evde 'evet ise özbakım' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p < 0,001$). Klinikte hastalar %64,6 oranında özbakım gerçekleştirmede sorun yaşarken evde bu oran %50,4 olarak elde edilmiştir. Klinikte hastaların %35,4'ünün, evde ise hastaların %49,6'sının öz bakım gerçekleştirmede sorun yaşamadığı saptanmıştır (Tablo 6). Klinikte ve evde 'evet ise temizlik' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasındaki fark istatistiksel olarak

anlamli değildir ($p=0,057$) (Tablo 6). Klinikte ve evde 'evet ise yemek' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamli bir fark bulunmuştur ($p=0,002$). Klinikte hastalar %8'i yemek yemekte zorluk yaşıırken evde bu oran %18,6 olarak belirlenmiştir. Klinikte hastalar %92 oranında yemek yemekte sorun yaşamazken evde ise %81,4'i yemek yemekte sorun yaşamamıştır (Tablo 6). Hastaların klinikte %0'ı, evde %38,9'u günlük bakım ve işlerini yapmada ev işi yapmada sorun yaşadığını bildirmiştir (Tablo 6). Klinikte ve evde 'evet ise eşya tutma kaldırma' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamli bir fark yoktur ($p=0,453$) (Tablo 6).

Klinikte ve evde 'hareket kısıtlılığı yaşama' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamli bir fark bulunmuştur ($p=0,012$). Klinikte hastaların %80,5'inin hareket kısıtlılığı yaşadığı belirlenmiş olup bu oran evde %72,6 olarak elde edilmiştir (Tablo 6). Klinikte ve evde 'evet ise oturup kalkma' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamli bir fark bulunmuştur ($p < 0,001$). Klinikte hastalar %74,3 oranında oturup kalkmada sorun yaşıırken evde bu oran %60,2 olmuştur. Klinikte hastaları %25,7 oranında, evde ise %39,8 oranında oturup kalkmada sorun yaşamadığı belirlenmiştir (Tablo 6). Klinikte ve evde 'evet ise yürüme' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamli bir fark bulunmuştur ($p < 0,001$). Klinikte %64,6 oranında yürümede sorun yaşıırken evde bu oran %51,3 olarak elde edilmiştir. Klinikte hastaların %35,4 oranında ve evde ise %48,7 oranında yürümede sorun yaşamadığı belirlenmiştir (Tablo 6). Klinikte ve evde 'evet ise egzersiz' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamli bir fark bulunmamıştır ($p=0,167$) (Tablo 6).

Klinikte ve evde 'evet ise merdiven çıkma' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,001$). Klinikte hastalar %2,7 oranında evet cevabı vermişken evde bu oran %14,2, klinikte hastalar %97,3 oranında hayır cevabı vermişken evde bu oran %85,8 olarak elde edilmiştir (Tablo 6). Klinikte ve evde 'evet ise uyku pozisyonu' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,146$) (Tablo 6).

Klinikte hastalar %79,6 oranında oturup kalkmada sorun yaşarken evde bu oran %57,5 olmuştur. Klinikte hastalar %32,7 oranında kendi başına yemek yemekte sorun yaşarken evde bu oran %17,7 olmuştur. Klinikte hastalar %74,3 oranında kendi bakımını yapmada sorun yaşarken, evde bu oran %43,4 olarak elde edilmiştir. Klinikte hastalar %64,6 oranında tek başına giyinip soyunmada sorun yaşarken evde bu oran %35,4 olmuştur. Klinikte hastalar %81,4 oranında tek başına banyo yapmada sorun yaşarken evde bu oran %57,5 olmuştur. Klinikte hastalar %74,3 oranında tek başına tuvalete gitmede sorun yaşarken evde bu oran %41,6 olmuştur (Tablo 6).

Tablo 8. Katılımcıların Klinikte ve Evdeki İzleminin Fonksiyonel Sağlık Örüntülerinin Bazı Alanlarına Yönelik Karşılaştırılması (n=113)

ALANLAR	İzlem soruları	Klinikte		Evde		Test ist.	p
		n	%	n	%		
BİLİŞSEL ALGILAMA	Sözel iletişimde bozulma düşüncesi						
	Evet	10	8,8	3	2,7		
	Hayır	102	90,3	106	93,8		
	Ara sıra	1	0,9	4	3,5	7,000	0,072*
KENDİNİ ALGILAMA	Genel olarak kendini hissetme						
	Çok iyi	---	---	15	13,3		
	İyi	17	15,0	80	70,8		
	Orta	77	68,1	17	15,0	---	---
	Kötü	17	15,0	1	0,9		
	Çok kötü	2	1,8	---	---		
	Ameliyatın beden imajında değişiklik düşüncesi						
	Evet	90	79,6	71	62,8		
	Hayır	15	13,3	18	15,9	2<0,001	<0,001*
	Ara sıra	8	7,1	24	21,2		
	Ameliyat sonrası yalnızlık hissetme						
	Evet	25	22,1	19	16,8		
	Hayır	49	43,4	57	50,4	14,000	0,001*
	Ara sıra	39	34,5	37	32,7		
	Ameliyat sonrası ümitsizlik hissetme						
	Evet	24	21,2	19	16,8		
	Hayır	46	40,7	55	48,7	14,000	0,001*
	Ara sıra	43	38,1	39	34,5		
ROL İLİŞKİLER	Kendine saygıda azalma hissetme						
	Evet	21	18,6	18	15,9		
	Hayır	53	46,9	62	54,9	10,800	0,005*
	Ara sıra	39	34,5	33	29,2		
	Manevi duygusal destek varlığı						
	Evet	86	76,1	84	74,3		
	Hayır	1	0,9	1	0,9	2,000	0,157*
	Ara sıra	26	23,0	28	24,8		
	Aile üyelerinin sorumluluğunun değişmesi						
	Evet	73	64,6	73	64,6		
	Hayır	10	8,8	10	8,8	3,000	0,392*
	Ara sıra	30	26,5	30	26,5		
	Çalışma hayatının etkilenmesi						
	Evet	34	30,1	32	28,3		
	Hayır	77	68,1	78	69,0	1,333	0,513*
	Ara sıra	2	1,8	3	2,7		

Tablo 7. Katılımcıların Klinikte ve Evdeki İzleminin Fonksiyonel Sağlık Örüntülerinin Bazı Alanlarına Yönelik Karşılaştırılması (n=113) devam						
	Klinikte		Evde		Test ist.	p
	n	%	n	%		
Sosyal hayatın etkilenmesi						
Evet	67	59,3	66	58,4	2,000	0,572*
Hayır	26	23,0	26	23,0		
Ara sıra	20	17,7	21	18,6		
Aile hayatının etkilenmesi						
Evet	76	67,3	77	68,1	1,000	0,607*
Hayır	11	9,7	10	8,8		
Ara sıra	26	23,0	26	23,0		
BAŞ ETME STRES	Stres düzeyi					
	Yüksek	22	19,5	12	29,778	<0,001*
	Orta	43	38,1	26		
	Düşük	48	42,5	75		
	Anksiyete düzeyi					
	Yüksek	21	18,6	11	28,571	<0,001*
	Orta	40	35,4	25		
	Düşük	52	46,0	77		
	Endişe düzeyi					
	Yüksek	18	15,9	10	23,000	<0,001*
	Orta	34	30,1	19		
	Düşük	61	54,0	84		
	Öfke düzeyi					
	Yüksek	8	7,1	4	19,000	<0,001*
	Orta	25	22,1	11		
	Düşük	80	70,8	98		
	Depresyon düzeyi					
	Yüksek	7	6,2	3	17,000	0,001*
	Orta	23	20,4	11		
	Düşük	83	73,5	99		
CİNSEL LİK VE ÜREME	Cinsel hayatın etkilenmesi					
	Cinsel hayatım yok	65	57,5	67	6,667	0,247*
	Hiç	16	14,2	17		
	Biraz	13	11,5	12		
	Orta	8	7,1	9		
	Çok	11	9,7	8		
	Cinsel sağlık hakkında endişe					
	Cinsel hayatım yok	66	58,4	66	4,000	0,406*
	Hiç	17	15,0	19		
	Biraz	12	10,6	12		
	Orta	13	11,5	12		
	Çok	5	4,4	4		

*McNemar-Browker test

Katılımcıların bilişsel algılama, kendini algılama, rol-ilişkiler, stres-baş etme, cinsellik ve üreme hakkındaki ifadelerine göre karşılaştırılması Tablo 7’ de verilmiştir. Klinikte ve evde 'sözel iletişimde bozulma düşüncesi' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,072$) (Tablo 7). Hastaların klinikte kendini kötü hissedenlerin oranı %15,0, çok kötü hissedenlerin oranı %1,8, evde kendini kötü hissedenlerin oranı %0,9 olarak belirlenmiştir (Tablo 7). Klinikte hastaların %79,6’sı beden imajında değişiklik yaşadığını düşünürken evde ise %62,8’i beden imajında değişiklik yaşadığını düşünmektedir ($p < 0,001$). Klinikte hastalar %22,1 oranında yalnızlık hissederken evde ise %16,8’i yalnızlık hissettiğini belirtmiştir ($p < 0,001$). Klinikte hastalar %21,2 oranında ümitsizlik hissederken evde bu oran %16,8 olarak değişmiştir ($p < 0,001$). Klinikte hastalar %18,6 oranında kendine saygıda azalma hissi yaşarken evde bu oran %15,9 şeklinde bulunmuştur ($p < 0,005$) (Tablo 7). Klinikte ve evde 'manevi duygusal destek olması' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,157$) (Tablo 7). Klinikte ve evde 'aile üyelerinin sorumluluğunun değişmesi' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p=0,392$). Klinikte ve evde 'çalışma hayatınızı etkilediğini düşünüyor musunuz' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,513$) (Tablo 7).

Klinikte ve evde 'sosyal hayatın etkilenmesi' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,572$) (Tablo 7). Klinikte ve evde 'aile hayatının etkilenmesi' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,607$) (Tablo 7). Klinikte hastaların %19,5’i stres düzeyi sorusu için yüksek cevabını vermişken evde yüksek stres düzeyi

yaşayan hastaların oranı %10,6 olarak değişmiştir ($p < 0,001$). Klinikte hastalar %42,5 oranında düşük stres düzeyi yaşarken evde bu oran %66,4 olarak elde edilmiştir ($p < 0,001$). Klinikte hastalar %18,6 oranında yüksek anksiyete yaşarken evde ise yüksek anksiyete yaşadığını ifade eden hastaların oranı %9,7 olarak değişmiştir ($p < 0,001$). Klinikte %15,9 oranında yüksek endişe cevabı vermişken evde ise endişe düzeyi yüksek hastaların oranı %8,8 olarak değişmiştir ($p < 0,001$). Klinikte hastalar %7,1 oranında öfke düzeyleri yüksektir evde bu oran %3,5 olarak elde edilmiştir ($p < 0,001$) (Tablo 7).

Hastalar klinikte ‘genel olarak kendini nasıl hissettiği’ sorusuna %68,1’i orta cevabını vermişken klinikte üçüncü günde kendini çok iyi hisseden hasta olmamıştır. Evde ise hastalar %70,8 oranında ‘iyi’ cevabını vermiştir. Hastalar arasında üçüncü günde kendini çok kötü hissedenlerin oranı %1,8 iken birinci ayda evde kendini kötü hisseden hasta olmamıştır (%0). Klinikte hastaların depresyon düzeyleri sorusunda katılımcılar en fazla %20,4 oranında orta düzey cevabı vermişken evde bu oran %9,7 olmuştur. Klinikte katılımcıların %6,2’si yüksek depresyon düzeyi ifade ederken bu oran evde %2,7 olmuştur. Katılımcılar klinikte üçüncü günde %73,5 oranında düşük depresyon düzeyi yaşarken bu oran evde %87,6 olarak değişmiştir (Tablo 7). Klinikte ve evde 'cinsel hayatın etkilenmesi' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,247$). Klinikte ve evde 'cinsel sağlığınız hakkında endişeniz var mı' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,406$) (Tablo 7).

Tablo 8. Katılımcıların Klinikte ve Evdeki İzleminde Endişe Duyduğu Nedenlere Göre Karşılaştırılması (n=113)

	Klinikte		Evde		Test ist.	p
	n	%	n	%		
İzlem soruları						
Ameliyatla ilgili						
Hayır	37	32,7	55	48,7	---	0,001**
Evet	76	67,3	58	51,3		
Bakacak birinin olmaması					3,952	0,267*
Evet	19	16,8	15	13,3		
Hayır	70	61,9	77	68,1		
Ara sıra	24	21,2	21	18,6		
Ağrıyı kontrol edememe					13,788	0,003*
Evet	81	71,7	65	57,5		
Hayır	21	18,6	29	25,7		
Ara sıra	11	9,7	19	16,8		
Bulantı kusmayı kontrol edememe					3,933	0,269*
Evet	14	12,4	8	7,1		
Hayır	89	78,8	94	83,2		
Ara sıra	10	8,8	11	9,7		
Mikrop kapma					17,444	0,001*
Evet	90	79,6	73	64,6		
Hayır	11	9,7	23	20,4		
Ara sıra	12	10,6	17	15,0		
Acil durumda destek bulamama					0,333	0,954*
Evet	43	38,1	43	38,1		
Hayır	38	33,6	39	34,5		
Ara sıra	32	28,3	31	27,4		
İyileşme süresi					16,889	0,001*
Evet	65	57,5	51	45,1		
Hayır	22	19,5	35	31,0		
Ara sıra	26	23,0	27	23,9		
Eskisi gibi hareket edememe					18,231	<0,001*
Evet	54	47,8	43	38,1		
Hayır	26	23,0	38	33,6		
Ara sıra	33	29,2	32	28,3		
Kaslarda zayıflama					5,000	0,172*
Evet	14	12,4	13	11,5		
Hayır	80	70,8	84	74,3		
Ara sıra	19	16,8	16	14,2		
Kırkların kaynamaması					7,000	0,030*
Evet	9	8,0	4	3,5		
Hayır	18	15,9	25	22,1		
Ara sıra	11	9,7	9	8,0		
Kırk yok	75	66,4	75	66,4		

ENDİŞE NEDENİ

Tablo 8. Katılımcıların Klinikte ve Evdeki İzleminde Endişe Duyduğu Nedenlere Göre Karşılaştırılması (n=113) devam

	Klinikte		Evde		Test ist.	p
	n	%	n	%		
Kırkların kötü kaynaması						
Hayır	8	7,1	4	3,5	7,000	0,072*
Ara sıra	19	16,8	24	21,2		
Kırık yok	11	9,7	9	8,0		
Protezlerin tutmaması						
Evet	75	66,4	76	67,3	4,000	0,406*
Hayır	6	5,3	5	4,4		
Ara sıra	20	17,7	22	19,5		
Protez yok	11	9,7	10	8,8		
Alçının vurması						
Evet	76	67,3	76	67,3	4,000	0,406*
Hayır	3	2,7	1	0,9		
Ara Sıra	10	8,8	11	9,7		
Alçı yok	4	3,5	3	2,7		
	96	85,0	98	86,7		

*McNemar-Browker test, **McNemar testi

Tablo 8’de katılımcıların izlemlerde endişe duyduğu nedenlere göre karşılaştırılması verilmiştir. Klinikte ve evde ameliyatla ilgili endişe var mı' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,001$) (Tablo 8). Klinikte hastalar %32,7 oranında hayır cevabı vermişken evde bu oran %48,7, klinikte hastalar %67,3 oranında evet cevabı vermişken evde bu oran %51,3 olarak elde edilmiştir (Tablo 8). Klinikte ve evde 'bakacak birinin olmayacağı endişesi' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,267$) (Tablo 8). Klinikte hastalar %71,7 oranında ağrıyı kontrol edememe endişe yaşadığını ifade etmişken evde bu oran %57,5 olarak değişmiş aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,003$) (Tablo 8). Klinikte ve evde 'bulantı kusmayı kontrol edememe endişesi' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,269$) (Tablo 8).

Klinikte mikrop kapma endişesi yaşayan hastaların oranı %79,6 iken evde bu oran %64,6 olarak değişmiş aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$) (Tablo 8). Klinikte ve evde 'acil durumda destek bulamama endişesi' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,954$) (Tablo 8). Klinikte hastalar %57,5 oranında iyileşme süresinde endişe yaşamakta olup evde bu oran %45,1 olarak elde edilmiştir ($p=0,001$). Klinikte hastalar %47,8 oranında eskisi gibi hareket edememe endişesi yaşarken evde bu oran %38,1 olarak değişmiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$) (Tablo 8). Klinikte ve evde 'kasların zayıflama endişesi' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,172$) (Tablo 8). Klinikte hastalar %8 oranında kırıkların kaynamaması endişesi yaşarken evde bu oran %3,5 olarak ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,030$) (Tablo 8). Klinikte ve evde 'kırıkların kötü kaynama endişesi' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p=0,072$) (Tablo 8). Klinikte ve evde 'protezlerin tutmaması endişesi' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,406$) (Tablo 8). Klinikte ve evde 'alçının vurması endişesi' sorusuna verilen cevapların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,406$) (Tablo 8).

Tablo 9. Katılımcıların Evde Bakım Bağımlılığı Ölçeğine Ait Tanımlayıcı İstatistikler

	Bakım bağımlılığı puanı	Madde sayısı	Cronbach's alfa
N	113		
Ortalama	58,89		
Standart Sapma	13,48	17	0,970
Ortanca	57,00		
Minimum	25,00		
Maksimum	85,00		

Katılımcıların evde bakım bağımlılığı ölçeğine ait tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde ortalama puanı $58,89 \pm 13,48$; minimum değer 25 ve maksimum değeri 85 olarak elde edilmiştir. Ölçeğe ait güvenirlik sonuçları incelendiğinde ise Cronbach alfa katsayısı 0,970 bulunmuştur (Tablo 9).

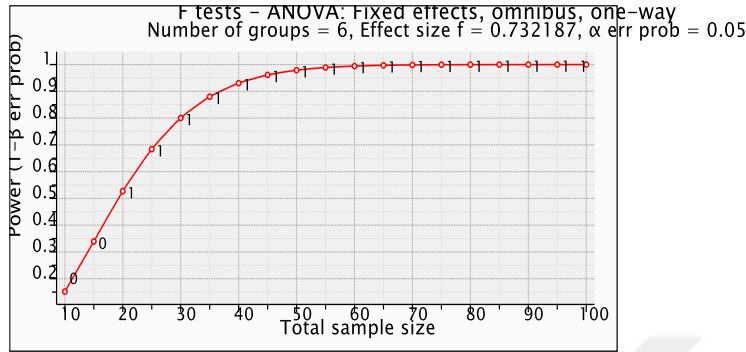
Tablo 10. Katılımcıların Evde Tanı Gruplarına Göre Bakım Bağımlılığı Puanının Karşılaştırılması (n=113)

	n	Ort. $\pm$ s. sapma	Ort. (min. - maks.)	Test ist.	p	Cohen's d	η^2
Tanı grup							
Protez	34	50,88 $\pm$ 8,88	53,00 (25,00 - 69,00)b				
Kırık	26	59,77 $\pm$ 13,58	57,00 (39,00 - 85,00)bc				
vertebra	8	51,75 $\pm$ 7,89	51,50 (40,00 - 64,00)bc	42,309	<0,001	1,463	0,349
Omuz RC	18	56,11 $\pm$ 10,30	56,50 (33,00 - 72,00)bc				
Travma	18	75,50 $\pm$ 12,18	78,50 (34,00 - 85,00)a				
Menisküs	9	65,33 $\pm$ 5,87	66,00 (52,00 - 72,00)ac				

*Kruskal Wallis testi, a-c: Aynı harfe sahip tanı grupları arasında bir fark yoktur.

Katılımcıların evde tanı gruplarına göre bakım bağımlılığı puanının karşılaştırılması Tablo 10' da yer almaktadır. Tanı gruplarına göre bakım bağımlılığı puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,001$). Tanı gruplarına göre bakım bağımlılığı puanı farklılık göstermekte olup 1,463 etki büyüklüğü ile yüksek bir etki elde edilmiştir ($p < 0,001$). Protez grubunun ortancası 53,00, kırık grubunun ortancası 57,00, vertebra grubunun ortancası 51,50, omuz RC grubunun ortancası 56,50, travma grubunun ortancası 78,50 ve menisküs grubunun ortancası 66,00 olarak saptanmıştır. Bu farklılık travma ile protez, kırık, vertebra, omuz RC grupları

arasında ve menisküs ile protez grupları arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır. Travma grubunun bakım bağımlılığı puan ortalama ve ortancası diğer gruplardan yüksek bulunmuştur (Tablo 10).



Şekil 1. Geriye Dönük Güç Analizi

Çalışmamız toplamda altı farklı tanı grubunda 113 hasta üzerinden tamamlanmış olup posthoc analiz sonucu incelendiğinde %95 güven (1- α), $f=0,732$ etki büyüklüğü ile testin gücü %99,9 (1- β) olarak belirlenmiştir.

Tablo 11. Katılımcıların Klinikte ve Evdeki İzlem Özellikleri ile Bakım Bağımlılık Puanlarının Karşılaştırılması (n=113)

	X $\pm$ SS	Ortanca (Min. - Maks.)	Test ist.	p	Cohen's d	η^2
Evde	58,89 $\pm$ 13,48	57,00 (25,00 - 85,00)	25,668	<0,001	1,416	0,334
Klinikte	40,26 $\pm$ 12,73	38,00 (19,00 - 82,00)				

*Eşli iki örnek t test istatistiği

Tablo 11’de katılımcıların bağımlılık ölçeği puanının karşılaştırılması verilmiştir. Cerrahi girişim sonrası klinikte ve evde birinci ay bakım bağımlılık ölçeği puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p < 0,001$). Etki büyüklüğü 1,416 ile yüksek etki elde edilmiştir. Kısmi eta kare değeri (η^2) 0 ile 1 arasında bir değer alır ve 1’e yakın olması yüksek etki olduğunu göstermektedir. Hastaların bakım

bağımlılık puanı ortalaması klinikte $40,26 \pm 12,73$ iken evdeki ortalaması $58,89 \pm 13,48$ olarak saptanmıştır (Tablo 11).

Tablo 12’de katılımcıların bakım bağımlılığı puanına etki eden risk faktörlerinin incelenmesi görülmektedir. Bakım bağımlılığı puanına etki eden değişkenler lineer regresyon analizi ile incelenmiş ve oluşturulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=2,526$; $p=0,003$). Oluşturulan regresyon modelinde bağımsız değişkenler bağımlı değişkenin %17’lik kısmını açıklanmıştır. Ancak modelde yer alan bağımsız değişkenlerin istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 12).

Tablo 12. Bakım Bağımlılığı Puanına Etki Eden Risk Faktörlerinin İncelenmesi

	β_0 (%95 CI)	Std. Hata	β_1	t	p	r^1	r^2	VIF
Sabit	46,352 (27,642 - 65,062)	9,427		4,917	0,000			
Yaş	-0,022 (-0,1 - 0,056)	0,039	-0,053	-0,565	0,574	-0,218	-0,057	1,205
Cinsiyet (Referans: Erkek)	3,531 (-2,397 - 9,459)	2,987	0,127	1,182	0,240	0,242	0,119	1,561
Eğitim durumu (Referans: Okur yazar değil)								
İlköğretim	5,464 (-1,621 - 12,55)	3,570	0,204	1,531	0,129	-0,065	0,154	2,386
Lise	8,347 (-0,848 - 17,542)	4,633	0,254	1,802	0,075	0,215	0,180	2,691
Üniversite	9,476 (-1,574 - 20,527)	5,568	0,233	1,702	0,092	0,219	0,170	2,522
Kronik hastalık varlığı (Referans: Evet)	-4,01 (-9,199 - 1,18)	2,615	-0,146	-1,534	0,128	-0,234	-0,154	1,218
Taburculuk sonrası evde günlük işlerinize, hareket ve bakımınıza yardımcı olacak biri varlığı (Evet)	14,39 (-1,807 - 30,586)	8,160	0,172	1,763	0,081	0,253	0,176	1,290
BKİ (Referans: normal)								
Hafif kilolu	-6,015 (-14,106 - 2,076)	4,077	-0,216	-1,476	0,143	0,108	-0,148	2,879
1.derece obez	-6,624 (-16,29 - 3,042)	4,870	-0,192	-1,360	0,177	-0,183	-0,137	2,690
2.derece obez	-3,165 (-14,855 - 8,524)	5,890	-0,061	-0,537	0,592	-0,075	-0,054	1,710
Cerrahi girişim sonrası üçüncü Gün düzenli ilaç kullanımı hakkında eğitim alma (Referans: Evet)	3,446 (-2,35 - 9,241)	2,920	0,108	1,180	0,241	0,109	0,119	1,132
Cerrahi girişim sonrası üçüncü Gün beslenme hakkında eğitim alma (Referans: Evet)								
Hayır	-2,607 (-8,117 - 2,903)	2,776	-0,091	-0,939	0,350	-0,143	-0,095	1,272
Kısmen	1,41 (-6,03 - 8,849)	3,748	0,037	0,376	0,708	0,119	0,038	1,280
Taburculuk sonrası birinci ay beslenme hakkında eğitim alma (Referans: Evet)								
Hayır	3,181 (-2,482 - 8,844)	2,853	0,104	1,115	0,268	0,177	0,112	1,164
Kısmen	-4,584 (-15,725 - 6,556)	5,613	-0,077	-0,817	0,416	-0,054	-0,083	1,187

F=2,526; p=0,003; R^2 =%28,1 Düzeltilmiş R^2 =%17,0; β^0 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı; Std. Hata: Standart Hata; β^1 : Standartlaştırılmış beta katsayısı; r^1 : Zero-order korelasyon; r^2 : Partial korelasyon

TARTIŞMA

Hastayı olumlu ve olumsuz yönlerden etkileyebilecek bir deneyim olan cerrahi girişimler insan vücudunda fizyolojik ve psikolojik değişimlere neden olmaktadır (Fındık ve Topçu, 2012; Karahan, 2020). Cerrahi girişim sonrası pek çok sorunla karşı karşıya gelen hastalar klinikte ve evde en fazla fiziksel hareket ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede sorun yaşamaktadırlar (Akbari ve ark., 2018; Dinçer & Kurşun, 2019; Rocha ve ark., 2022). Bakım bağımlılığı olan hastalar için bütüncül yönleriyle verilen hasta eğitimi önemli bir unsur oluşturmaktadır. Bu eğitim hasta ve ailesine farkındalık katarak bakım bağımlılığını azaltmaktadır (Çam & Asar, 2019). Bu doğrultuda ortopedik cerrahi girişim geçiren hastaların ameliyat sonrası klinikteki üçüncü gün ve taburculuk sonrası birinci ayda evde yaşadıkları sorunların belirlenmesini ve bakım bağımlılık düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu araştırmanın bulguları;

1. Katılımcıların Klinikte ve Evde Yaşadıkları Sorunlar

2. Katılımcıların Klinikte ve Evde Bakım Bağımlılığı Düzeyi

3. Katılımcıların Klinikte ve Evde Bakım Bağımlılığını Etkileyen Faktörler

başlıkları altında üç bölümde tartışılmıştır.

1. Katılımcıların Klinikte ve Evde Yaşadıkları Sorunlar

1.1. Katılımcıların Klinikte Bilgilendirme Durumları

Hastaların klinikte üçüncü günde %72,6, taburcu olurken ise %94,7 oranında daha fazla konu hakkında bilgi aldıkları, hekimler tarafından daha fazla oranda bilgilendirildiği bulunmuştur. Ortopedik hastaların taburculuk sonrası evde bakım gereksinimi fazla olup ihtiyaç duyduğu tüm bilgileri belirlemenin önemli olduğu çalışmalarla desteklenmiştir (Pamuksuz, 2017). Ortopedik cerrahi hastalarına hemşireler tarafından verilen eğitimin önemine dikkat çeken çalışmalar da bulunmaktadır (Yalçın ve ark., 2015). Ortopedi hastalarıyla yapılan bir araştırmada hastaların %60,0'ının ameliyat öncesi dönemde

bilgilendirildiği ve %36'sı için bilgilendirmenin yeterli olduğu belirlenmiştir (Ünal & Gürhan, 2021). Öztürk ve arkadaşları (2011) çalışmasında dahiliye ve cerrahi hastalarının yarısından fazlası hastaneye yattıktan sonra eğitim aldıklarını belirtmiştir. Bu çalışmada hastaların büyük çoğunluğu taburcu olurken beslenme, egzersiz, doktor kontrolleri, hastalık ve ameliyat bölgesinin korunması hakkında eğitim almış ve eğitim ihtiyacı taburculukta daha az saptanmıştır. Katılımcıların %9,7'si klinikte üçüncü günde ve %7,1'i taburcu olurken verilen eğitimler dışında en fazla iyileşme süresi hakkında ek bilgi almak istemiştir. Taburcu olurken üçüncü güne kıyasla ek bilgi alma gereksinimlerinin oranının azalmasının, üçüncü günde sorularına büyük oranda yanıt bulmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bizim sonucumuza paralel hastaların en fazla bilgi gereksinimi duydukları konuların ilaçlar, tedavi ve komplikasyonlar ve yaşam kalitesi hakkında olduğu bildirilmiştir (Çetinkaya & Aşiret, 2017; Orgun & Şen, 2012). Yapılan bir araştırmada hastaların evde yürüme kabiliyetinin ameliyat öncesi döneme göre daha zayıfladığını ve bu nedenle hasta eğitimi verilirken işlevlerin hızlı bir şekilde yerine gelmeyeceği bilgisinin açıkça ifade edilmesinin hastalarda yanlış beklenti oluşmaması ve hayal kırıklığına uğramamaları açısından önemli nokta olduğunu bildirmektedir (Lin ve ark., 2016).

1.2. Katılımcıların Klinikte ve Evde Kliniksel Özellikleri

Hastaların iyileşme inançları üçüncü güne kıyasla taburcu olduktan sonra artmıştır ($5,20 \pm 1,45$ / $6,58 \pm 1,17$). Ağrı skala puanları klinikte üçüncü gün ortalamanın üzerindeyken evde ortalamanın altına inmiştir ($6,92 \pm 1,21$ / $4,02 \pm 1,38$). Cerrahi hastalarıyla yapılan bir çalışmada cerrahi girişim sonrası 24 saat içinde ağrı ortalamasının $7,50 \pm 1,44$ puan ve ameliyat sonrası üçüncü günde ise ağrı ortalamasının $2,77 \pm 1,35$

puan saptamış olup hastalar cerrahi girişim sonrası ağrının giderilmesi doğrultusunda yapılan uygulamalardan yüksek oranda memnun kalmışlardır (Tamer, 2018).

Hastaların evde birinci ayda beklendiği şekilde ağrı, şişlik, ısı artışı, akıntı şikayeti azalmıştır. Bu durum yara iyileşme sürecinin etkisi, hastanın ev rahatlığında olması, ilaçların düzenli kullanımının analjezik etki göstermesi ve cerrahi girişim sürecindeki anksiyetenin azalması gibi nedenlerden kaynaklanmış olabilir. Taburcu olurken verilen eğitimlerin hastada sağlık bakımına katılmada farkındalık oluşturduğu düşünülmektedir. Ancak ameliyattan sonra birinci ayda sağlık algısı olumlu olsa da hastaların klinik şikayetlerinin devam ettiği buna bağlı olarak ise komplikasyon gelişmesi açısından riskli oldukları ve sağlık personeline gereksinimlerinin olduğu söylenebilir. Dikişlerin yeni olması hastanın istemsizce pansuman yerine basınç uygulamış olması, drenlerin genelde ameliyat sonrası ikinci günde çıkarılarak pansuman yerinde dren seti çapında açık yara oluşturması gibi faktörler akıntı ve ısı artışına neden olabilir. Alt ekstremitte ortopedi cerrahisi geçiren hastaların cerrahi girişim sonrası klinikte müdahale grubu ve kontrol grubu oluşturulmuş hastalarla cerrahi alan enfeksiyonu belirtilerinin incelendiği bir çalışmada hastaların hiçbirinde kızarıklık, şişlik, ısı artışı görülmemiştir (Tombak, 2019).

1.3. Katılımcıların Klinikte ve Evde Sağlığı Algılama Özellikleri

Sağlığı algılama kavramı, bireyin algıladığı sağlık ve iyilik durumunu sürdürmek için yaptığı uygulama ve davranışları içermektedir. Yaşanan sorunlar nedeni ile bireylerin sağlık algılarında değişiklik olabilmektedir. Ortopedik cerrahi gibi majör ameliyatlarda hastaların sağlığı algılama davranışlarını değiştirebilmektedir. Hastaların algılarının nasıl etkilendiğini saptamak hemşirelik bakım kalitesinin artmasını sağlayacaktır (Akyüz ve ark., 2021). Katılımcıların klinikte en fazla orta (%72,6) ve iyi (%17,7) sağlık algısının,

evde ise en fazla iyi (%70,8) ve çok iyi (%15,0) sağlık algısının olduğu bulunmuştur. Hastalar klinikte sağlık durumlarını ameliyat öncesine göre kıyasladıklarında %61,9' u hemen hemen aynı algıladıklarını, evde sağlık durumlarını ise %77,0'ı ameliyat öncesinden biraz iyi olarak algıladıklarını ifade etmişlerdir. Diğer çalışmalarda da benzer şekilde hastaların sağlık durumlarını iyi olarak algıladıkları saptanmıştır (Bakır & Yurt, 2020; Ciğerci & Özdemir, 2016).

Hastaların operasyon sonrası sağlık uygulamaları arasında (uygun pozisyon, zorlayıcı hareketlerden kaçınma, ayağın/bacağın üstüne basmama, sağlıklı beslenme, ameliyat bölgesini koruma, egzersiz yapma) anlamlı fark saptanmamış olup hastaların kliniğe göre evde soğuk uygulama yapma oranında azalma görülmüştür. Bunun nedeni klinikte cerrahi girişim sonrası ağrı ve şişliğin azalmasına yardımcı olması doğrultusunda soğuk uygulama yapılmakta, evde soğuk uygulama yapılmasının genelde önerilmemesinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

1.4. Katılımcıların Klinikte ve Evde Beslenme, Boşaltım, Solunum, Dolaşım Özellikleri

Bu çalışmada katılımcıların beslenme, boşaltım, solunum, dolaşım fonksiyonlarında olumlu iyileşme gözlenmiştir. Hastaların kusma ve iştahsızlık şikayetinde büyük oranda azalma görülmektedir. Bunun nedeni olarak ameliyat sonrası ilk günlerde anestezi almaları ve kullanılan ilaçların etkisi ile birlikte kusma şikayeti fazla görülmektedir. Ameliyat öncesi açlık istenmesi, ameliyat sonrası anestezi tipine göre 3- 6 saat aralığında açlık istenmesi, ağrılı olmaları, beslenme düzenlerinin değişmesi gibi nedenlerle iştahsızlık yaşadıkları düşünülmektedir. Aydoğdu (2015) hastaların %42'sinin bulantı kusma ve %19,38'inin iştahsızlık yaşadığını elde etmiştir (Aydoğdu, 2015). Yeterli ve dengeli beslenme desteği ameliyat sonrası dönemde komplikasyonları önlemektedir ve

hastaların beslenme durumları yakından takip edilmelidir. Ortopedik cerrahi geçiren hastaların malnütrisyon prevalansı yüksek bulunmuştur (A. Çil & Yayla, 2021). Yetersiz beslenen hastalarda ameliyat sonrası dönemde komplikasyonların, mortalite oranların ve yürümede zorlanma daha fazla görülmektedir (Yokoyama ve ark., 2021).

Kabızlık şikayeti yaşayan hastalar üçüncü günde %16,8 iken birinci ayda bu oran %3,5 olmuştur. Hastaların kabızlık sorunu yaşamasını ameliyat sonrası mobilite kısıtlaması, sürgü/ördek kullanımı, hasta gizliliğinin sağlanamaması, sıvı desteği almama, beslenme düzenlerinin değişmesi gibi faktörler etkilemiş olabilir. Hastaların konstipasyon riskini düşük bulan çalışmalar yanı sıra (Arlı, 2017) bu çalışma sonucundan daha yüksek bulan araştırmalar da bulunmaktadır (Arı & Yılmaz, 2016). Hastaların beslenme yönetimi ortopedik hastaların klinik sonuçlarını iyileştirmek için yeterli değildir ancak bakım uygulamalarının etkinliği için gereklidir (Briguglio & Wainwright, 2021).

1.5. Katılımcıların Klinikte ve Evde Aktivite Egzersiz Fonksiyonları

Cerrahi işlemlerin fiziksel fonksiyon ve yaşam değişikliklerine neden olduğu bilinmektedir. Cerrahi sonrası görülen yaygın problemlerden birisi uykusuzluktur. Ameliyat sonrasında genellikle hastalar uykuya dalmada/sürdürmede güçlük yaşamaktadır (Yılmaz ve ark., 2018). Bu çalışmada katılımcılar klinikte %58,4, evde %33,6 oranında uykusuzluk sorunu yaşadığını bildirmiştir. Hastaların uyku hali, gece sık uyanma, gündüz sık uyuma şikayetleri taburculuğundaki birinci ayda neredeyse yarı yarıya azalma göstermekle birlikte sorunun devam ettiği görülmektedir. Literatürde ortopedik cerrahi sonrası uyku sorunu oranı %60,7 ile %82,7 arasında saptanmıştır (Gürler, 2021; Kaya & Yılmaz, 2021). Uykusuzluk bireylerin fonksiyonel sağlık örüntülerinde olumsuz etkiler oluşturabilmektedir (Yılmaz ve ark., 2018). Bu nedenle

hastaların etkin uyumalarını sağlayacak girişimlerin hastalara taburculuk öncesi eğitimlerle verilmesi gereklidir.

Hastalar klinikte %78,8 oranında tüm ameliyat sürecinin verdiği yorgunluk, %64,6'sı öz bakım aktivitelerini gerçekleştirmede zorluk, %8'i yemek yeme/yemek yapma aktivitesinde güçlük yaşarken bu oranlar evde %26,5 yorgunluk, %50,4 öz bakım aktivitelerini gerçekleştirmede zorluk, %18,6 yeme/yemek yapma aktivitesinde güçlük olarak belirlenmiştir. Hastalar klinikte yatak istirahatinde olduğu için günlük işlerini (ev işleri, yemek yapma vb.) yapıp yapamadığını kıyaslayamaması nedeniyle günlük bakım ve işlerde hiç sorun yaşamadığını ifade etmiştir. Hastalar hastaneden eve geçtiklerinde ise birinci ayda %39,9 oranında günlük bakım ve işlerde sorun yaşadığını ifade etmişlerdir. Bu oranın artmasının, kadın hastaların daha fazla olması ve cerrahi girişim nedeniyle alt ve üst ekstremitelerinde hareket kısıtlılığı yaşamakta, yürümede zorlanmakta, bacağına üstüne basamamaktadırlar, bununla birlikte toplumda kalıplaşmış rollere göre ev işleriyle büyük oranda kadının ilgilenmesi nedeniyle hastalar hastaneden eve geçtiklerinde ev işleri ve yemek yapmakta zorlanmasından kaynakladığını düşünmekteyiz.

Bilindiği gibi egzersiz ve fizik aktivite fizyolojik, psikolojik, sosyal fonksiyonları artırmaktadır (Vasta ve ark., 2020). Bu çalışmada hastaların klinikte %80,5 oranında, evde birinci ayda %72,6 oranında hareket kısıtlılığı yaşadığını saptanmıştır. Hareket aktivitelerinden oturup kalkmada sorun yaşama durumu klinikte %74,3 ve evde %60,2 olarak bulunmuştur. Kliniğe kıyasla evde, yürüme sorununda azalma görülmüştür. Hastalar kliniğe (%2,7) kıyasla evde (%14,2) merdiven çıkma sorununu daha çok yaşadığını bildirmiştir. Yapılan bir çalışmada ortopedi hastalarının %62,9'sinin yürüme ve merdiven çıkma sorun yaşadığını bulunmuştur (Akyüz ve ark., 2021). Hastalara

taburculuk eğitim verilirken yaklaşık altı hafta yardımcı araç gereç kullanabileceği söylenmeli bununla birlikte başlangıçta trabzanlardan destek alarak merdiven inip çıkması anlatılmalıdır ve merdiven çıkarken ilk önce sağlam bacağıyla, merdiven inerken ise ilk önce ameliyat olan bacağıyla adım atması öğretilmelidir (Kaya & Bilik, 2020). Ameliyat sonrasında bakım ve erken mobilizasyon cerrahi girişimin başarısı için mutlak gereklidir ve hemşirenin sorumluluğundadır. İstenilen başarılı sonuçlar için istenilen hedeflere ulaşmayı ve iyileşmeyi sağlayacak müdahaleler belirlenmelidir. Klinik bakım ve eğitimsel müdahaleler hastaya büyük oranda yardımcı olmaktadır (Silva ve ark., 2015). Bu çalışmanın bulguları hastaların çoğunluğunun sorunu çözmeye yönelik girişimde bulunmadığını, evde bakım hizmetinin gerekliliğini göstermektedir.

Çalışmamızda hastaların kliniğe kıyasla evde, oturup kalkma, tek başına yemek yeme, tek başına giyinip soyunma, tek başına tualete gitme ve tek başına banyo yapma aktivitelerinde daha az sorun yaşadıkları görülmüştür. Ancak bu sorunlar cerrahi girişim sonrası evde birinci ayda hala devam etmesi açısından önemlidir. Aktivite intoleransını hastalar cerrahi sonrası taburculuğun ilk birkaç haftasına kadar ciddi boyutta yaşayabilmektedir. Hastalar dördüncü haftadan sonra yaşadıkları güçlüklerin azaldığını belirtmektedir (Dal ve ark., 2012). Dañç (2019) ortopedi hastalarının cerrahi girişim sonrası birinci ve ikinci günlerde en çok yatak kenarında oturmayı tölere edemediğini ve bunun için hastaların yardıma ihtiyaç duyduğunu saptamıştır (Dañç, 2019). Yapılan bir diğer çalışmada cerrahi kliniğinde yatan hastaların %31,7'sinin yeme-içme, %51,0'ının kişisel temizlik ve giyinme, %52,9'unun hareket etmede sorun yaşadığı belirlenmiştir (Acar & Fındık, 2021). Hastaların cerrahi sonrası günlük yaşam aktivitelerinde en çok yemek yeme/yapma, kontinans sağlama, başkalarıyla iletişim kurma maddeleriyle başa çıkabildikleri bildirilmektedir (Muszalik ve ark., 2021). Bu bulgular ışığında yaşanan

sorunlar hakkında hastalara taburculuk eğitimlerinde baş etme yollarının daha iyi öğretilmesi gerektiği düşünülmektedir.

1.6. Katılımcıların Klinikte ve Evde Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Özellikleri

Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli bireyi bütüncül olarak 11 farklı açıdan incelemektedir. Bireye özgü yaklaşım oluşturarak hemşireler için sistematik bir değerlendirme süreci sağlamaktadır (Ergun & Zengin, 2021; Karadede ve ark., 2021). Bu alanlar; Sağlığı algılama ve yönetme, beslenme, boşaltım, aktivite-egzersiz, bilişsel-algısal, kendini algılama, uyku-dinlenme, rol ve ilişki, cinsellik ve üreme, baş etme-stres toleransı, değer ve inançlar şeklindedir (Aydın & Yılmaz, 2022; Günay ve ark., 2021). Bu çalışmada hastalar klinikte %8,8 oranında evde %2 oranında sözel iletişimde bozulmada sorun yaşadığını bildirmiştir. Anestezinin ilk günlerde etkisi nedeniyle ağrı, yorgunluk gibi nedenlerle sözel iletişimin bozulduğunu düşünmekteyiz. Hastalar genel olarak %68,1 oranında klinikte kendilerini orta ve %70,8 oranında evde kendilerini iyi olarak hissetmektedir. Hastalar %79,6 oranında beden imajında bozulma hissederken bu oran evde %62,8 olarak bulunmuştur. Beden imajı karmaşık bir psikolojik etkiye sahip olan öz değerlendirmenin önemli bir yönü olarak karşımıza çıkmaktadır (İmeni ve ark., 2018). Beden imajı bireylerin sosyal etkileşimleri ile şekillenen, kendi fiziksel görüntüsünü zihinde tamamlama biçimi olarak tanımlanabilir (Erdoğanoglu ve ark., 2019). Benlik saygısı yüksek olan bireylerin cerrahi girişimi tehdit olarak algılama durumunun düşük olduğu bildirilmektedir (Ünal & Gürhan, 2021). Hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada hastaların orta düzeyde beden algısı ve benlik saygısına sahip olduğunu bulmuştur (Ünal & Gürhan, 2021). Ampütasyon hastalarıyla yapılan bir çalışmada, yaşam kalitesi puanları düşük saptanmış ve hastaların depresyon ve anksiyete

düzeyleri ile beden algısı, benlik saygısı, sosyal destek, protez sonrası hareket kısıtlılığı, protez memnuniyeti arasında ilişkili bulunmuştur (Kızılkurt ve ark., 2020).

Bu çalışmada hastaların kliniğe kıyasla evde yalnızlık, ümitsizlik, kendine saygıda azalma hissinde azalma görülmüştür. Hastaların, aile üyelerinin sorumluluğun değişmesi, sosyal hayatın etkilenmesi, aile hayatın etkilenmesi cevaplarında anlamlı bir fark görülmemiştir. Ameliyat süreci hasta birey ve ailesi için oldukça zor bir süreçtir. Hastanede yatma süresince ve taburculuktan sonra evdeki iyileşme döneminde hastanın yaşadığı fiziksel sınırlılıklar, işten ve sosyal yaşamdan uzak kalma gibi durumlar nedeniyle bireyler eski rollerine dönmekte zorluk yaşamaktadır (Akyüz ve ark., 2021). Aile bireyleri hastanın bakım ihtiyaçlarını gidermesi ve hastanın sağlık bakımına katılması aile içi rollerin değişmesine ve böylece aile üyelerinin bakım yükünün artmasına sebep olur (Çetinkaya, 2021). Diğer aile üyelerine ya da bir başkasına yük olma algısı, yalnızlık ve ümitsizlik duyguları oluşturabilmektedir (Bilik, 2017). Ameliyat sonrası dönemde hasta ve ailesinde yaşanan bu rol ve sorumluluklardaki değişiklikler anksiyeteye neden olabilmektedir (Cengiz, 2018). Ortopedik cerrahi girişim geçiren hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların ameliyat sonrası dönemde, %64,7'sinin işe devam edemediği, %27,7'sinin iş hayatında değişiklik olduğu ve %15,2'sinde aile içi rol ve sorumluluklarını yerine getirmede güçlük yaşandığı saptanmıştır (Akyüz ve ark., 2021). Yapılan bir çalışmayla osteoartritli hastalarda olumsuz ruh hali, olumsuz başa çıkma gibi psikolojik sıkıntıları yaşama düzeyleri yüksek bulunmuştur (Lentz ve ark., 2020).

Bu çalışmada hastaların klinikte %19,5 oranında yüksek düzeyde stres, %18,6 oranında yüksek düzeyde anksiyete, %7,1 oranında yüksek düzeyde öfke yaşadığı saptanmıştır. Evde birinci ayda ise %10,6 oranında yüksek düzeyde stres, %9,7 oranında

yüksek düzeyde anksiyete, %3,5 oranında yüksek düzeyde öfke yaşadığını ifade etmişlerdir. Bu durum hastaların baş etmelerinin desteklenmesi gerektiğine işaret edebilir. Ortopedi hastalarında anksiyete ve depresyon düzeylerini, genel olarak kadın cinsiyet, uzun hastane yatış süresi, emosyonel ve sosyal destek yetersizliği, genç yaş gibi durumlar etkileyebilmektedir (Gürler, 2021). Ameliyat öncesi yaşanan stres ve anksiyete fizyolojik olarak kan basıncında değişiklik, kan glikoz düzeyinde artış, endokrin değişimler, baş ağrısı, sık idrara çıkma, çarpıntı gibi özelliklerle kendini gösterebilir. Bu belirtiler hastanın psikososyal özelliklerine göre değişiklik gösterir (Özyürek, 2016). Acil ve elektif cerrahi hasta grubuyla yapılan bir çalışmada acil olguların elektif olgulara göre anksiyete düzeyleri yüksek bulunmuştur ve çalışmada bunun nedeni olarak, beklenmedik bir durum olması, sürece ve sonuca dair bilinmezlik gibi nedenler öne sürülmüştür (Özyürek, 2016). Ortopedik bakım verilirken sosyal yoksunluk varlığı ve fiziksel ve zihinsel sağlık üzerine etkisi dikkate alınmalıdır (Wright ve ark., 2019) Genel anestezi altında cerrahi girişim geçiren hastalarla yapılan çalışmada ameliyat sonrasındaki birinci ayda hastaların yaklaşık yarısında (%48) orta ve ileri düzeydeki anksiyete düzeylerinin gözlenmediği saptanmıştır (Arık & Dolgun, 2019). Ameliyat öncesi dönemde anksiyete düzeyleri hakkında görüşülen hastalarda kadınların erkeklere göre daha yüksek anksiyete düzeyinde olduğu belirlenmiştir (Bedaso ve ark., 2022). Artroplasti hastalarında anksiyete düzeyi $11,48 \pm 5,36$ puan ve depresyon düzeyi $8,74 \pm 5,25$ puan bulunmuştur (T. Damar & Bilik, 2018).

Hastaların cinsel hayatın etkilenmesi, cinsel sağlık hakkında endişe sorularına cevaplarında klinik ve evdeki karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak evde birinci ayda cinsel hayatının etkilenme oranını çok olarak bildirenlerin oranı %7,1 ve cinsel sağlıkta endişesini orta bildirenlerin oranı %10,6 olarak

bulunması ve bu çalışmada cinsel hayatla ilgili detaylı veri toplanmaması dikkate alındığında bu sorunun detaylarına yönelik özel çalışmaların yapılması gerektiğini düşündürmektedir. Bu çalışmadan daha yüksek düzeyde hastaların %26,0'ının cinsel yaşam ile ilgili sorun yaşadığı bulunmuştur (Acar & Fındık, 2021). Total kalça artroplastisi hastalarının %30'unda cinsel ilişki kalitesinde veya sıklığında azalma olduğunu bulunmuştur ve hastaların ameliyat öncesinde cinsel yönden aktif hastaların %38'inin, ameliyat sonrasında cinsel aktivite hakkında eğitim broşürü almak istediğini tespit edilmiştir (Rougereau ve ark., 2022). Total kalça artroplastisi olan bir diğer çalışmada kadınların cinsel fonksiyonlarının erkeklere göre daha fazla etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır (Neonakis ve ark., 2020). Cinselliği biyolojik ve psikolojik bağlamlarda inceleyebiliriz. Cinsellik biyolojik bağlamda üremeyi ve neslin devam etmesini sağlamaktır. Psikolojik bağlamda ise cinsel ilişkiden haz alma, sevmeye ve sevilme gibi temel ihtiyaçların doyurulduğu davranış ve insan ilişkilerini içermekte olup erkek ya da kadın birey olarak beden algısını da kapsamaktadır (Acar, 2019; Erenoğlu & Bayraktar, 2017). Ameliyat sonrası dönemde kas dokularının ve yara iyileşmesine izin verilmesi gerekir ve bu amaçla genel olarak ortopedik cerrahi girişimlerde altı hafta cinsel aktivite önerilmemektedir (Şahin, 2019). Hastalara ameliyat sonrasıdaki dönemde cinsel hayata dair endişelerin normal olduğu anlatılmalıdır (Acar, 2019). Holistik ve hasta merkezli bakımın bir parçası olan cinsel sağlığın değerlendirilmesi, danışmanlık yapılması ve cinselliğe ilişkin kaygıların giderilmesi profesyonel hemşireliğin bir rolüdür (Bakır ve Demir, 2020; K. Bayındır & Biçer, 2019; T. Damar ve Bilik, 2018). Hasta ile cinsel yaşam ve endişeleri konuşmak ve gereksinimlerine göre danışmanlık sağlamak; güvenli cinsel uygulamalara yönlertir, olası ya da mevcut cinsel sorunları saptar ve hastaların doğru bilgilenebilmesi için önemli bir fırsat oluşturur (Gölbaşı & Evcili, 2013).

1.7. Katılımcıların Klinikte ve Evde Endişe Duyduğu Nedenler

Cerrahi sonrası hastalar pek çok konuda endişe yaşayabilmektedir. Bu endişeler literatürde çoğunlukla ameliyat hakkında, mikrop kapma, komplikasyon gelişmesi, bane ne olacak korkusu şeklinde belirlenmiştir (Baskın, 2019; Bulut, 2017; Özşaker ve ark., 2019). Bu çalışmada hastaların %50'sinden fazlasının evde birinci ayda en çok endişe duyduğu üç neden arasında ameliyat, ağrı kontrolü ve mikrop kapma bildirilmiştir. Bakacak birinin olmaması, bulantı kusmayı kontrol edememe, acil durumda destek bulmama, kasların zayıflama, kırıkların kötü kaynama, protezlerin tutmaması, alçının vurması bakımından klinik ve evde yaşanan endişelerde anlamlı fark bulunmamakla birlikte sorun olduğu görülmektedir. Bulut (2017) hastaların büyük çoğunluğunun (%70,8) ameliyat hakkında endişeli olduğunu bulmuştur (Bulut, 2017). Özşaker ve arkadaşları (2019) hastaların %26,6'sının endişe duyduğu ve en çok cerrahi girişim sonrası komplikasyon gelişme olasılığı konusunda endişe yaşandığını tespit etmiştir (Özşaker ve ark., 2019). Bu durum hastaların endişelerinin taburculuk eğitimlerinde yeterince ele alınmamış olabileceğini düşündürmektedir.

2. Katılımcıların Klinikte ve Evde Bakım Bağımlılığı Düzeyi

Bireylerin bakımda bağımlılık durumlarının bilinmesi, bireyselleşmiş hemşirelik bakımının planlanmasında, hastaların beklentilerinin karşılanmasında ve hastanın yaşam kalitesinin artırılmasında son derece önem taşımaktadır (Baksi & Genç, 2020; Kılıç ve ark., 2017; Yılmaz & K. Toğaç, 2019). Kliniklere, ameliyat olma durumuna, ameliyatın türüne özgü olarak ameliyat olan bireylerde bakım bağımlılık düzeylerinde farklılıklar görülmektedir. Bu çalışmada katılımcıların klinikte bakım bağımlılıkları puan ortalaması $40,26 \pm 12,73$ iken evde birinci ayda $58,89 \pm 13,48$ olarak saptanmıştır. Cerrahi ve dahili servislerde yatan hastalarda klinikte yapılan görüşmelerde bakım bağımlılığı puan

ortalaması $69,12 \pm 17,80$ olarak bulunmuştur (Durgun ve ark., 2022). Başka bir ifade ile hastaların evde birinci ayda bakım bağımlılık düzeyleri azalmıştır. Yapılan çalışmalarda ameliyat olan hastaların, ameliyat olmayanlara göre acil cerrahi için başvuruların, planlı cerrahi için başvurulara göre daha yüksek düzeyde bağımlı olduğu; ayrıca ortopedi hastalarının ameliyat sonrası ileri derecede bağımlı, karaciğer nakli olan hastaların ise orta düzeyde bağımlı oldukları belirlenmiştir (Koç ve ark., 2012; Demir, 2019). Gonartrozlu hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların fonksiyon kaybı yaşamaları sonucu yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği bulunmuştur (Yılmaz & K. Toğaç, 2019). Cerrahi ve dahili servislerde yatan hastaların bakım bağımlılığı düzeyleri ile hemşirelik bakımını algılamaları arasında pozitif ilişki bulunmuştur (Durgun ve ark., 2022).

Hastanın bakım gereksinimini karşılamada bağımsızlığını cerrahi girişim geçireceği tanı grubu etkileyebilmektedir. Bu çalışmada evde protez grubu hastaların (total diz, total kalça ve omuz protezi) bakım bağımlılık puan ortancası 57,00, vertebra grubunun (bel ve omurga ameliyatları- LSS-LDH) ortancası 51,50, omuz RC (Rotatar Cuff Sendromu) grubunun ortancası 56,50, travma grubunun (el-ayak travması, kesi, kist-kitle alınması, amputasyon) ortancası 78,50 ve menisküs grubunun ortancası 66,00 olarak saptanmıştır. Travma grubunun bakım bağımlılığı ortalama ve ortancası diğer tanı gruplarından yüksek, protez (total diz/kalça, omuz) grubunun ise düşük bulunmuştur. Süerdem (2019) genel cerrahi branşında ameliyat olan hastalarda hernioplasti, kolesistektomi ve apendektomi hastalarının bağımsızlık, destek ve ağrı puanlarını diğer tanı gruplarına (iliostomi açılması, mastektomi, kolostomi kapatılması, splenektomi) göre daha yüksek bulmuştur (Süerdem, 2019). Karaciğer nakilli hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların bakım bağımlılık puanlarını $60,43 \pm 2,97$ olarak saptamıştır (Demir, 2019). Ortopedi ve travmatoloji kliniğinde yatarak tedavi gören hastaların bağımsızlık düzeylerinin

incelendiği bir çalışmada hastalar Barthel indeksi puanı $51,21 \pm 25,09$ ile ileri derecede bağımlı olarak saptanmıştır (Koç ve ark., 2012). Dahili ve cerrahi klinikteki hastalarla yapılan bir çalışmada cerrahi kliniklerdeki hastaların bakım bağımlılığı puanlarını $73,79 \pm 18,11$ olarak saptamıştır (Korhan ve ark., 2013). Acil servisten başvuran ve cerrahi operasyon geçiren hastaların bakım bağımlılık ölçeği puan ortalamalarını düşük başka bir deyişle bakım bağımlılıklarının yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur (Kılıç ve ark., 2017). Bakım bağımlılık ölçek puanının yüksek olması, hastanın kendi kendine bakım gereksinimlerini karşılamada bağımsız olduğunu gösterirken, ölçek puanının düşük olması hastaların bakım gereksinimlerini karşılamada başkalarına bağımlı olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada travma grubu (el-ayak travması, kesi, kist-kitle alınması, ampütasyon) hastaların bakım bağımlılığının az olması beklenen bir durumdur. Lin ve arkadaşları (2016) total diz artroplasti hastalarıyla yaptıkları çalışmada hastalarla 1-3 yıl süre sonra tekrar görüşme gerçekleştirmiş ve çoğunluğun yürüme ve hareket kabiliyetinde önemli gelişmeler olduğunu, dışarıda yürüyebildiklerini ve sevdiği aktiviteleri yapabildiklerini belirlemiştir (Lin ve ark., 2016). Bireyin bağımlılık düzeyinin azalması ile bir başkasının bakımına daha az gereksinimi olacaktır. Bu çalışmada bakım bağımlılığının yüksek düzeyde olması bağımsızlık için hastaların desteklenmesi gerektiğini düşündürmektedir. Taburculuk sürecinde bu durumun göz önünde bulundurulması ve hastalara evde bakım desteğinin sağlanması yararlı olabilir.

3. Katılımcıların Klinikte ve Evde Bakım Bağımlılığını Etkileyen Faktörler Nelerdir?

Bakım bağımlılığına etki eden risk faktörlerini incelediğimizde yaş, cinsiyet, eğitim, kronik hastalık varlığı, bakıma yardımcı birisinin varlığı, BKİ, ilaç kullanımı ve beslenme hakkında eğitim alma bağımsız değişkenlerinin istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi

saptanmamıştır. Kılıç ve ark (2017) hastaların eğitim düzeyi düştükçe bakım bağımlılık ölçek puan ortalamalarının düştüğünü bulmuştur. Doroszkiewicz ve arkadaşları (2018) cinsiyet, medeni durum ve yalnız/aile ile yaşama faktörlerinin bağımlılık düzeyine istatistiksel olarak anlamlı etkisinin olmadığını saptamıştır (Doroszkiewicz ve ark., 2018). Hastaların yaşının arttıkça bağımlılık düzeylerinin arttığı saptanmıştır (Pekince & Aslan, 2021). Ozveren ve ark., (2021) hastaların BBÖ maddelerindeki; beden duruşu, hareketlilik, giyinme ve soyunma, vücut temizliği, tehlikelerden kaçınma, günlük aktiviteler ve eğlence aktivitelerindeki bağımlılıkları azaldıkça yaşam kalitelerinin arttığını belirlemiştir (Ozveren ve ark., 2021). Bakım bağımlılığına etki eden faktörlerin belirlenmesi ile hemşirelik bakımı ve taburculuk hizmetlerinde hangi konulara daha fazla önem verileceği ortaya konulabilir. Bulgularımız tüm hastaların bağımsızlıklarını artırmak için desteğe ihtiyacı olduğunu düşündürmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bakım gereksinimleri yüksek bir hasta grubu olan ortopedi hastaları hem hastane ortamında hemde taburculuktan sonra eve döndüklerinde bir başkasının sağlık bakımına katılmasına ihtiyaç duymaktadır ve bu doğrultuda hastaların klinikte ve evde yaşadıkları sorunları, bakım bağımlılık düzeylerini incelediğimiz çalışmamızda hastaların evde birinci ayda klinikteki üçüncü güne kıyasla bakım bağımlılık düzeylerinde azalma görülmesine karşın bağımlılık düzeyleri açısından tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, protez grubu hastaların bakım

gereksinimlerinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Hastaların çoğunluğunun evde birinci ayda temel bakım gereksinimlerini karşılamada kısmen bağımlılığı, klinik şikayetlerinin devam ettiği belirlenmiştir. Sayıca kadın katılımcıların fazla olduğu ve büyük çoğunluğunun evde bakımına ve günlük işlerine yardımcı olan birine sahip olduğu saptanmıştır. Hastaların ortopedik cerrahi girişim geçirmelerinin en sık nedeni ağrı ve düşmedir. Hastaların cerrahi girişim sonrası ağrı durumu ameliyat öncesine göre artmakta olup tevde birinci aylarında ise ameliyat öncesine göre azaldığı görülmüştür. Hastalar klinikte üçüncü günde büyük oranda hastalık, ameliyat ve tedavi sürecine dair eğitim almıştır. Hastaların doktor ve hemşireye sormak istediği ek bilgi sorusu en fazla iyileşme süresi konusunda olmuştur. Hastaların ağrıları azaldıkça iyileşme inançlarının arttığı görülmüştür. Hastaların klinikte ve evde sağlık durumlarını en çok orta ve iyi derecede hissettikleri saptanmıştır. Hastaların yarısının evde özbakım aktivitelerini gerçekleştirmede zorlandığı görülmüştür. Hastaların evde yaklaşık 1/3'ü uyku sorunu yaşamaktadır. Hastaların büyük bir çoğunluğu beden imajında bozulma ve cinsel hayatlarında değişim yaşamaktadır. Hastaların klinikte ve evde çok büyük oranda hareket kısıtlılığı yaşadıkları görülmüştür. Klinikte ve evde hareket etmede en çok oturup kalkmada zorlandıkları ancak; evde birinci aylarında yürüme sorununda azalma belirlenmiştir. Hastaların kliniğe göre evde tek başına yemek yeme, tuvalete gitme, giyinip soyunma, banyo yapma aktivitelerinde daha az sorun yaşadıkları ancak sorunların devam ettiği görülmüştür. Hastalar klinikte ve evde en fazla ağrıyı kontrol edememe ve mikrop kapma endişesi yaşamaktadırlar.

Sonuç olarak ortopedi hastalarını yüksek düzeyde hareket kısıtlılığı ve bakım bağımlılığı yaşadığı görülmüştür. Hastalarımızın ağrı ve anksiyete tablolarının azaltılması ile bakım bağımlılığında azalma görülmüştür. Araştırma bulguları

doğrultusunda, ortopedik cerrahi girişim geçiren hastaların bakım bağımlılığını azaltmak ve taburculuk eğitimlerinin daha sistematik olarak verilmesini sağlamak amacıyla aşağıdaki öneriler sunulabilir:

- ✓ Klinikte ve evde hastaların bakım bağımlılığı düzeylerinin standart olarak değerlendirilmesi ve bu sonuçlara göre hasta eğitimlerinin planlanması,
- ✓ Ameliyat öncesi ve sonrasında kaliteli bakım ve özellikle ağrı, anksiyete ve endişelere yönelik bütüncül eğitim verilmesi, kliniklerde tüm cerrahi girişim süreci boyunca hastalara psikolojik desteğin artırılması,
- ✓ Hastaların ameliyat sonrası dönemde beden imajı ve cinsellik konusunun dahil edildiği eğitimler planlanması
- ✓ Çalışmanın; farklı kurumlarda ve daha geniş örneklem grubu ile gözlemsel olarak yapılması ve evrene genellenebilir sonuçlar elde edilmesi
- ✓ Gelecek araştırmalarda bakımda bağımlı kalma süresi ve deneysel araştırmalarla planlı eğitimlerin bakım bağımlılığı üzerine etkisini araştırılması
- ✓ Çalışmanın farklı kültürel özelliklerin olduğu gruplarda yapılması
- ✓ Sağlık profesyonelleri tarafından hastalara, klinikte ve evde yaşadıkları sorunlara yönelik baş etme yöntemlerinin öğretilmesi

KAYNAKLAR

- A. Çil, M., Yayla, A., 2021. Ortopedik Cerrahi Hastalarında Preoperatif Beslenme Durumunun Postoperatif Komplikasyonlar ve Hastanede Kalış Süresine Etkisi. Mersin Üniv. Sağlık Bilim Dergisi, 14(3), 432-443.
- A. Korhan, E., Hakverdioğlu Yönt, G., Tokem, Y., Karadağ, Ö., Sarıoğlu, E., Yıldız K., 2013. Dahiliye ve Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastaların Bakım Bağımlılığı Düzeylerinin Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 16(4), 199-204.
- Acar, E.Z, Fındık Ü.Y., 2021. Ameliyat Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Sorunlar ve Ameliyat Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Sorunların Hastalık Algısına Etkisi. EGEHFD, 37(3), 197-206.
- Acar, E.Z., 2019. Ameliyat Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Sorunlar ve Hastalık Algısının Etkisi. (Y. Lisans Tezi), Trakya Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Hemşirelik ABD, Edirne.
- Acar, N., Er, A., Erduran, M., 2017. The Assessment of Portal-tract Healing After Knee Arthroscopy. Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica, 51(5), 372-376.
- Akbari, A., Nasiri, A., Amirabadizade, A., 2018. Effects of Discharge Education and Telephone Follow-up on Patient Satisfaction and Readmission After Orthopedic Surgery. Journal of Surgery and Trauma, 6(4), 122-127.
- Akın Yılmaz, Ö., Dereli, Y., Ermişler, T., Bayrakal, V., Baskın, H., 2015. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde Diz ve Kalça Protezi Klinik Göstergelerinin Retrospektif Değerlendirilmesi. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 9(1), 27-37.

- Akkaya, S., Akkaya, N., Kiter, E., Kılıç, A., Ardiç, F., 2012. Artroskopik Parsiyel Menisektomili Hastalarda Fonksiyonel Durum, Hasta Memnuniyeti ve Yaşam Kalitesi. *Eklemler Hastalıkları Cerrahisi*, 23(1), 9-14.
- Akkoyun, S., T. Arslan, F., 2019. Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli'ne Göre Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Çocuk Hastanın Değerlendirilmesi: Olgu Sunumu. *Necmettin Erbakan Üniv. Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 78-93.
- Akşahin, E., Karasoy, İ., 2022. Omuz Cerrahisinde Tarihsel Gelişim. *TOTBİD Dergisi*, 21(2), 113-120.
- Akyolcu, N., Yılmaz, G., Oğlakkaya, A., 2017. Kas-İskelet Sistemi Travmalarında Bakım İlkeleri. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 3(1), 1-9.
- Akyüz, E., Ünlü, H., Uğurlu, Z., Ö.Elbaş, N.H., 2021. Ortopedik Cerrahi Geçiren Hastaların Yaşadıkları Psikososyal Sorunlar ve Yaşam Kalitesindeki Değişiklikler. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 31(3), 79-93.
- Altay, S., Özkan, M., Karcı, T., Altay, C., Taşdelen, N., Manisalı, M., Özaksoy, D., 2014. Rotator Kılıf Onarım Cerrahisi Sonrasında Omuz MRG ve Omuz Ultrasonografisinin Tanısal Tutarlılıklarının Karşılaştırılması. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 60(3), 199-205.
- Apaydın, N., Açar, H.İ., Bozkurt, M., Doğan, M., 2011. Omuza Yönelik Artroskopik Yaklaşımlarda Risk Altında Olan Anatomik Yapılar. *TOTBİD Dergisi*, 10(1), 1-6.
- Arı, M., Yılmaz, E., 2016. Ameliyat Öncesi Anksiyetenin Ameliyat Sonrası Konstipasyona Etkisi. *Türk J Colorectal Dis*, 26(2), 39-46.
- Arıcı, E., Taştan, S., 2018. Abdominal Cerrahi Sonrası Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 10(3), 188-196.
- Arık, E., Dolgun, H., 2019. Genel Anestezi Altında Cerrahi Girişim Planlanan Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin Anksiyete Üzerine Etkisi. *JARSS*, 27(1), 22-29.
- Arıkan, B., 2016. Kalça ve Diz Artroplastisi Geçiren Bireylerin Öğrenim Gereksinimleri ile Anksiyete ve Depresyon Durumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. (Y.Lisans Tezi), Akdeniz Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Hemşirelik ABD, Antalya.
- Arlı, Ş. K. (2017). Ameliyat öncesi anksiyetenin APAIS ve STAI-I ölçekleri ile değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniv. Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(3), 38-47.
- Askari, R., Kerawala, A., Khan, M., Rasheed, N., Khatoon, M., 2021. Pre-and Post-Operative Anxiety and Depression Levels in Orthopedic Surgery. *JPPS*, 9(3), 169-174.
- Aslan, A., 2020. Total Diz Artroplastili Hastalarda Farklı Bandaj ve Kinezyo Bantlama Uygulamalarının Erken Dönem Ağrı, Ödem ve Fonksiyonel Düzey Üzerine Olan Etkileri. (Y. Lisans Tezi), Hacettepe Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı, Ankara.
- Avşar, G., Kaşıkçı, M., 2008. Ülkemizde Hasta Eğitiminin Durumu. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(3), 67-73.
- Ax, M., Reito, A., Koskimaa, M., Uutela, A., Paloneva, J., 2019. Scheduled Emergency Trauma Operation: The Green Line Orthopedic Trauma Surgery Process of Care. *Scandinavian Journal of Surgery*, 108(3), 250-257.

- Aydın, A., Okur, S., 2018. Diz Altı Ampute Hastaların Denge ve Denge ve Depresyon Durumlarının Değerlendirilmesi: Kontrollü Çalışma. Ankara Med J, 18(3), 402-409.
- Aydın, N., D. Yılmaz, Ü., 2022. Klinik Uygulamadaki Öğrencilerin Ortopedi Hastalarında Belirledikleri Hemşirelik Tanılarının İncelenmesi. Gümüşhane Üniv. Sağlık Bilimleri Dergisi, 11(1), 257-263.
- Aydın, Z., 2019. Ortopedi Cerrahisi Sırasında Oluşan Beden Sıcaklığı Değişiklerinin Erken Ameliyat Sonrası Basınç Yarası Oluşumu Üzerine Etkisi. (Doktora Tezi), İstanbul Üniversitesi. Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü/ Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD, İstanbul.
- Aydoğdu, Ö., 2015. Günübirlik Cerrahi Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi. (Y. Lisans Tezi), Yakın Doğu Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Hemşirelik Programı, Lefkoşa, KKTC.
- Aytekin, E., Sukur, E., Oz, N., Telatar, A., Demir, S., Caglar, N., Oztürkmen, Y., Özgonenel, L., 2019. The Effect of a 12 Week Prehabilitation Program on Pain and Function for Patients Undergoing Total Knee Arthroplasty: A Prospective Controlled Study. Journal of Clinical Orthopaedics and Trauma, 10(2), 345-349.
- Bakır, G., Yurt, S., 2020. Cerrahi Operasyon Geçiren Hastaların Konfor Düzeyinin Değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum Dergisi, 30(3), 158-165.
- Bakır, N., Demir, C., 2020. Hemşirelerin Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği ve Bütüncül Hemşirelik Yeterliliği. Cumhuriyet Üniv. Sağ. Bil. Enst. Derg., 5(3), 109-117.
- Baksi, A., Genç, H., 2020. Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Bakım Bağımlılığı Durumlarının Bakım Algısı, Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Açısından İncelenmesi. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilim Dergisi, 12(4), 465-72.
- Basit, G., 2020. Bakımın Rehberi: Hemşirelik Süreci. Necmettin Erbakan Üniv. Genel Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(2), 77-90.
- Baskın, B., 2019. Günübirlik ve Hastanede Yatarak Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Korku Düzeylerinin Değerlendirilmesi. (Y.Lisans Tezi), Trakya Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Hemşirelik ABD, Edirne.
- Başal, Ö., 2015. Travmalı Hastaya Yaklaşım ve Ortopedik Aciller. Derman Tıbbi Yayıncılık, 86-135, Isparta.
- Başkan, M.V., 2013. Femur Trokanterik Bölge Kırıklarında DHS-PFN (Dinamik Kalça Vidası- Proksimal Femoral Çivi) Uygulamalarımız ve Karşılaştırmalı Sonuçları. (Uzmanlık Tezi), Pamukkale Üniversitesi. Ortopedi ve Travmatoloji ABD, Denizli.
- Baykan, N., Durukan, P., Salt, Ö., Yakar, S., Kantar, Y., Kaymaz, N.D., Özkan, S., 2022. Acil Servise Başvuran Geriatrik Travma Hastalarının İncelenmesi. Phnx Med J., 4(1), 22-26.
- Bayram, H., 2014. Majör Ortopedik Cerrahi Uygulanan Hastalara Klinikte Bakım Verenlerin Bakım Yükünün ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. (Y. Lisans Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Hemşirelik ABD, İzmir.
- Bedaso, A., Mekonnen, N., Duko, B., 2022. Prevalence and Factors Associated with Preoperative Anxiety Among Patients Undergoing Surgery in Low-Income and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. BMJ Open, 12(3), 1-10.

- Berg, U., Berg, M., Rolfson, O., Andersson, A., 2019. Fast-Track Program of Elective Joint Replacement in Hip and Knee- Patients' Experiences of the Clinical Pathway and Care Process. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 14(186), 1-8.
- Bilik, Ö., 2017. Klinikten Eve Uzanan Yolculuk: Ameliyat Olan Hastaların Evde Bakımı. *Ege Üniv. Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(1), 114-127.
- Briguglio, M., Wainwright, T., 2021. Nutritional and Physical Prehabilitation in Elective Orthopedic Surgery: Rationale and Proposal for Implementation. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 18, 21-30.
- Buğdaycı, O., Cengiç, İ., Türeli, D., 2016. Benign ve Malign Kemik Lezyonlarını Değerlendirmede Bilgisayarlı Tomografinin Değeri. *Nükleer Tıp Seminerleri*, 1, 15-20.
- Bulut, Ş., 2017. Cerrahi Operasyon Geçirecek Hastaların Ameliyata Özgü Kaygılarının ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. (Y. Lisans Tezi), Maltepe Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD, İstanbul.
- Büyükyılmaz, F., G. Özdemir, N., 2018. Total Kalça ve Diz Protezi ile Yeni Yaşam: Hasta Eğitiminde Anahtar Kavramlar. *İnönü Üniv, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 6(2), 86-96.
- Büyükyılmaz, F., Şendir, M., 2009. Cerrahi Hastalarında Barsak Boşaltımı Sorunlarına Yönelik Hemşirelik Bakımı. *Maltepe Üniv. Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(1), 74-81.
- C. Dönmez, Y., Özbayır, T., 2008. Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası (Good Perioperative of Nursing Care Scale)' nın Türk Hemşire ve Hastaları İçin Geçerlik ve Güvenirlik İncelenmesi. *Ege Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 24(2), 1-25.
- Can, F., 2013. Total Kalça Artroplastisi, Rehabilitasyon. *TOTBİD Dergisi*, 12(3), 292-308.
- Can, K., Beydağ, K.D., 2013. Acil Servis Hemşirelerine Hasta ve Yakınları Tarafından Uygulanan Şiddetin İncelenmesi. *Gümüşhane Üniv. Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(4), 419- 430.
- Cengiz, H., 2018. Cerrahi Girişim Geçiren Hastalarda Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi'nin Geçerlik-Güvenirlik Çalışması ve İyileşme Durumlarının Değerlendirilmesi. (Doktora Tezi), Sakarya Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Hemşirelik ABD, Sakarya.
- Ciğerci, Y., Özdemir, H., Kılıç, İ., 2016. The Patient Safety Culture Perception of Surgery Nurses and Its Relation ship with Sociodemographic Characteristics. *Düzce Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(3), 149-153.
- Çakır, G., Çilingir, D., 2018. Cerrahi Alan Enfeksiyonlarının Önlenmesinde Ameliyat Sürecinde Normoterminin Sağlanması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(2), 137-143.
- Çam, R., Asar, S.A., 2019. Total Kalça Protezli Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi. *DEUHFED*, 12(4), 220-223.
- Çetinkaya, F., 2021. Kalça veya Diz Protezi Cerrahisi Sonrası Klinikte Bakım Verenlerin Yüğü ve Stres Düzeyi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3), 309-316.

- Çetinkaya, F., Aşiret, G., 2017. Dahili ve Cerrahi Kliniklerindeki Hastaların Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi. DEUHFED, 10(2), 93-99.
- Çevik, K., Eşer, İ., 2014. Nöroşirurji Kliniğinde Yatan Hastaların Bağımlılık Düzeylerinin Hemşirelik Bakım Kalitesini Algılamalarına Etkisi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 22(2), 76-83.
- Çilingir, D., Bayraktar, N., 2006. Gününbirlik Cerrahi Süreci ve Hemşirelik Bakımı. Hacettepe Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 13(1), 69-81.
- Çullu, M., Ülker, S., 2020. Hastaların Ameliyat Öncesi Dile Getirmedikleri Düşünce ve İstekleri. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 24(1), 1-10.
- Cohen, J., 1988. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (2.Auflage). Hillsdale, NJ:Erlbaum.
- Dal, Ü., Bulut, H., G. Demir, S., 2012. Cerrahi Girişim Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Sorunlar. Bakırköy Tıp Dergisi, 8(1), 34-40.
- Danç, E., 2019. Ortopedi Servisinde Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Hareket Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. (Y. Lisans Tezi), Sakarya Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Hemşirelik ABD, Sakarya.
- Demir, B., 2019. Karaciğer Nakli Hastalarının Ameliyat Sonrası Bakım Bağımlılığı Düzeyinin Belirlenmesi. (Y. Lisans Tezi), İnönü Üniversitesi. Karaciğer Nakli Enstitüsü/ Hemşirelik ABD, Malatya.
- Demir, S., 2010. Kalça Protezi Olan Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri Bakım Modeline Göre Evde İzleminin Etkinliği. (Doktora Tezi), Hacettepe Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı, Ankara.
- Demirarslan, 2015. Ameliyat Sonrası Hipotermi Kontrolünde Yün Battaniye ile Elektrikli Battaniye Kullanımının Değerlendirilmesi. (Doktora Tezi), Hacettepe Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı, Ankara.
- Dinç, A., 2016. Yaşlı Bireylerin Cerrahi Girişim Sonrası Evde Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi. (Y. Lisans Tezi), Selçuk Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Hemşirelik ABD, Konya.
- Dinçer, A., Kurşun, Ş., 2019. Yaşlı Bireylerin Cerrahi Girişim Sonrası Evde Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi. ACU Sağlık Bil. Dergisi, 10(3), 518-523.
- Doan, L., Blitz, J., 2020. Preoperative Assessment and Management of Patients with Pain and Anxiety Disorders. Current Anesthesiology Reports, 10(1), 28-34.
- Doğan, S., Öztürk, M., 2016. Alt Ekstremité Travması. Türk Radyoloji Seminerleri, 4(2), 349-364.
- Doğu, Ö., 2013. Cerrahi Girişim Planlanan Hastaların Eğitim Gereksinimlerinin Karşıllanması ve Eğitimin Hasta Bireyin Psikolojik Hazırlığına Etkisi-Sakarya Örneği. Düzce Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 3(3), 10-13.
- Doroszkiwicz, H., Sierakowska, M., Muszali, M., 2018. Utility of the Care Dependency Scale in Predicting Care Needs and Health Risks of Elderly Patients Admitted to a Geriatric Unit: A Cross-Sectional Study of 200 Consecutive Patients. Clinical Interventions in Aging, 8(13), 887-894.
- Duman, A., Kapçı, M., Bacakoğlu, G., Akpınar, O., Türkdogan, K., Karabacak, M., 2014. Acil Servise Başvuran Travma Olgularının Değerlendirilmesi. SDÜ Tıp Fak. Derg, 21(2), 45-48.
- Duman, A., Yılmaz, E., 2016. Ortopedi Ameliyatlarında Perioperatif Hipotermi İnsidansı ve Risk Etmenleri. Cukurova Medical Journal, 41(4), 684-694.

- Durgun, H., Duman, S., Şahin, K., 2022. Cerrahi ve Dahili Servislerde Yatan Hastaların Bağımlılık Düzeyleri ile Hemşirelik Bakım Algısının İncelenmesi. *Journal of Nursology*, 25(1), 31-35.
- E. Kazan, E., 2011. Soğuk Uygulama ve Hemşirelik Bakımı. Hacettepe Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 18(1), 73-82.
- Edipoğlu, E., Bilgili, M.G., Sarı, C., Başaran, S.H., Kural, C., Avkan, M.C., 2012. Geriatrik Hastalardaki İntertrokanterik Femur Kırıklarının Eksternal Fiksasyonla Tedavisi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 9(1), 28-32.
- Ekinci, M., Çatal, B., Karaca Baysal, P., Gölboyu, B.E., Aksun, M., Baysal, Ö., Ahıskalıoğlu, A., 2016. Omuz Artroskopik Ameliyatlarında İnterskalen Blok ile Tek Doz Eklem İçi Lokal Anestezik Uygulamasının Postoperatif Analjezik Etkinliklerinin Karşılaştırılması. *Bozok Tıp Dergisi*, 6(3), 39-45.
- Elifranji, Z., Haddad, B., Salameh, A., Alzubaidi, S., Yousef, N., Nawaiseh, M., ... Alshrouf, M., 2022. Microbiological Profile and Drug Resistance Analysis of Postoperative Infections Following Orthopedic Surgery: A 5-Year Retrospective Review. *Hindawi*, Doi: 10.1155/2022/7648014.
- Erdoğanoglu, Y., Solak, B.N., Şimşek, M., Erdil, M.E., 2019. Erken ve Geç Evre Osteoartritli Hastalarda Ağrı Şiddeti ile Beden Algısı, Benlik Saygısı, Depresyon ve Fonksiyonel Düzey Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Pilot Çalışma. *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation*, 6(3), 188-194.
- Erenoğlu, R., Bayraktar, E., 2017. Hemşirelik Öğrencilerinin Cinsel Tutumları ve Etkileyen Faktörler. *Journal of Human Sciences*, 14(2), 1745-1756.
- Ergun, D., Zengin, N., 2021. Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Osteoporozla Bağlı Kalça Kırığı Olan Bireyin Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi*, 3(2), 75-84.
- Eubank, B., Lafave, M., Wiley, P., Sheps, D., Bois, A., Mohtadi, N., 2018. Evaluating Quality of Care for Patients With Rotator Cuff Disorders. *BMC Health Services Research*, 18(569), 1-13.
- F. Dokuz, H., 2019. Cerrahi Tedavi ve Hemşirelik Girişimlerinde Hasta Bilgilendirme ve Rızasının Alınma Durumu. (Y. Lisans Tezi), Necmettin Erbakan Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Hemşirelik ABD, Konya.
- Fan, M., Chen, Z., 2020. A Systematic Review of Non-Pharmacological Interventions Used for Pain Relief After Orthopedic Surgical Procedures. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 20(36), 1-7.
- Fındık, Ü.Y., Y. Topçu, S., 2012. Cerrahi Girişime Alınış Şeklinin Ameliyat Öncesi Anksiyete Düzeyine Etkisi. Hacettepe Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 19(2), 22-33.
- Fukuda, T., Imai, S., Nakadera, M., Wagatsuma, Y., Horiguchi, H., 2018. Postoperative Daily Living Activities of Geriatric Patients Administered General or Spinal Anesthesia for Hip Fracture Surgery: A Retrospective Cohort Study. *Journal of Orthopaedic Surgery*, 26(1), 1-9.
- G. Baykara, Z., 2014. Hemşirelik Bakım Kavramı. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 1(2), 92-99.
- G. Demir, S., 2010. Kalça Protezi Ameliyatı Olan Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri Bakım Modeline Göre Evde İzlemenin Etkinliği. (Doktora Tezi), Hacettepe Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı, Ankara.

- G. Demir, S., Kalkan, N., Taştan, S., 2018. Ortopedi ve Travmatoloji Hemşirelerinin Değişen ve Gelişen Rolü: Fraktür Liyezon Hemşireliği. Gazi Üniv. Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(2), 53-62.
- Gani, A., Bhat, S., Gupta, A., 2016. Pattern & Prevalence of Orthopaedic Outdoor Patients at a Tertiary Level Care Hospital in Jammu, India. JK Science, 18(3), 155-158.
- Gölbaşı, Z., Evcili, F., 2013. Hasta Cinselliğinin Değerlendirilmesi ve Hemşirelik: Engeller ve Öneriler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 16(3), 182-189.
- Graham, B., Green, A., James, M., Katz, J., Swiontkowski, M., 2015. Measuring Patient Satisfaction in Orthopaedic Surgery. The Journal of Bone & Joint Surgery, 97(1), 80-84.
- Gröndahl, W., Muurinen, H., Katajisto, J., Suhonen, R., Kilpi, H., 2019. Perceived Quality of Nursing Care and Patient Education: A Cross-Sectional Study of Hospitalised Surgical Patients in Finland. BMJ Open, 9(4), 1-9.
- Gruca, T., Nelson, G., Shultz, C., 2021. Trends in Rural Outreach by Orthopedic Surgeons. The Iowa Orthopaedic Journal, 41(1), 25-31.
- Grzelak, S., Berube, M., Gagnon, M., Cote, C., Turcotte, V., Pelet, S., Belzile, E., 2022. Pain Management Strategies After Orthopaedic Trauma: A Mixed-Methods Study with A View to Optimizing Practices. Journal of Pain Research, 15, 385-402, doi: 10.2147/JPR.S342627.
- Gül, M., Çetinkaya, E., Arıkan, Y., Sökücü, S., Yavuz, U., Kabukçuoğlu, Y.S., 2014. Menisküs Tamirinde Tamamen İçeriden Dikiş Tekniğinin Orta Dönem Klinik Sonuçlarının Değerlendirilmesi. Haseki Tıp Bülteni, Galenos Yayınları, No: 47-51, DOI: 10.4274/haseki.1909.
- Gül, Ş., Dinç, L., 2018. Hastaların ve Hemşirelerin Hemşirelik Bakımına Yönelik Algılarının İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 5(3), 192-208.
- Gümüş, K., Ünsal, A., 2014. Osteoartritli Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi. Türk Osteoporoz Dergisi, 20(3), 117-124.
- Günay, A., Türkmen, N., Kılıçkaya, H., Karahan, A., Aydoğan, C., 2021. Nursing Care of A Patient Followed in the Intensive Care Unit in the Acute Period After Electrical Burn According to Gordon's Functional Health Patterns Model: A Case Study. Burn Care and Prevention, 1(4), 192-198.
- Günaydın, B., Turgut, A., Öztürk, H., Önvural, B., Eren, S.A., Kalenderer, Ö., Korkmaz, M., Bacaksız, T., 2014. Menisküs Yırtıklarının Artroskopik Onarımında Orta Dönem Sonuçlarımız. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(2), 63-68.
- Gürlek, Ö., Yavuz, M., 2013. Cerrahi Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Ameliyat Öncesi Hasta Eğitimi Uygulama Durumları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 16(1), 8-15.
- Gürler, H., 2021. Femur Kırığı Nedeniyle Cerrahi Girişim Uygulanan Hastaların Bakım Gereksinimleri. JERN, 18(4), 415-422.
- H. Yönt, G., A. Korhan, E., Khorshid, L., Eşer, İ., Dijkstra, A., 2010. Bakım Bağımlılığı Ölçeğinin (Care Dependency Scale) Yaşlı Bireylerde Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi, Turkish Journal of Geriatrics Özel Sayı, (13), 71.
- Hali, A., 2021. Alt Ekstremitenin Travmatik Olmayan Ampütasyonlarında Ortopedik Cerrahi Uygulamaları ile Radyolojik Tetkikler ve Kardiyovasküler Cerrahi

- Konsültasyonlarının Korelasyonu. (Uzmanlık Tezi), Sakarya Üniversitesi. Ortopedi ve Travmatoloji ABD, Sakarya.
- Horodyski, L., Horodyski, M., Sadasivan, K., Hagen, J., Vasilopoulos, T., Patrick, M.,... Vincent, H., 2018. An Integrated-Delivery-of-Care Approach to Improve Patient Reported Physical Function and Mental Wellbeing After Orthopedic Trauma: Study Protocol for A Randomized Controlled Trial. *Trials*, 19(32), 1-12.
- Hu, Z.C., He, L.J., Chen, D., Li, X.B., Feng, Z.H., Fu, C.W., ... Wu, A.M., 2019. An Enhanced Recovery After Surgery Program in Orthopedic Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 14(77), 1-9.
- Idvall, E., Berg, A., 2008. Patient Assessment of Postoperative Pain Management-Orthopaedic Patients Compared Other Surgical Patients. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 12(1), 35-40.
- Imeni, M., Sabouhi, F., Abazari, P., Iraj, B., 2018. The Effect of Spiritual Care on the Body Image of Patients Undergoing Amputation due to Type 2 Diabetes: A Randomized Clinical Trial. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 23(4), 322-326.
- Jafra, A., Mitra, S., 2018. Pain Relief After Ambulatory Surgery: Progress Over The Last Decade. *Saudi Journal of Anesthesia*, 12(4), 618-625.
- Jiang, H., Jian, X., Shanguan, Y., Qing, J., Chen, L., 2019. Effects of Enhanced Recovery After Surgery in Total Knee Arthroplasty for Patients Older Than 65 Years. *Orthopaedic Surgery*, 11(2), 229-235.
- Jiang, M., Liu, S., Deng, H., Liang, X., Bo, Z., 2021. The Efficacy and Safety of Fast Track Surgery (FTS) in Patients After Hip Fracture Surgery: A Meta-Analysis. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 16(162), 1-24.
- K. Bayındır, S., Biçer, S., 2019. Holistik Hemşirelik Bakımı. *İzmir Katip Çelebi Üniv, Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), 25-29.
- Kaçmaz, İ., Uzakgider, M., Basa, C., Zhamilov, V., Atilla, Ö., Karaman, G., 2020. Acil Tıp Kliniğine Başvuran ve Ortopedi ve Travmatoloji Konsültasyonu Yapılan Erişkin Adli Olguların Geriye Dönük Analizi. *DEU Tıp Derg*, 34(1), 43-52.
- Kahya, B., Çetin, Ç., Cebeci, F., 2016. Acil Servis Hemşirelerine Yönelik Şiddet: Sistematik Derleme. *Fırat Tıp Derg*, 21(4), 170-176.
- Kapıkıran, G., Bülbüloğlu, S., E. Aslan, F., 2018. Ameliyathanede Hasta Güvenliği, Hasta Güvenliği Kültürü, Medikal Hatalar ve İstenmeyen Olaylar. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 5(2), 132-140.
- Kara, D., Demirci, S., Yıldız, T.İ., Huri, G., Düzgün, İ., 2018. Artroskopik Anterior Omuz İnstabilite Cerrahisi Sonrası Kontralateral Tarafta Kas Atrofisinde Rehabilitasyon: Vaka Raporu. *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation*, 5(3), 181-186.
- Karaca, A., Durna Z., 2018. Hemşirelik Bakım Kalitesi ve İlişkili Faktörler. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 28(2), 16-23.
- Karadede, Ö., Karadede, H., Kavala, A., 2021. Covid-19 Hastalığında Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örgütleri Modeli Doğrultusunda Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. *JERN*, 18(1), 3-9.

- Karahan, E., Çelik, S., Zaman, F., 2020. Ertelenen Cerrahi Girişimlerin Nedeni ve Hasta Anksiyete Düzeyine Etkisi. Manisa Celal Bayar Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 7(2), 123-129.
- Karakaşlı, A., 2021. Primer Total Kalça Protezi Uygulanmış Hastaların Peri-operatif Komplikasyonları ve Post-operatif Dizilim Sorunları (112 Hastanın Sonuçları). Türkiye Kalça Cerrahisi Dergisi, 1(1), 27-31.
- Karakoç, Y., Atalay, İ.B., 2019. The Role of Magnetic Resonance İmaging and Clinical Assessments in Predicting Meniscal Tear Surgery. Eklem Hastalık Dergisi, 30(2), 85-90
- Kaya, E., Özbek, S., Tekin, A., Ergin, S., Yaman, A., 2010. KOAH'lı Yaşlı Hastalarda Günlük Yaşam aktivitelerinin Değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatrics, 13(2), 111-116.
- Kaya, Ç., Bilik, Ö., 2020. Total Diz Protezi Ameliyatı Planlana Bireylere Neden Danışmanlık Verilmeli?. Hemşirelik Bilim Dergisi, 3(1), 25-30.
- Kaya, D., Doral, M.N., 2013. Omuz Artroskopik Cerrahi Sonrası Kanıta Dayalı Fizyoterapi ve Rehabilitasyon. TOTBİD Dergisi, 12(4), 385-389.
- Kaya, G., Yılmaz, M., 2021. Total Diz Protezi Olan Yaşlı Bireylerde Uyku ve Depresyonun Belirlenmesi. Mersin Üniv. Sağlık Bilimleri Dergisi, 14(1), 1-13.
- Kaya, T., 2017. Kemik ve Yumuşak Doku Tümörlerinin Değerlendirilmesinde Temel Radyolojik İlkeler. Türk Radyoloji Seminerleri, 5(1), 55-69.
- Kaye, A., Urman, R., Cornett, E., Hart, Brendon, Chami, A., Gayle, J., Fox, C., 2019. Enhanced Recovery Pathways in Orthopedic Surgery. Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology, 35(1), 35-39.
- Kersu, Ö., M. Boğa, S., Kçşgeroğlu, N., A. Sayılan, A., İlter, G., Baydemir, C., 2020. Cerrahi Servislerinde Yatan Hastaların Hemşirelik Bakım Kalitesi Algılamaları ile Memnuniyet Durumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Koç Üniv, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 17(1), 32-39.
- Kılıç, H. F., Cevheroğlu, S., Görgülü, S., 2017. Dahiliye ve Cerrahi Kliniklerinde Yatan Hastaların Bakım Bağımlılık Düzeylerinin Belirlenmesi. DEUHFED, 10(1), 22-28.
- Kizilkurt, O., Kizilkurt, T., Y. Gulec, M., E. Giynas, F., Polat, G., Kilicoglu, O.I., Gulec, H., 2020. Quality of Life After Lower Extremity Amputation Due to Diabetic Foot Ulcer: The Role of Prosthesis-Related Factors, Body Image, Self-Esteem, And Coping Styles. Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, 35(2), 109-119.
- Kobayashi, K., Ando, K., Inagaki, Y., Suzuki, Y., Nagao, Y., Ishiguro, N., Imagama, S., 2018. Characteristics of Falls in Orthopedic Patients During Hospitalization. Nagoya J. Med. Sci., 80(3), 341-349.
- Koç, S., Büker, N., Şavkın, R., Kiter, E., 2012. Ortopedi ve Travmatoloji Hastalarının Bağımsızlık ve Depresyon Düzeylerinin Hemşirelik Bakımında Memnuniyet Düzeyi Üzerine Etkisi. J Kartal TR, 23(3), 130-136.
- Koivisto, J.M., Saarinen, I, Kaipia, A., Puukka, P., Kivinen, K., Laine, K.M., Haavisto, E., 2020. Patient Education in Relation to Informational Needs and Postoperative Complications in Surgical Patients. International Journal for Quality in Health Care, 32(1), 35-40.
- Kol, E., Geçkil, E., Arıkan, C., İlter, M., Özcan, Ö., Şakırgün, E., ... Atay, S., 2017. Türkiye'de Hemşirelik Bakım Algısının İncelenmesi. ACU Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(3), 163-172.

- Korkmaz, S., 2011. Kalça Kırığı Nedeniyle Protez Uygulanan Yaşlı Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterliliğinin Değerlendirilmesi. (Y. Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD, İstanbul.
- Kourkouta, L., Papathanasiou, L.V., 2014. Communication in Nursing Practice. *Mater Sociomed*, 26(1), 65-67.
- Köşgeroğlu, N., M. Boğa, S., 2011. Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli (YADHM)'ne Göre Zihinsel Engelli Bireylerin Sorunları ve Hemşirelik. *Maltepe Üniv. Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1), 148-154.
- Kumar, A., Dalai, C., Banerjee, S., 2018. Distribution of İlness of Orthopaedic Outpatient Department in A Tertiary Care Teaching in Hospital in West Bengal: A Cross Sectional Study. *İnternationalJournal of Research in Medical Sciences*, 6(1), 206-209.
- Ledet, E., Liddle, B., Kradinova, K., Harper, S., 2018. Smart Implants in Orthopedic Surgery, Improving Patient Outcomes: A Review. *Innov Entrep Health*, 5, 41-51.
- Lee, S., Oh, J., Park, J., Choi, S., Wee, J., 2018. Differences in Youngest-Old, Middle-Old, and Oldest-Old Patients Who Visit the Emergency Department. *Clinical and Experimental Emergency Medicine*, 5(4), 249-255.
- Lentz, T., George, S., Hill, O., Malay, M., O'Donnel, J., Jayakumar, P., Jiranek, W., Mather, R., 2020. What General and Pain-associated Psychological Distress Phenotypes Exits Among Patients with Hip and Knee Osteoarthritis. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 478(12), 2768-2783.
- Leonardsson, O., Karrholm, J., Akesson, K., Garellick, G., Rogmark, C., 2012. Higher Risk of Reoperation for Bipolar and Uncemented Hemiarthroplasty. *Acta Orthopaedica*, 82(5), 459-466.
- Lin, P., Fujita, K., Chang, S., Liu, Y., 2016. Patient Life Experience and Activity of Daily Living Before and After Total Knee Arthroplasty. *Open Journal of Nursing*, 6(9), 658-671.
- Ling, K., Kashanchi, K., Vanhelmond, T., Nazemi, A., Kim, M., Komatsu, D., 2022. Readmission, Reoperation and Nonhome Discharge Rates İn Patients Receiving Surgical Treatment for Proximal Humerus Fractures. *JSES International*, 6(3), 1-8.
- Lohrmann, C., Dijkstra, A., Dassen, T., 2003. CareDependency: Testing the German Version of the Care Dependency Scale in Nursing Homes and on Geriatric Wards. *Scand J Caring*, 17(1), 51-56.
- Malkoç, M., Genç, Y., Korkmaz, Ö., Oltulu, İ., Bülbül, A.M., 2015. Travmatik Kalça Kırığı Cerrahisi Sonrası Eklem Çıkığı ve Diğer Kalçada Kırık. *MÜSBED*, 5(2), 145-148.
- Mehmet, Y., Başbuğ, A., E. Kaya, A., Çağlar, M., Özkara, A., Sungur, M.A., 2017. Osteoporoz Sıklığı ve Tarama Programı Başlangıç Yaşının Belirlenmesi: Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Örneklemini. *Konuralp Tıp Dergisi*, 9(1), 30-34.
- Mehta, S., Hume, E., Troxel, A., Reitz, C., Norton, L., Lacko, H.,...Asch, D., 2020. Effect of Remote Monitoring on Discharge to Home, Return to Activity, and Rehospitalization After Hip and Knee Arthroplasty. *JAMA Network Open*, 3(12), 1-12.

- Muszalik, M., Kornatowski, T., Wieczkowska, H., Kornatowska, K., Dijkstra, A., 2014. Functional Assessment of Geriatric Patients in Regard to Health-Related Quality of Life (HRQoL). *Clinical Interventions in Aging*, 10, 61-67.
- Neonakis, E.M., Perna, F., Traina, F., Faldini, O., Antoniou, G.,...Faldini, C., 2020. Total Hip Arthroplasty and Sexual Activity: A Systematic Review. *Musculoskeletal Surgery*, 104(1), 17-24.
- Nizam, B., 2021. Ortopedi ve Travmatoloji Servisinde Yatan Hastalarda Beslenme Durumunun Saptanarak, Makromineral Alımının Beslenmeye Bağlı Komplikasyonlara ve Hastanede Yatış Süresine Etkisinin İncelenmesi. (Y. Lisans Tezi), Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik ABD, Tekirdağ.
- OECD. Hip and Knee Replacement. In *Health Care Activities Health at a Glance 2015*: OECD Publishing, Paris, 2015: 112-113.
- Olmaz, D., Karakurt, P., 2019. Hemşirelerin Bakım Verirken Hemşirelik Sürecini Bilme ve Uygulama Durumları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 12(1), 3-14.
- Orgun, F., Şen, G., 2012. Bir Devlet Hastanesinin Cerrahi Birimlerinde Yatan Hastaların Öğrenim Gereksinimlerinin Saptanması. *SSTB Dergisi*, 2(4), 52-64.
- Ozveren, H., Faydalı, S., Sasmaz, S., F. Dokuz, H., Gulnar, E., 2021. Care Dependency and Quality of Life In Older Adult Patients. *International Journal of Caring Sciences*, 14(1), 319-325.
- Öktem, G., 2017. Ortopedi ve Travmatoloji Alanında Yeni Teknolojilerle Ameliyatsız Tedaviler Mümkün. *Expomed Basın Bülteni*, 1.
- Özdemir, K., Arman, D., 2011. Ortopedik Enfeksiyonlarda Akılcı Antibiyotik Tedavisi. *TOTBİD Dergisi*, 10(4), 269-275.
- Özgür, Ş., 2017. Total Diz Protezi Uygulanan Hastalarda Postoperatif Ağrı Düzeyi ve Ağrı Yönetiminin Belirlenmesi. (Y. Lisans Tezi), İstanbul Medipol Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Hemşirelik ABD, İstanbul.
- Özkan, S., Adanaş, C., 2018. Femur Boyun Kırıklarında Güncel Yaklaşımlar. *Van Tıp Dergisi*, 25(1), 76-81.
- Öznur, T., 2013. Çatışmayla İlişkili Travmatik Amputasyonların Fiziksel Rehabilitasyon Sürecinde Eşlik Eden Psikiyatrik Sorunlar. *Gülhane Tıp Dergisi*, 55(4), 332-341.
- Özsoy, İ., Okyayuz, Ü.H., 2016. Amputasyon Geçirmiş Kişilerin Baş Etme Becerileri: Olgu Sunumu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 19(1), 45-51.
- Özşaker, E., Durak, H., Canbazogulları, Ü., 2019. Gününbirlik Cerrahide Hastaların Ameliyat Sonrasına İlişkin Endişelerinin İncelenmesi. *Journal of Contemporary Medicine*, 9(1), 100-105.
- Öztaş, İ., 2018, Acil Servis Hemşirelerinin Şiddete Maruz Kalma Durumları ve Baş Etme Yöntemlerinin Belirlenmesi. (Y. Lisans Tezi), Hasan Kalyoncu Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Hemşirelik ABD, Gaziantep.
- Öztürk, N., 2012. Primer ve Revizyon Diz Protezli Hastalarla Gonartrozlu Hastalar İçin Önemli Olan Aktivitelerin Belirlenmesi. (Y. Lisans Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Özyürek, H., 2016. Acil ve Elektif Cerrahide Hastaların Anksiyete Düzeylerinin ve Hemşirelik Bakım Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi. (Y. Lisans Tezi), İstanbul Medipol Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Hemşirelik ABD, İstanbul.

- Pamuksuz, H., 2017. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde Yatan Hastaların Bağımsızlık Düzeylerinin Taburculuk Öncesi Öğrenim Gereksinimlerine Etkisi. (Y. Lisans Tezi), İstanbul Medipol Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Hemşirelik ABD, İstanbul.
- Pantera, E., PourtierPiotte, C., Bensoussan, L., Coudeyre, E., 2014. Patient Education After Amputation: Systematic Review and Experts' Opinions. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 57(3), 143-158.
- Pekince, H., Aslan, H., 2021. The Care Dependency Levels of the Inpatients in the Palliative Care Center and Influencing Factors. *Abant Medical Journal*, 10(2), 185-196.
- Rahmani, M., Bahraminejad, N., Rezaei, M., 2019. The Effect of Family-Oriented Educational Intervention on Postoperative Pain After Orthopedic Surgery. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 25(1), 47-52.
- Ramlall, Y., Cameron, H.U., Sawhney, M., 2020. Pain in Patients Undergoing Total Knee Arthroplasty. *Archives of Orthopaedics*, 1(3), 74-75.
- Rapp, K., Becker, C., Todd, C., Rothenbacher, D., Schulz, C., König, H.H., ... Büchele, G., 2020. The Association Between Orthogeriatric Co-Management and Mortality Following Hip Fracture. *Deutsches Arzteblatt International*, 117(4), 53-59.
- Rocha, P., Baixinho C., Marques A., Henriques, A., 2022. Safety-Promoting Interventions for the Older Person with Hip Fracture on Returning Home: A Protocol for a Systematic Review. *Journal of Personalized Medicine*, 12(5), 1-8.
- Rougereau, G., Rabot, C., Thomasson, E., Tourabaly, I., Mazel, C., Langlais, T., 2022. Sexual Activity Resumption After Total Hip Arthroplasty: A Satisfaction Survey in 101 Patients. *Orthopaedics & Traumatology Surgery & Research*, 108(1), 1-5.
- S. Budak, E., Aydın, F., 2022. Kemik ve Yumuşak Doku Enfeksiyonlarında Nükleer Tıp: SPECT ve PET ile Güncel Durum. *Nükleer Tıp Seminerleri*, 8(1), 43-58.
- S. Erdemir, D., 2015. Ortopedik Cerrahi Girişim Sırasındaki Pozisyon Desteğinin Ameliyat Sonrası Ağrı Üzerine Etkisi. (Y. Lisans Tezi), Haliç Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Hemşirelik ABD, İstanbul.
- Sasongko, H., Sukartini, T., Wahyuni, E.D., Putra, M., 2019. The Effects of Combination of Range Motion and Deep Breathing Exercise on Pain in Post-Orthopedic Surgery Patients. *Indonesian Journal of Medicine*, 4(1), 46-53.
- Savcı, A., Bilik, Ö., 2014. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde Geriatrik Değerlendirme. *DEUHYO Elektronik Dergisi*, 7(2), 156-163.
- Serbest, K., Eldoğan, O., 2014. İskelet Kaslarının Yapısı ve Biyomekaniği. *APJES*, 2(3), 41-51.
- Sevin, K., 2018. Ortopedik Cerrahi Geçiren Hastalarda Perioperatif Hemşirelik Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi. (Y. Lisans Tezi), Hasan Kalyoncu Üniversitesi. Sağlık Bilim Enstitüsü/ Hemşirelik ABD, Gaziantep.
- Seyid, M.A., Azim, S. R., Baig, M., 2019. Frequency of Orthopedic Problems Among Patients Attending an Orthopedic Outpatient Department: A Retrospective Analysis of 23 495 Cases. *Annals of Saudi Medicine*, 39(3), 172-177.
- Silva, M.B., Almeida, M.A., Panato, B.P., Siqueria, A.P., Silva, M.P., Reisderfer, L., 2015. Clinical Applicability of Nursing Outcomes in the Evolution of

- Orthopedic Patients with Impaired Physical Mobility. Rev. Latino-Am, Enfermagem, 23(1), 51-58.
- Sindel, D., Dıraçoğlu, D., 2009. Kalça Kırıklı Hastalarda Cerrahi Sonrası Rehabilitasyon. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, 55(1), 8-14.
- Smith, T., Nguyen, E., Oberai, T., Jarsma, R., 2019. Early Mobilization Post- Hip Fracture Surgery. Geriatric Orthopaedic Surgery & Rehabilitation, 10,1-6
- Soyer, Ö., Y. Giersbergen, M., 2017. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Etkinliği: Sistematik İnceleme. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 20(4), 286-298.
- Sönmez, M.M., Berk, A., Uğurlar, M., Ertürer, R.E., Akman, Ş., Öztürk, İ., 2016. Total Diz Protezi Uygulanan Hastaların Orta Dönem Klinik ve Radyolojik Sonuçlarının Değerlendirilmesi.
- Süerdem, B., 2019. Ameliyat Öncesi Bakım Bağımlılığı Düzeyi ile Ameliyat Sonrası Derlenme Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. (Y.Lisans Tezi), Yakın Doğu Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Hemşirelik Programı, Lefkoşa.
- Ş. Yaban, Z., 2012. Spinal Anestezi ile Ortopedik Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Postoperatif Üriner Retansiyonun Önlenmesi ve Yönetiminde Hemşirelik Girişimlerinin Etkisi. (Doktora Tezi), Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği ABD, Kocaeli.
- Şahin, D., 2019. Kalça Protezi Ameliyatı Olan Hastaların Bilgilenme Gereksinimlerinin Belirlenmesi. (Y.Lisans Tezi), Trakya Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Hemşirelik ABD, Edirne.
- Şahin, Ö., Serdengeçti, M., Uğur, Ö., 2020. Kas İskelet Sistemi Enfeksiyonlarında Nükleer Tıp ve Görüntüleme. TOTBİD Dergisi, 19(5), 712-731.
- Şahlan, Ş., Emre, T.Y., Atalay, İ.B., Ekşioğlu, M.F., Güngör, B.Ş., 2020. Kas-İskelet Sistemi Enfeksiyonlarında Klinik Bulgular ve Radyoloji. TOTBİD Dergisi, 19(5), 701-711.
- T. Damar, H., Bilik, Ö., 2018. Artroplasti Ameliyatı Olan Yaşlı Hastaların Ağrı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. Geriatrik Bilimler Dergisi, 1(3), 104-112.
- T. Damar, H., Savcı, A., Bilik, Ö., 2021. Ortopedi Hastalarının Malnütrisyon Durumları ve Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. MCBU Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 8(3), 487-494.
- Tamer, L., 2018. Cerrahi Hastalarında Ameliyat Sonrası Ağrı Deneyimleri ve Ağrı Kontrolünde Hastaya Verilen Bakımın Kalitesinin İncelenmesi. (Y. Lisans Tezi), Doğu Akdeniz Üniversitesi. Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü, Gazimağusa, Kıbrıs.
- Tan, L., 2019. Analysis of the Influence of Operating Room Nursing Care Management on the Incidence Rate of Nosocomial Infection in Orthopedic Surgery Patients. Journal of Clinical and Nursing Research, 3(2), 7-10
- Taşdemir, A., Erakgün, A., Deniz, M.N., Çertuğ, A., 2013. Preoperatif Bilgilendirme Yapılan Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeylerinin State-Trait Anxiety Inventory Test ile Karşılaştırılması. Turk J Anaesth Reanim, 41(2), 44-49.
- Tekin, F., 2011. Ortopedik Cerrahi Hastalarının Bireyselleştirilmiş Bakımı Algılama ve Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi. (Y. Lisans Tezi), Trakya Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Hemşirelik ABD, Edirne.

- Tıraş, S., 2018. Yaşlı Gonartrozlu Hastalarda Total Diz Protezinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. (Y. Lisans Tezi), İstanbul Medipol Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Hemşirelik ABD, İstanbul.
- Tokyay, A., 2021. Distal Femur Kırıkları. Duvar Kitabevi, 201-210, Ankara.
- Tombak, E., 2019. Alt Ekstremitte Ameliyatı Olan Ortopedi Hastalarında Hipoterminin Cerrahi Alan Enfeksiyonuna Etkisi. (Y. Lisans Tezi), Sakarya Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Hemşirelik ABD, Sakarya.
- Turan, N, Sendir, M., 2019. Defining Care Needs for Inpatients in the Orthopaedics and Traumatology Clinic. International Journal of Caring Sciences, 12(2), 1001-1007.
- Turhan, Y., Avcı, R., Özcengiz, D., 2012. Elektif Cerrahi Hazırlığında Preoperatif ve Postoperatif Anksiyetenin Hasta Memnuniyeti ile İlişkisi. Anestezi Dergisi, 20(1), 27-33.
- Türkmen, A., Yılmaz Dünder, G., Akyolcu, N., 2020. Acil Servislerde Görülen Ortopedik Travmalar ve Hemşirelik Bakımı. Jaren, 6(2), 375-80.
- U. Tuncay, S., Yeldan, İ., 2013. Kas İskelet Sistemi Rahatsızlıklarıyla Fiziksel İnaktivite İlişkili midir?. Ağrı Dergisi, 25(4), 147-155.
- Ünal, N., Gürhan, N., 2021. Ortopedi Ameliyatlarının Hastaların Benlik Saygısı, Beden Algısı ve Durumluk Kaygıları Üzerine Etkisi. Acıbadem Üniv. Sağlık Bilim. Dergisi, 12(2), 392-400.
- Ünlü, M., 2012. Gonartrozlu Hastalara Uygulanan Total Diz Protezlerinde Sabit İnsert ve Hareketli İnsert Kullanımının Erken ve Geç Dönem Sonuçlarının Değerlendirilmesi. (Uzmanlık Tezi), Atatürk Üniversitesi. Tıp Fakültesi/ Ortopedi ve Travmatoloji ABD, Erzurum.
- Vaes, A., Machado, F., Meys, R., Delbressine, J., Goertz, Y., Herck, M.,... Spruit, Ö., 2020. Care Dependency in Non-Hospitalized Patients with Covid-19. Journal of Clinical Medicine, 9(9), 1-11.
- Vasta, S., Papalia, R., Torre, G., Vorini, F., Papalia, G., Zampogna, B., The Influence of Preoperative Physical Activity on Postoperative Outcomes of Knee and Hip Arthroplasty Surgery in the Elderly: A Systematic Review. Journal of Clinical Medicine, 9(4), 2-14.
- Wang, J., Chen, K., Li, X., Jin, X., An, P., Fang, Y., Mu, Y., 2019. Postoperative Adverse Events in Patients With Diabetes Undergoing Orthopedic and General Surgery. Medicine, 98(14), 1-7.
- Waniga, H., Gerke, T., Shoemaker, A., Bourgoine, D., Eamranond, P., 2016. The Impact of Revised Discharge Instructions on Patient Satisfaction. Journal of Patient Experience, 3(3), 64-68.
- Willhuber, G., Stagnaro, J., Petracchi, M., Donndorff, A., Monzon, D., Bonorino, J., ... Bongiovanni, S., 2018. Short-Term Complication Rate Following Orthopedic Surgery in a Tertiary Care Center in Argentina. SICOT-J, 4(26), 1-6.
- Wright, M., Adelani, M., Dy, C., O'Keefe, R., Calfee, R., 2019. What is the Impact of Social Deprivation on Physical and Mental Health in Orthopaedic Patients. Clinical Orthopaedics and Related Research, 477(8), 1825-1835.
- Xu, X., Han, J., Li, Y., Sun, X., Lin, P., Chen, Y.,... Sun, W., 2020. Effects of Orem's Self-Care Model on the Life Quality of Elderly Patients with Hip Fractures. Pain Research and Management, 5(20), 1-6.

- Y. Şenyüz, K., Kocaşlı, S., Topçu, E.T., 2017. Florence Nightingale'in Işığında Cerrahi Hemşiresinin Evde Bakım Rolü. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 14(4), 283-286.
- Yalçın, S., Arpa, Y., Cengiz, A., Doğan, S., 2015. Hemşirelerin Hastaların Taburculuk Eğitim Gereksinimlerine Yönelik Görüşleri ile Hastaların Eğitim Gereksinimlerine Yönelik Görüşlerinin Karşılaştırılması. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 12(3), 204-209.
- Yamada, K., Nakajima, K., Nakamoto, H., Kohata, K., Shinozaki, T., Oka, H., 2020. Association Between Normothermia at the End of Surgery and Postoperative Complications Following Orthopedic Surgery. Clinical Infectious Diseases, 70(839), 474-482.
- Yazıcı, S., Kalaycı, I., 2015. Yaşlı Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniv. Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi, 3(3), 385-390.
- Yerli, M., Gürbüz, H., 2021. Yaşlı Kalça Kırıklarında Sınıflama ve Tedavi Seçiminde Rolü. TOTBİD Dergisi, 20(2), 173-176.
- Yıldırım, A., Şendir, M., 2019. Total Diz Protezi Ameliyatı Olan Hastalarda Postoperatif Ağrının Tanılanması ve Ağrı Yönetimi. Sağlık Bilimleri Üniv. Hemşirelik Dergisi, 1(3), 157-164.
- Yıldız, N., 2019. Total Diz Protezi Ameliyatı Geçiren Hastaların Hareket Korkusu, Ağrı ve Bağımsızlık Düzeylerinin Belirlenmesi. (Y.Lisans Tezi), Gazi Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Hemşirelik ABD, Ankara.
- Yıldız, Ö., 2011. Gonartrozlu Hastalarda Total Diz Protezinin Yaşam Kalitesine Etkisi. (Y. Lisans Tezi), Afyon Kocatepe Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD, Afyonkarahisar.
- Yıldız, Ö., Alp, E., Duygulu, F., Aygen, B., Sümerkan, B., Doğanay, M., 2006. Erciyes Üniversitesi Hastanesinde Ortopedik Cerrahi Girişimlerden Sonra Gelişen Cerrahi Alan Enfeksiyonlarının Prevalansı. Erciyes Tıp Dergisi, 28(2), 57-64.
- Yılmaz, E., Çeçen, D., Kızıl Toğaç, H., Mutlu, S., Kara, H., Aslan, A., 2018. Ameliyat Sürecindeki Hastaların Konfor Düzeyleri ve Hemşirelik Bakımları. Manisa Celal Bayar Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 5(1), 3-9.
- Yılmaz, E., K. Toğaç, H., 2019. Gonartrozlu Hastalarda Fonksiyonel Yetersizliğin Yaşam Kalitesine Etkisi. Çukurova Medical Journal, 44(1), 308-316.
- Yılmaz, F. & Yardımcı, H. (2015). Beden Kütle İndeksinin İnfertilite Üzerine Etkisi. Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal, 1(1), 1-6.
- Yokoyama, K., Ukai, T., Watanabe, M., 2021. Effect of Nutritional Status Before Femoral Neck Fracture Surgery on Postoperative Outcomes: A Retrospective Study. BMC Musculoskeletal Disorders, 22(1027), 2-7.
- Zümrüt, M., 2014. Acil Servise Başvuran Çocuklarda Kırıkların Epidemiyolojik Değerlendirmesi. Kocatepe Tıp Dergisi, 15(2), 142-146.

EKLER

EK.1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU (I. BÖLÜM)

Bu çalışmada ortopedik ameliyat sonrası hastaların 3. günde ve 1. ayda evde yaşadıkları sorunları ve bakımlarındaki bağımlılık düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Anket ve ölçek formları için verdiğiniz cevaplar sadece bu araştırma için kullanılacaktır. Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli kurum izni ve etik kurul onayı alınmıştır.

Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

O Evet

Hastaneye Yatıştaki Tıbbi Tanısı:

1. **Yaşınız:**
2. **Cinsiyetiniz:**
☐ Kadın ☐ Erkek
3. **Medeni durumunuz:**
☐ Evli ☐ Bekar
4. **Eğitim durumunuz:**
☐ Okur yazar değil ☐ İlköğretim ☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Lisansüstü
5. **Mesleğiniz?**
☐ İşçi ☐ Memur ☐ Emekli ☐ Ev Hanımı ☐ Diğer.....
6. **Taburculuk sonrası evde günlük işlerinize, hareket ve bakımlarınızda yardımcı olacak biri var mı?**
☐ Evet ☐ Hayır
7. **Kronik bir hastalığınız var mı?**

☐ Hayır

☐ Evet ise

☐ Şeker Hastalığı

☐ Yüksek Tansiyon

☐ KOAH

☐ Kronik

☐ Böbrek

☐ Yetmezliği

☐ Ruhsal hastalık ☐ Diğer.....

8. Boy ve kilonuz nedir?

Boy.....Kilo.....BKİ=.....(Araştırmacı tarafından hesaplanacaktır).

9. Daha önce hastanede yattınız mı?

☐ Evet

☐ Hayır

10. Daha önce ameliyat oldunuz mu?

☐ Evet nedir? ☐ Hayır

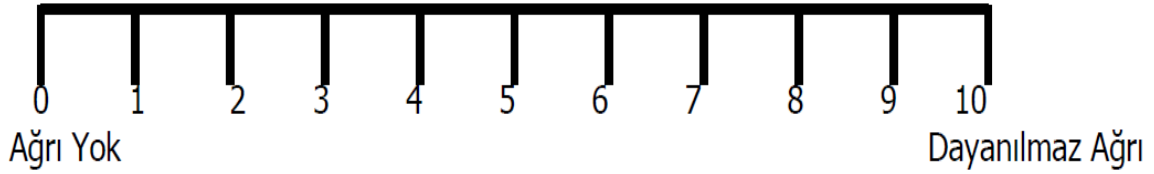
11. Şimdi ne ameliyatı oldunuz?

12. Şimdiki ameliyatınıza neden olan hastalığınız nedir?.....

13. Ameliyat öncesi ağrı şikayetiniz var mıydı?

☐ Evet

☐ Hayır



Ek 2. AMELİYAT SONRASI 3. GÜN ve TABURCULUK SONRASI 1. AY HASTA İZLEM FORMU (II. Bölüm)

Aşağıdaki sorular sizin ameliyatınızla ilgili kendi sağlığınızdaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi, hangi sorunları yaşadığınızı ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacıyla.

SORUN TÜRÜ	AMELİYAT SONRASI HASTA İZLEM FORMU			TABURCULUK SONRASI TELEFONLA HASTA İZLEM FORMU		
	Klinikte 3. günde serviste yaşanan sorunlar			Evde 1. Ayda yaşanan sorunlar		
Bilgilendirilme Durumu	Ameliyat sonrası klinikte bakımınıza ilişkin bilgilendirildiniz mi? () Hayır () Kısmen () Evet ise kim tarafından () Hekim () Hemşire () Diğer...			Taburcu olurken ameliyat sonrası evde bakımınıza ilişkin bilgilendirildiniz mi? () Hayır () Kısmen () Evet ise kim tarafından () Hekim () Hemşire () Diğer.....		
Hastalığı ve ameliyata ilişkin eğitim alma durumu	Evet	Hayır	Kısmen	Evet	Hayır	Kısmen
Beslenmeniz hakkında eğitim aldınız mı?						
Egzersiziniz hakkında eğitim aldınız mı?						
Düzenli ilaç kullanımı hakkında eğitim aldınız mı?						

Varsa yardımcı araç gereç kullanımı hakkında eğitim aldınız mı? () Var () Yok							
Doktor kontrolleriniz hakkında eğitim aldınız mı?							
Hastalığınız hakkında eğitim aldınız mı?							
Ameliyat bölgenizin korunması hakkında eğitim aldınız mı?							
İlave bilgi gereksiniminiz var mı? () Var () Yok "Var" ise nedir?.....							
Size göre yapılan bilgilendirme sizin için yeterli oldu mu?							
İyileşme durumunuza ilişkin inandığınız/düşündüğünüz dereceniz nedir?							
Ameliyat bölgesi – Ağrı düzeyiniz nedir?							
Doktor tarafından reçete edilen ağrı kesicileri kullanıyor musunuz?		() Evet () Hayır () Ara sıra				() Evet () Hayır () Ara sıra	
Ağrıyı gidermede doktorun önerisi dışında ilaç alıyor musunuz?		() Evet () Hayır () Ara sıra				() Evet () Hayır () Ara sıra	
Aldığınız ilaçların ağrınızı dindirmede ne kadar etkili olduğunu düşünüyorsunuz?		() Etkisiz () Yetersiz () Orta () Yeterli				() Etkisiz () Yetersiz () Orta () Yeterli	
Ameliyat yerinde herhangi bir şikayetiniz var mı?		() Kızarıklık () Şişlik () Hassasiyet () Isı artışı () Akıntı () Diğer				() Kızarıklık () Şişlik () Hassasiyet () Isı artışı () Akıntı () Diğer	
Ateşiniz hiç 37.3 üzerine çıktı mı?		() Evet () Hayır () Ara sıra				() Evet () Hayır () Ara sıra () Ölçmedim	
SAĞLIĞI ALGILAMA	Şuanki sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?	Mükemmel ☐ Çok iyi ☐ İyi ☐ Orta (fena değil) ☐ Kötü ☐				Mükemmel ☐ Çok iyi ☐ İyi ☐ Orta (fena değil) ☐ Kötü ☐	
	Ameliyat öncesi ile karşılaştırdığınızda genel sağlık durumunuzu	Ameliyat öncesinden çok daha iyi ☐ Ameliyat öncesinden biraz iyi ☐ Hemen hemen aynı ☐ Ameliyat biraz daha kötü ☐				Ameliyat öncesinden çok daha iyi ☐ Ameliyat öncesinden biraz iyi ☐ Hemen hemen aynı ☐ Ameliyat biraz daha kötü ☐ Ameliyat öncesinden çok daha kötü ☐	

	nasıl değerlendirir sınız?	Ameliyat öncesinden çok daha kötü ☐	
	Sağlığınızı korumak ve geliştirmek için ne tür uygulamalar yaparsınız? Örnekler verir misiniz?		
BESLENME	Kusma şikayetiniz var mı?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
	İştahsızlık şikayetiniz var mı?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
	Diğer varsa belirtiniz.		
BOŞALTIM	İshal şikayetiniz var mı?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
	Kabızlık şikayetiniz var mı?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
	Her zamanki idrara çıkma düzeninde değişme odumu?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
	İdrar kaçırma şikayetiniz var mı?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
	Diğer varsa belirtiniz.		
SOLUNUM	Öksürük şikayetiniz var mı?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
	Nefes darlığı şikayetiniz var mı?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
	Balgam şikayetiniz var mı?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
	Göğüs ağrısı şikayetiniz var mı?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
	Pnömoni şikayetiniz var mı? (Akciğer enfeksiyonu)	()Evet ()Hayır	()Evet ()Hayır
	Diğer varsa belirtiniz.		
DOLAŞIM	Kan basıncı yükselmesi (140/90 ve üzeri) oldu mu?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra ()Ölçmedim
	Kan basıncı düşmesi(90/60 ve altı) oldu mu?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra ()Ölçmedim
	Baş dönmesi şikayetiniz var mı?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
	Baş ağrısı şikayetiniz var mı?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
	Diğer varsa belirtiniz.		

AKTİVİTE/EGZERSİZ	Uykusuzluk şikayetiniz var mı?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
	Uyku hali şikayetiniz var mı?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
	Gece sık uyanma şikayetiniz var mı?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
	Gündüz sık uyuma şikayetiniz var mı?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
	Ameliyattan sonra yorgunluk şikayetiniz var mı?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
	Günlük bakım ve işlerinizi yaparken sorun yaşıyor musunuz?	()Hayır()Evet hangi bakım ve işleri yaparken sorun yaşıyorsunuz?	()Hayır()Evet hangi bakım ve işleri yaparken sorun yaşıyorsunuz?
	Hareket kısıtlılığı yaşıyor musunuz?	()Hayır ()Evet ameliyatınız hangi aktivitelerinizi kısıtladı?	()Hayır ()Evet ameliyatınız hangi aktivitelerinizi kısıtladı?
	Oturup kalkmada zorlanma yaşıyor musunuz?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
	Kendi başınıza yemeğinizi yemede sorun yaşıyor musunuz?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
	Kendi bakımınızı yapmada sorun yaşıyor musunuz?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
	Tek başına giyinip soyunmada sorun yaşıyor musunuz?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
	Tek başına banyo yapmada sorun yaşıyor musunuz?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
	Tek başına tualete gitmede sorun yaşıyor musunuz?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
	Diğer varsa belirtiniz.		
BİLİŞSEL ALGILAMA	Bellekte bozulma olduğunu düşünüyor musunuz?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
	Sözel iletişiminizin bozulduğunu düşünüyor musunuz?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
	Diğer varsa belirtiniz.		
KENDİNİ ALGILAMA	Genel olarak kendinizi nasıl hissedersiniz?	()Çok iyi ()İyi ()Orta ()Kötü ()Çok kötü	()Çok iyi ()İyi ()Orta ()Kötü ()Çok kötü
	Ameliyatınızın beden imajınızda değişikliğe neden olduğunu düşünüyor musunuz?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra

	Ameliyattan sonra yalnızlık hissettiniz mi?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
	Ameliyattan sonra ümitsizlik hissettiniz mi?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
	Ameliyattan sonra kendinize saygınızda azalma hissettiniz mi?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
	Diğer varsa belirtiniz.		
ROL İLİŞKİLER	Size manevi duygusal olarak destek olan yakınlarınızın olduğunu düşünüyor musunuz?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
	Ameliyatınızın diğer aile üyeleri ile olan rol ve sorumluluklarınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
	Ameliyatınızın çalışma hayatınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
	Ameliyatınızın sosyal hayatınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
	Ameliyatınızın aile hayatınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
	Diğer varsa belirtiniz.		
BAŞ ETME-STRES TOLERANSI	Hastalığınızdan dolayı stres düzeyiniz nedir?	() Yüksek ()Orta () Düşük	() Yüksek ()Orta () Düşük
	Hastalığınızdan dolayı anksiyete düzeyiniz nedir?	() Yüksek ()Orta () Düşük	() Yüksek ()Orta () Düşük
	Hastalığınızdan dolayı endişe düzeyiniz nedir?	() Yüksek ()Orta () Düşük	() Yüksek ()Orta () Düşük
	Hastalığınızdan dolayı öfke düzeyiniz nedir?	() Yüksek ()Orta () Düşük	() Yüksek ()Orta () Düşük
	Hastalığınızdan dolayı depresyon düzeyiniz nedir?	() Yüksek ()Orta () Düşük	() Yüksek ()Orta () Düşük
	Diğer varsa belirtiniz.		
CİNSELİK VE ÜREME	Ameliyatınız cinsel hayatınızı etkiliyor mu?	()Cinsel hayatım yok () Hiç ()Biraz ()Orta ()Çok	()Cinsel hayatım yok () Hiç ()Biraz ()Orta ()Çok
	Cinsel sağlığınız ile ilgili endişeleriniz var mı?	()Cinsel hayatım yok () Hiç ()Biraz ()Orta ()Çok	()Cinsel hayatım yok () Hiç ()Biraz ()Orta ()Çok
	Diğer varsa belirtiniz.		
Ameliyatınızla ilgili başka endişeniz/leriniz var mı? Aşağıdakilerden hangisi O Hayır O Evet ise			

ENDİŞE NEDENİ	Size bakacak kimsenin olmayacağı endişesi var mı?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
	Ağrıyı kontrol edemeyeceğiniz endişesi var mı?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
	Bulantı ve kusmayı kontrol edemeyeceğiniz endişesi var mı?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
	Ameliyat yeri yaranızın mikrop (enfeksiyon) kapacağı endişesi var mı?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
	Acil bir durumda yeterli destek bulamayacağınız endişesi var mı?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
	Ne kadar sürede iyileşeceğinizi bilmeme endişesi var mı?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
	Eskisi gibi hareket edemeyeceğiniz endişesi var mı?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
	Kaslarım zayıflar endişesi var mı?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
	Varsa (...) Kırığınız/kırıklarınızın kaynamaması endişesi var mı?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
	Varsa (...)Kırığınız/kırıklarınızın kötü kaynaması endişesi var mı?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
	Varsa (...) Protezlerin tutmaması endişesi var mı?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
	Varsa (...) Alçının vurması endişesi var mı?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
	Varsa (...) Bandajınız çıkarsa tekrar saramama endişesi var mı?	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
	Diğer varsa belirtiniz.	()Evet ()Hayır ()Ara sıra	()Evet ()Hayır ()Ara sıra
Yukarıdaki sorular dışında yaşadığınız farklı sorunlar oldu mu? Nedir açıklayınız?			
Ameliyat sonrası hastaneye tekrar yatışınız oldu mu? ()Evet ()Hayır “Evet” ise nedeni nedir?			

EK.3. BAKIM BAĞIMLILIK ÖLÇEĞİ

	Tamamen bağımlıyım	Oldukça bağımlıyım	Kısmen bağımlıyım	Çok az bağımlıyım	Bağımlı değilim
Beslenme Yemek yeme gereksinimlerini karşılayabilmede					
Kontinans İdrar ve dışkı boşaltımını kontrol edebilmede					
Beden Duruşu Bir işi yapabilmek için uygun hareketi sağlayabilmede					
Hareketlilik Hareket edebilmede					
Gündüz/Gece Döngüsü Uykuya gitme ve sürdürebilmede					
Giyinme ve Soyunma Giyinebilme ve soyunabilmede					
Vücut Sıcaklığı Ortam koşullarına göre vücut ısını koruyabilmede					
Vücut temizliği Vücut temizliğini yapabilmede					
Tehlikelerden Kaçınma Başkalarından ve çevreden gelebilecek tehlikelere karşı kendini koruyabilme					
İletişim Sözel iletişim kurabilmede ve sürdürebilmede					
Başkaları ile ilişki kurma Sosyal çevreyle ilişkiyi sürdürebilmede					

İbadet yapma İbadet gereksinimlerini karşılayabilmede					
Kurallara uyma Bulunduğu ortamın var olan düzenine uyabilmede					
Günlük aktiviteler Günlük aktivitelerini sıralayabilmede					
Eğlence aktiviteleri Sosyal aktivitelere katılabilmede					
Bellek/Hafıza Daha önce öğrendiği bilgi/becerileri kullanmada/hatırlamada					
Öğrenme Yeteneği Yeni bilgi/becerileri öğrenmede					

EK.4. ETİK KURUL ONAYI

EK.5. KURUM İZNİ



T.C.
TOKAT VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Tokat Tural Devlet Hastanesi



Sayı : E-84334760-929
Konu : Araştırmanız Hk.

Sayın:Elif KANDEMİR
Hemşire

İlgi : 18.01.2021 tarihli ve E.84334760-000-89 sayılı dilekçeniz.

İlgi tarihli dilekçenizde yer alan "Ortopedik Cerrahi Girişim Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Sorunlar ve Bağımlılık Düzeyleri" konulu bilimsel araştırmanızı hastanemizde yapmanız uygundur.

Bilgilerinize rica ederim.

Op.Dr.Dursun TÖZÜN
Başhekim

MLFevzi Çakmak Mah. İskiler Tepesi Meydanı

Telefon: 0356 275 15 30 Faks No: 03562755831

e-Posta: bilgi@sağlik.gov.tr İnternet Adresi: HESQYIU TEL 0356 2755831

4388 bilgi@sağlik.gov.tr

Bu belge 5078 sayılı elektronik imza kanunu gereğince elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: HEDİA SOYLU

TIBBİ SEKRETER

Telefon No: (0 356) 275 91 91

EK.6. BAKIM BAĞIMLILIK ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ



EK.7. ÖZGEÇMİŞ