



**T.C.
AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

**TOTAL DİZ VEYA
KALÇA PROTEZİ OLAN HASTALARIN KOMORBİDİTE
FAKTÖRLERİNİN BAKIM VERENLERDE ALGILANAN
BAKIM YÜKÜ VE YENİDEN YATIŞ ÜZERİNE
ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Ebru GELİŞGEN
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Danışman
Dr. Öğr. Üyesi. Pakize ÖZYÜREK**

2020-AFYONKARAHİSAR

**T.C.
AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

**TOTAL DİZ VEYA
KALÇA PROTEZİ OLAN HASTALARIN KOMORBİDİTE
FAKTÖRLERİNİN BAKIM VERENLERDE ALGILANAN BAKIM YÜKÜ
VE YENİDEN YATIŞ ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Ebru GELİŞGEN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Danışman
Dr. Öğr. Üyesi. Pakize ÖZYÜREK**

2020-AFYONKARAHİSAR

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

Yüksek Lisans Öğrencisinin

Adı Soyadı: Ebru GELİŞGEN

İmza:

Danışmanın

Ünvanı Adı Soyadı: Dr. Öğr. Üyesi

Pakize ÖZYÜREK

İmza:

KABUL VE ONAY

Dr. Öğr. Üyesi Pakize ÖZYÜREK danışmanlığında Ebru GELİŞGEN tarafından hazırlanan “Total Diz veya Kalça Protezi Olan Hastaların Komorbidite Faktörlerinin Bakım Verenlerde Algılanan Bakım Yüğü Ve Yeniden Yatış Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi” adlı bu çalışma jürimiz tarafından Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında **yüksek lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

/ / 2020

JÜRİ:

Başkan :(.....Üniversitesi)

Üye :(.....Üniversitesi)

Üye :(.....Üniversitesi)

ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

.... / /

Prof. Dr. Özal ÖZCAN

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimin kapısını bana açan Sayın Dr. Öğretim Üyesi Cahide ÇEVİK'e, bu yolda hep yolumu gösteren, benim bu teşekkür yazısını yazmama vesile olan saygıdeğer danışmanım Sayın Dr. Öğretim Üyesi Pakize ÖZYÜREK'e,

Veri toplama sürecimde beni yalnız bırakmayan ortopedi kliniği (ortos) ailesine ve araştırmaya gönüllü olarak katılan tüm hasta ve hasta yakınlarına,

Başta canım kızlarım Fatma Berra GELİŞGEN, Zeynep Serra GELİŞGEN, Zehra Aden GELİŞGEN, can eşim Süleyman GELİŞGEN'e ve tüm aileme,

Sonsuz TEŞEKKÜR ederim.

Ebru GELİŞGEN

Afyonkarahisar, Aralık 2020

**TOTAL DİZ VEYA
KALÇA PROTEZİ OLAN HASTALARIN KOMORBİDİTE FAKTÖRLERİNİN
BAKIM VERENLERDE ALGILANAN BAKIM YÜKÜ VE YENİDEN YATIŞ
ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Ebru GELİŞGEN

**Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

Aralık 2020

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Pakize ÖZYÜREK

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, primer total kalça ve diz protez cerrahisini geçiren hastalarda komorbiditelerin bakım verenlerin yükü ve yeniden yatış üzerindeki etkisini incelemektir. Bu tanımlayıcı ve prospektif tipte çalışmaya, kolay örnekleme yöntemi ile belirlenen primer total kalça ve diz protezi uygulanan 127 hasta ve onlara bakım veren 127 hasta yakını dahil edildi. Çalışmanın verileri Haziran 2019 – Ocak 2020 tarihleri arasında, Charlson komorbidite indeksi (CCI), Amerikan Anestezistler Derneği (ASA) sınıflandırması, Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (GYA), Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Hemşire Değerlendirme Formu kullanılarak toplandı. Hastaların klinik verileri analiz edilerek, yeniden yatışı üzerindeki etkisi Ki kare, Tek Değişkenli Logistik Regresyon ve Pearson Kolerasyon ile analiz edildi. GYA ve CCI'nin bakım verme yükü üzerindeki etkisi Çoklu Doğrusal Regresyon ile analiz edildi. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Hastaların %79,5' i kadın ve yaş ortalamaları $63,35 \pm 9,67$ idi. 30 günlük yeniden yatış oranı %14,2 olup en sık yeniden yatış nedeninin cerrahi enfeksiyon olduğu belirlendi. Hastalar bu CCI sistemi kullanılarak puanlandı ve kesme puanı 2 olan yüksek (yüksek CCI grubu > 2 , $n = 49$) ve düşük CCI (düşük CCI grubu ≤ 2 , $n = 78$) gruplarına ayrıldı. Hastaların ASA, Katz GYA ve CCI puanlarının, yeniden yatış için bir risk faktörü olmadığı saptandı ($p > 0,05$). Bakım verenlerin %40,2'sinin hastanın kızı, Zarit Bakım yükü ortalama puanları ise $34,34 \pm 21,55$ olup, bakım verenlerin %39,4'ü orta şiddetli yük altındaydı. Hastanın fonksiyonel durumu, ağrı skoru, Braden ve Düşme risk puanlarının, yeniden yatış ve bakım yükünü etkilemediği görüldü. Ancak hastanın hastanede kalış süresi, CCI ve Katz GYA puanlarının bakım yükünü etkileyen faktörler olduğu tespit edildi ($p < 0,05$).

Amaca yönelik olarak komorbiditelerin bakım yükü ve yeniden yatışa etkisi sonucu CCI, Katz GYA total kalça veya diz protezi cerrahisinden sonra yeniden yatış riskini tahmin etmek için yeterli olmayabilir ancak bakım yükünü tahmin etmek için kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Komorbidite, günlük yaşam aktivitesi, bakım yükü, protez cerrahisi, ortopedi

**EVALUATION OF THE EFFECT OF COMORBIDITY FACTORS OF
PATIENTS WITH TOTAL KNEE OR HIP ARTHROPLASTY ON PERCEIVED
CARE BURDEN IN CAREGIVERS AND REHOSPITALIZATION**

Ebru GELİŞGEN

**Afyonkarahisar Health Sciences University
Institute of Graduate Education Department of Surgical Nursing**

Master' Thesis

December 2020

Supervisor: Asst. Prof. Dr. Pakize ÖZYÜREK

ABSTRACT

This study aims to examine the effect of comorbidities on care burden for caregivers and rehospitalization in patients who underwent primary total hip and knee replacement surgery.

In this descriptive and prospective study, 127 patients determined by easy sampling method who underwent primary total hip and knee replacement and their 127 caregivers were included. The data of the study were collected using Charlson comorbidity index (CCI), the American Society of Anesthesiologists (ASA), the Katz Activities of Daily Living Scale (ADL), Nurses' Assessment Form and the Turkish version of Zarit Care Burden Scale between June 2019 - January 2020. By analyzing the clinical data of the patients, the effect on rehospitalization was analyzed using Chi-square, Univariate Logistic Regression and Pearson Correlation. The effect of ADL and CCI on caregiving burden was analyzed by Multiple Linear Regression. $p < 0.05$ was considered statistically significant.

79.5% of the patients were female and their mean age was 63.35 ± 9.679 . The 30-day rehospitalization rate was 14.2%, and the most common reason for rehospitalization was surgical infection. Patients were scored using this CCI system and grouped as high (high CCI group >2 , $n = 49$) and low CCI (low CCI group ≤ 2 , $n = 78$) with a cut-off score of 2. ASA, Katz ADL and CCI scores of the patients were not determined as a risk factor for rehospitalization ($p > 0.05$). 40.2% of the caregivers were the daughters of the patient, Zarit Care burden scores were 34.34 ± 21.55 , and 39.4% of the caregivers were under moderate burden. It was observed that the patient's functional status, pain score, Braden and Fall risk scores did not affect rehospitalization and care burden. However, the duration of hospital stays, CCI and Katz ADL scores were found to be factors affecting the care burden ($p < 0.05$).

CCI and Katz ADL may not be sufficient to estimate the risk of rehospitalization after total hip and knee replacement surgery but can be used to estimate the care burden.

Key words: Comorbidity, activities of daily living, care burden, prosthetic surgery, orthopedic.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇ KAPAK.....	i
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK	ii
KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR	ix
TABLolar DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xii
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Diz Anatomisi.....	4
2.2. Total Diz Protezi	4
2.2.1. Endikasyonları.....	5
2.2.2. Kontrendikasyonları.....	5
2.3. Total Kalça Protezi	6
2.3.1. Endikasyonları.....	6
2.3.2. Total Kalça Protezi Kontrendikasyonları.....	6
2.4. Total Diz ve Kalça Protezi Ameliyatı Hemşirelik Bakımı	6
2.4.1. Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı	7
2.4.2. Ameliyat Sırasında Hemşirelik Bakımı	7
2.4.3. Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı	8
2.4.4. Protez Seçimi	8
2.4.5. Fiksasyon	8
2.5. Diz ve Kalça Protezi Komplikasyonları	9
2.6. Komorbiditeler	9
2.7. Total Diz veya Kalça Protezi Olan Hastalara Bakım Verenlerdeki Bakım Yüğü 10	
2.8. Total Diz veya Kalça Protezi Olan Hastaların Komorbidite Faktörlerinin Bakım Verenlerde Algılanan Bakım Yüğü.....	10

2.9. Total Diz veya Kalça Protezi Olan Hastaların Komorbidite Faktörlerinin Yeniden Yatış Üzerine Etkisi Çalışma Sonuçları	11
3. GEREÇ VE YÖNTEM	13
4. BULGULAR	20
5. TARTIŞMA	34
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	42
7. KAYNAKLAR	45
EK-1: Hasta Tanıtım Formu	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
EK-2: Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi	Hata! Yer işareti tanımlanmamış. 4
EK-3: Charlson Komorbidite İndeksi (CKI).....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış. 5
EK-4: Bakım Verne Yüğü Ölçeğı	53
EK-5: Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı	53
EK-6:Anabilimdalı Kararı.....	53
EK-7: Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi Kullanım İznı.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
EK-8: Bakım Verne Yüğü Ölçeğı Kullanım İznı.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
EK-9:İntihal Raporu.....	62
ÖZGEÇMİŞ	63

KISALTMALAR

ADL	Günlük Yaşam Aktiviteleri
ASA	Amerikan Anestezistler Derneği
BKİ	Beden Kitle İndeksi
CCI	Charlson Komorbidite İndeksi
GYA	Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği
İTAKİ	Düşme Riski Ölçeği
RTÖ	Risk Tanılama Ölçeği
SPO ₂	Oksijen Saturasyonu
SS	Standart Sapma
TDP	Total Diz Protezi
TKP	Total Kalça Protezi
VAS	Visual Analog Skalası
ZBY	Zarit Bakım Yüğü Ölçeği

TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.9.1: Yara İyileşmesini olumsuz biçimde etkileyen enfeksiyon risk faktörleri .	11
Tablo 4.1.1: Hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre dağılımı.	20
Tablo 4.1.2: Hastaların klinik özelliklerine göre dağılımı.	21
Tablo 4.1.3: Hastaların yatış sırasında ve taburculuk sırasındaki sistemlere yönelik hemşire değerlendirmelerinin dağılımı.	22
Tablo 4.1.4: Katz'ın GYA indeksine ilişkin betimsel istatistikler.	23
Tablo 4.1.5: Charlson Komorbidite İndeksine ilişkin betimsel istatistikler.	24
Tablo 4.1.6: Ölçeklerin alt gruplara göre dağılımı çalışma kullanılan ölçeklerin alt gruplarına göre dağılımları.	25
Tablo 4.2.1: Bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları.	25
Tablo 4.2.2: Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı'ne ilişkin betimsel istatistikler.	27
Tablo 4.2.3: Hastaya bakım verenlerin bakım yüklerine göre dağılımları.	29
Tablo 4.3.1: Hastaların sosyo demografik özellikleri ile hastaneye yeniden yatış arasındaki ilişkinin incelenmesi.	29
Tablo 4.3.2: Yeniden yatış üzerinde bağımsız değişkenlerin etkisine ilişkin tek değişkenli logistik regresyon analizi	30
Tablo 4.3.3: Lojistik Regresyon Modeli'nin sınıflandırma başarısı	31
Tablo 4.3.4: Hastaların ölçek toplam puanları ile yeniden yatış durumuna göre karşılaştırılması	31
Tablo 4.3.5: Hastaların bağımsız değişkenlerin ile bakım verme yüğü arasındaki ilişkiye yönelik korelasyon katsayıları.	31
Tablo 4.3.6: Günlük yaşam aktiviteleri ve komorbiditenin bakım verme yüğü üzerindeki etkisine ilişkin çoklu doğrusal regresyon analizi	32

Tablo 4.3.7: Ölçeklerin toplam puanları ile 30 gün sonra planlanmamış yeniden yatışve bakım yükü arasındaki ilişkiye ait Spearman-Brown Katsayıları.....	33
---	----



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1: Çalışmanın Akış Şeması.....	15
---	----



1.GİRİŞ ve AMAÇ

Total kalça protezi (TKP) ve total diz protezi (TDP) uygulamaları ortopedik cerrahide en sık yapılan ve en başarılı ortopedi ameliyatlarıdır (Azboy ve ark., 2016). Dünya ülkelerinin çoğunda, kalça ve diz protezi uygulama sayısı 2000 yılından bu yana hızla artmaktadır. Ortalama olarak, kalça protezi oranı 2000 ile 2015 arasında % 30 oranında artarken diz protezi oranı ise hemen hemen iki katına çıkmıştır (OECD, 2017). Her yıl protez ameliyatlarındaki hızlı artış oranı, ülkenin artan nüfus yaşına ; artrit prevalansının artmasına ve bu prosedürlere olan ihtiyacı doğuran diğer faktörlere göre değişiklik gösterebilir (Bjorgul ve ark., 2010; OECD, 2017). Kalça ve diz protezi ameliyatı, osteoartrit ve kalça kırıkları için en etkili müdahale olarak kabul edilmekte ve algılanan gerçek başarısı ise fonksiyonel durumu normale yakın iyileşmesi ile ilişkilidir. Ayrıca şiddetli ağrıyı azaltması, düşük perioperatif morbidite ve mortalite oranları ve iyi implant başarısı protez cerrahisine olan talebi de artırmaktadır (Bjorgul ve ark., 2010).

Protez cerrahisi çoğunlukla yaşlılık dönemindeki hastalara uygulandığından, bu hastalarda kronik hastalıklar da sık eşlik etmektedir. Kardiyovasküler hastalıklar, kronik karaciğer rahatsızlıkları olan artroplasti hastalarında, ameliyat sonrası dönemde komplikasyon görülme oranı daha yüksektir (Truntzer ve ark., 2016). Ayak bileği kırıkları, spinal metastaz cerrahisi ve diz veya kalça cerrahisinden sonraki komplikasyonlar da komorbiditelerle ilişkilidir (Voskuijl ve ark., 2014). Komorbiditeler, etyoloji veya ilgili hastalıkla bir arada bulunan temel tanıya nedensellik açısından ilgisi olmayan hastalıklar veya tıbbi durumlar olarak tanımlanır. Hastanın komorbiditelerini belirlemek önemlidir çünkü bunlar tanıyı geciktirebilir, tedaviyi değiştirebilir, komplikasyonlara yol açabilir, sağkalımı etkileyebilir ve sonuçların analizini karıştırabilir (Bjorgul ve ark., 2010). Komorbiditeleri olan protez hastaları, olmayanlara göre ameliyat öncesinde önemli ölçüde daha düşük fiziksel işlev ve daha yüksek ağrı seviyeleri göstermektedir. Komorbiditeler, hastanede kalış süresinin artmasına, TKP'den sonra yeniden yatış olasılığının yükselmesine ve revizyon cerrahisi girişimine neden olmaktadır (Loth ve ark., 2017). Ortopedi cerrahisinde Amerikan Anesteziyologlar Derneği fiziksel durum sınıflandırmasını (ASA-PSC) veya Charlson Komorbidite İndeksini (CCI) kullanır. Değere dayalı ölçütlerin bir sağlık hizmeti ortamında, risk sınıflandırması ameliyat öncesi danışmanlığa rehberlik etmeye, olası komplikasyonları azaltmaya ve

perioperatif kaynakları uygun şekilde tahsis etmeye yardımcı olabilir (Gronbeck ve ark., 2019). CCI ayrıca ortopedik travma cerrahisi, cerrahi sonrası advers olaylar, geriatrik ve genel tıp hastaları için yeniden yatış sonrası sonuçları bir öngörücüsü olarak da değerlendirilmektedir (Voskuijl ve ark., 2014).

Hastaneye yeniden yatışlar sağlık maliyetinin önemli bir kısmını oluşturur. Hastanın taburcu olduktan sonraki bir ay içinde hastaneye geri dönmesi sağlık sistemi için ciddi bir sorun olarak değerlendirilir (Chern ve ark., 2015). Literatürde bildirilen yeniden yatış oranları, hasta profiline ve hizmet uzmanlığına bağlı olarak değişmektedir. Yalnızca ortopedi içinde, bildirilen 30 günlük yeniden yatış oranları %2-14 arasında olup (Bernatz ve ark., 2015), hastaların %12'sinin potansiyel olarak önlenbilir nedenlerle yeniden yatış yaptığı tahmin edilmektedir (Chern ve ark., 2015). Ulusal Biyoteknoloji Bilgi Merkezi National Center for Biotechnology Information (NCBI)'nin 2020 yılı verilerine göre ortopedi hastalarının 30 günlük yeniden yatma nedenlerinin %32,2'si cerrahi yara enfeksiyonu, %26,4'ü tıbbi komplikasyonlar, %14'ü asemptomatik yara problemleri, %9,4'ü başarısız fiksasyon, %9'u selülit ve %3,4–%7'si hematoma veya derin ven tromboz kaynaklı olduğu bildirilmektedir (Chiperhealth, 2020). Planlanmamış yeniden yatışların azaltılması, hem sağlık hizmeti kalitesini iyileştirmek hem de maliyeti düşürmek açısından önemlidir. Bu nedenle, bazı sağlık kurumları, sağlık hizmeti ödemelerini hesaplamak amacıyla bir kalite ölçütü olarak yeniden yatış oranlarını kullanmaktadır (Chern ve ark., 2015).

Bununla birlikte osteoartrit, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme becerisini ciddi bir şekilde engeller; dolayısıyla, total kalça veya diz protezi endikasyonu olan bir hasta, ameliyatını beklerken veya ameliyat sonrası gayri resmi bakım verenin yardımına ihtiyacı duyar (Longo ve ark., 2020). Bu nedenle, hastaların iyileşmelerine yardımcı olma yükü, esas olarak, bu tür hastaların aile bakıcıları haline gelen aile üyelerine düşmektedir. Aile bakıcısı kavramı, hastayla güçlü bir duygusal bağı olan, bir aile üyesini ve bir aile üyesinin hastalığı sırasında hastaya duygusal destek ve hemşirelik desteği sağlayabilen kişiyi ifade eder (Xiao ve Zhou, 2020). Bakım vermek duygusal ve bilişsel olarak zahmetlidir ve literatür, bakım verenlerin genel sağlığının olumsuz şekilde değiştiğini göstermektedir (Longo ve ark., 2020). Total kalça ve diz protezi cerrahi prosedürünü izleyen dönemde hem fiziksel sınırlılığı hem de komorbidite riski olan hastanın erken taburculuk sonrası, ev ortamında “başa çıkamamanın” hastaneye yeniden yatış için

önemli bir faktör olacağı varsayımı da unutulmamalıdır (Avram ve ark., 2014). Hastaneye yeniden yatışlarda yaş, hastalık şiddeti, komorbidite ve bakıcı yükü gibi demografik, sosyal ve sağlıkla ilgili faktörler potansiyel etken olarak tanımlanmaktadır (Chuang ve ark., 2005). CCI göre “riskli” hastaların belirlenmesi ve onlara bakım verenlerin güvenli taburculuk için daha iyi hazırlanması, bazı hastaların yeniden yatışının önlenmesine katkı verebilir (Avram ve ark., 2014).

Total kalça veya diz protezi cerrahisi geçiren hastalar arasında yeniden hastaneye yatış oranlarını etkileyebilecek değişkenleri belirleyen çok az sayıdaki çalışmalar, esas olarak hastaların demografik ve klinik özellikleri, cerrahi prosedür, komorbidite indeks puanının yeniden hastaneye yatırılması üzerindeki etkilerine odaklanmıştır (Chuang ve ark., 2005; Chern ve ark., 2015; Kurtz ve ark., 2016). Yeniden yatışlar ile günlük yaşam aktivitesi veya bakım veren yükleri arasındaki ilişki hakkında çok az bilgi mevcuttur. Bu nedenle, bu çalışmaya önceden bilinen diğer yaş, cerrahi prosedür, uzun süre yatış gibi öngörücü değişkenlere ek olarak, hemşirelerin hasta değerlendirme formları, komorbidite indeksi, hastaların günlük yaşam aktivite düzeyleri, bakım verenlerin bakım yükü gibi değişkenleri de öngörücü değişkenler olarak dahil ederek, TKP veya TDP ameliyatı olan hastaların 30 günlük yeniden yatışına ilişkin daha geniş bir bakış açısı sağlanmaya çalışılmıştır.

Bu çalışmanın amacı, total diz veya kalça protezi olan yetişkin hastaların komorbidite faktörlerinin bakım verenlerde algılanan bakım yükü ve yeniden yatış üzerine etkisini incelemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Diz Anatomisi

Diz, vücudun ağırlığını taşımakla birlikte, yürüme, atlama, koşma ve ayakta durma gibi birçok işlevi sağlayan, vücudun en büyük, en çok yararlı görülen ve en çok zarar gören eklemi olmaktadır. Aynı zamanda, bağ, kemik, çevre kaslar ve menisküsler ile düzenli hareket etmesini sağlamaktadır. Dizin anatomisi kemik, ekstraartiküler ve intraartiküler olarak üç başlık altında incelenir (Goldblatt ve Richmond, 2003).

"Diz eklemi patella, distal femur, proksimal tibia gibi kemik yapıların yanı sıra bağlar gibi bunlara eşlik eden yumuşak doku yapılarından oluşur. Diz eklemi genellikle tibiofemoral ve patellofemoral eklemler olmak üzere iki ayrı eklemden oluştuğu kabul edilmektedir. Tibiofemoral eklem de ortopedik yaklaşımda medial ve lateral olmak üzere iki bölüme ayrılır" (Esmer ve ark., 2011).

Diz eklemi ekstremiteler tendinöz yapıları ise aşağıda verilmiştir;

- Diz eklemi ön yüzü: M. quadriceps femorisin kalın kirişi eklem kapsülüne yapışmakta ve güçlü bir bağ (Ligamentum patellae) oluşturmaktadır. O da aşağıda tuberositas tibia'ya yapışmaktadır.
- Diz medial ve lateral yüzü: Eklemi yan taraflarında vücut ağırlığının hareketinde diz fleksiyonuna ve kemiklerin yan tarafa kaymasına mâni olan bağlar bulunmaktadır.
- Diz eklemi posterior yüzü: Diz eklemi arka tarafında ise birbirini çaprazlayan, m. semimembranosus ve m. gastrocnemiusun kirişlerinin uzantısı yer almaktadır (Türek, 1980; Yavuz, 1998).

2.2. Total Diz Protezi

TDP aşınmış, yıpranmış olan eklem yüzlerinin eksize edilip, metal ve polietilenden imal edilen metaryaller ile kaplanarak yapay bir eklem oluşturulmasıdır (Demir ve Çalış; 2002).

Total diz protezleri konservatif tedavinin cevap vermediği ilerlemiş eklem hastalığına bağlı osteoartrit (%90,9), romatoid artrit ve inflamatuvar poliartropatiler hastalığına sahip 65-84 yaşları arasında ve kadınlarda daha fazla yapılmaktadır (Kaplan, 2008).

Total diz protezleri, protezin sağladığı mekanik desteğe, uygulandığı kompartmana ve fiksasyon tipine bağlı olarak ayrılmalıdır. Bunlar;

- Unikompartmantal diz protezleri,
- Bikompartmantal diz protezleri,
- Trikompartmantal diz protezleri veya;
- Kısıtlayıcı,
- Yarı kısıtlayıcı,
- Kısıtlayıcı olmayan şekilde sınıflandırılmaktadır (Enercan, 2004).

2.2.1. Endikasyonları

Ciddi semptomlar gösteren hastalarda TDP cerrahisi endikasyonlarının başında osteoartrit gelmektedir (Van Manen ve ark., 2012). Kaçar ve ark.(2005) yaptığı çalışmada diz osteoartrit prevalansının toplum genelinde %14,8, kadınlarda %22,5, erkeklerde %8 olduğu kanıtlanmıştır. Bu hastalarda yaş, cinsiyet, kilo, aktivite düzeyi ve meslek göz önünde bulundurulur. Diğer tedavi yöntemleri artroplasti öncesi denenmelidir. Romatoid artrit de ciddi ağrı, hareket kısıtlılığı ve eklem tutulumu durumlarında, posttravmatik artrit hastalarında travmatik eklem yaralanmaları ve intraartiküler yaralanmalardan sonra uygulanmaktadır (Aydoğdu ve Sur, 1998).

Osteotomi sonrasında ise bozulmuş yük dağılımı düzeltilmek için 55 yaş altı, tek kompartman tutulumu ve yeterli hareket açıklığına sahip hastalarda yüksek tibial osteomi etkili bir yöntemdir (Aydoğdu ve Sur, 1998; Haddad ve Benlty, 2000)

2.2.2. Kontrendikasyonları

TDP kontrendikasyonları incelendiğinde:

- Diz veya çevresinde bulunan aktif sepsis veya infeksiyon durumu,
- Genel durumun bozuk olması,
- Aşırı derecede osteoporoz,
- Belirgin biçimde Quadriceps zayıflığı,
- Kas zayıflığı veya felç durumunun genu rekurvatum ile birlikte seyretmesi,

- Genel olarak ağrısı olmayan ve sağlam olan diz artrodezinde total diz protezi yapılmamalıdır(Erduran ve ark., 2015).

2.3. Total Kalça Protezi

Ortopedi ameliyatları arasında bulunan ve yüksek başarı oranlarına sahip olan TKP ameliyatı, yıllarca ağrılı eklem rahatsızlıkları çeken hastaları yeniden hareket etmeye ve alanlarını genişletmeye yaramaktadır (Harkess ve Crockarell, 2012).

2.3.1. Endikasyonları

TKP, hastayı ameliyata sürükleyen en önemli bulgu kronik ağrı ve fonksiyonel kısıtlılıktır (Lucas, 2008). Tüm konservatif tedavi yöntemleri (baston kullanma, diyet yaparak kilo kaybı, fiziksel aktivite azaltma gibi) denendikten sonra hastada ağrı azalmamışsa, normal yaşam aktivitelerini yerine getiremiyorsa TKP endikasyonu gündeme gelir (Harkess ve Crockarell, 2012).

Total kalça protezi endikasyonları olarak başta hastanın, yaşam aktiviteleri, sistemik hastalık varlığı, fizyolojik yaşı, kemik kalitesi ve kırığın deplasman derecesi değerlendirilmektedir (Harkess, 2003). Bunun yanında hastanın romatoid artrit, atroz, paget hastalığı ve tümör varlığı gibi hastalıktabloları değerlendirilmektedir (Parker, 2000).

2.3.2. Total Kalça Protezi Kontrendikasyonları

Total kalça protezi ameliyatları birçok komplikasyonun görüldüğü, mortalite oranının %1-2 olduğu ameliyatlardır olduğu için hangi hastalara protez ameliyatı yapılacağına karar vermek oldukça önemlidir (Thompson ve ark., 2002). Total kalça protezinde kesin kontrendikasyon vücudun herhangi bir yerinde olan enfeksiyon ve hastada mevcut bulunan sistemik hastalıktır (Harkess ve Crockarell, 2012). Kişiden kişiye değişen kotrendikasyonları ise şismenlik, çok aktif yaşam, genç yaş, charcot eklemi, yetersiz ameliyathane koşulları, tecrübesi az cerrah, nörolojik hastalıklar, psikolojik bozukluklar-demans şeklinde sıralanabilmektedir (Temelli ve Kılıçoğlu, 2009).

2.4. Total Diz ve Kalça Protezi Ameliyatı Hemşirelik Bakımı

Total diz ve kalça cerrahisinin başarısı ameliyat sonrası iyi bir bakıma bağlıdır (Branson ve Goldstein, 2003). Hemşirelik bakımında en çok dikkat edilmesi gereken konu hastanın yaşam standartlarının hızlıca düzeltilmesidir (Biol, 2000).

2.4.1. Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı

Ameliyat gününden önce hastaya ameliyatın ne zaman, nasıl olacağı, kaç saat süreceği, çıkınca hangi odada kalacağı bilgileri verilmediği ya da eksik verildiği için kaygı ve endişe yaşamaktadırlar (Aksoy ve ark., 1992). Bilgi eksikliğinin neden olduğu korku ve anksiyeteden dolayı hissedilen ağrının şiddeti ve gereken ağrı kesici miktarı da artmaktadır (Çimete, 1994).

Hastanın daha hızlı iyileşmesi ve beklenmedik bir sorun yaşanmaması için hasta kliniğe kabul edildikten sonra hastanın odası, ziyaret saatleri, yatak kullanımı, yemek saatleri ile ilgili bilgileri hasta ve yakınlarına vermek hemşirenin sorumluluklarındadır. Kan hazırlıkları için kan bankası ile iletişime geçilmeli, cilt temizliği, evde kullanılan ilaçların kontrolü, diş çürüğü, gibi durumlar değerlendirilmelidir (Branson ve Goldstein, 2003; Eftekhari, 1993).

2.4.2. Ameliyat Sırasında Hemşirelik Bakımı

Ameliyat sırasında ki hemşirelik bakımı, hastanın klinikten ameliyathaneye alınmasıyla başlayıp, ameliyat bittikten sonra bakım verilecek bölüme gönderilmesiyle sona eren bir süreçtir. Hastalar genellikle anestezinin ağrıyı tam kesmemesinden, yarı uyur olup ameliyathane seslerini duymaktan, farkında olmadan konuşmaktan ve kusmaktan korkmaktadırlar (Erdil ve Elbaş, 2001).

Hastaya ameliyat yerinde biriken kanın atılması için dren konulabileceği, bacak arasına yastık ya da aparatlar konulup protez çıkmasının engelleneceği, gerekirse kan transferinin yapılabileceği, ven trombozunu önlemek için varis çorabı giydirilebileceği hakkında bilgiler verilmelidir (Branson ve Goldstein, 2003; Cameron ve ark., 2003; Dadaş, 2003; Eftekhari, 1993; Şendir, 2000; Erdil ve Elbaş, 2010).

2.4.3. Ameliyat sonrası hemşirelik bakımı

Protez ameliyatı sonrası hastanın ağrı kontrolü, egzersizleri, beslenme, anksiyetenin azaltılması, mobilizasyonu hızlıca sağlanmalıdır (Dadaş, 2003). Hemşire, hastayı rahatlatmak amacıyla hekim istemine göre 4-6 saatte bir ağrı kesici yapmalıdır. Ağrı kesiciler oral olabileceği gibi hasta kontrollü ağrı kesicilerde kullanılarak hastanın rahatlaması sağlanabilir (Branson ve Goldstein, 2003).

Hastanın yaşam bulguları ilk iki saat 15 dakika da bir kez sonra ki iki saat 30 dakikada bir kez daha sonra yaşam bulguları stabil oluncaya kadar ölçülmeye devam edilir. Ameliyattan sonra ilk iki gün içinde 2-3 saatte bir kez emboli, sinir harabiyeti kontrolleri yapılmalıdır (Erdil ve Elbaş, 2001).

İnsizyon bölgesi nem, ısı, renk yönünden enfeksiyon bulguları olup olmadığı değerlendirilir ve bu bölgedeki vakumlu drenden gelen miktar hekime iletilir (Şendir, 2003).

2.4.4. Protez Seçimi

Protez seçimi büyük önem taşımaktadır. Cerrahın bu konuda uygun değerlendirmelere giderek sağlıklı protez tipini seçmesi gerekmektedir. Bu olgulara eşlik eden durumlar arasında yumuşak doku laksitesi ve kemik stoğu kaybı sayılabilmektedir. Hastanın mevcut durumu göz önünde bulundurularak, hastaya en uygun ve hareket alanını en az kısıtlayıcı protez seçilmelidir (Erduran ve ark., 2015) .

Örneğin sağlam arka çapraz bağ kullanımı, yeterli düzeyde kemik stoğunun yer aldığı olgularda kullanılabilir. Bahsedilen protezlerin kullanımına uygun koşullar genel olarak revizyon olgularında bulunmamaktadır (Johansson ve ark., 2016).

2.4.5. Fiksasyon

Protez fiksasyonuna bakıldığında kemik çimentosuyla ve kemik çimentosu olmadan yapıldığı görülmektedir. Zamanla çimentosuz uygulamalara doğru kaymanın yaşandığı açıktır. Bunun temel nedeni ise uzun süreli total kalça protezlerinde semente bağlı gevşemelerin olması ve durumun total diz protezlerinde de görülme endişesidir. Metalik

implantların biyolojik fiksasyon yaratması da yine çimentosuz fiksasyonun tercih edilmesine neden olmaktadır (Atik, 1997; Aydoğdu ve Sur, 1998).

2.5. Diz ve Kalça Protezi Komplikasyonları

Diz ve kalça protezi cerrahisi ortopedide en sıklıkla yapılan ameliyatlardandır. Genellikle geriatric hasta grubundan oluşan bir popülasyonu ilgilendirmesi sebebi ile kişinin ek kronik hastalığı ile ilişkili kardiyovasküler veya akciğer ilişkili genel komplikasyonlar görülebilmektedir. Ayrıca, yara yerine bağlı komplikasyonlar, nörovasküler komplikasyonlar, enfeksiyon, periprostetik kırıklar, protezde gevşeme, eklem instabilitesi, hareket kısıtlılığı ve nedeni açıklanamayan ağrı gibi lokal komplikasyonlar ile de karşılaşılabilir (Okumuş ve Dilsiz, 2017).

2.6. Komorbiditeler

Her tedavide söz konusu olduğu gibi diz ve kalça protezi ameliyatı sonrasında da bazı rahatsızlıkların eşlik etmesi olasıdır. Örneğin TKP’de görülen komplikasyon oranlarının kabul edilebilir seviyeye çekildiği belirtilmektedir (Johnson ve Hunter, 2014; Zhang ve Jordan, 2010). Ameliyat sonrasında hasta çok yoğun bir rehabilitasyona ihtiyaç duymamakta ve erken mobilize olmaktadır. Bu durum bir avantaj olarak görülmektedir (Azboy ve ark., 2016). Total diz artroplastisi geçiren hastaların çoğu ileri yaş grubu içerisinde yer almaktadır. Ameliyata eşlik edecek hastalıklardan bazıları arasında kalp yetmezliği, hipertansiyon, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diabetes mellitusdur (Parvizi ve ark, 2001).

Bir diğer sıkıntılı durum ise, hastaya ait yaranın iyileşmesidir. İyileşmeyen yaralar enfeksiyona neden olabilmektedir. Bu durum, ameliyatın başarısının ötesinde çok daha tehlikeli sonuçlarla karşı karşıya kalınmasına neden olabilmektedir (Yaban ve Karaöz, 2007).

Ameliyat öncesi dönemde fonksiyonel iyileşmeyi etkileyebilecek komorbiditeleri, anksiyete/depresyon gibi ruhsal rahatsızlıkları erkenden tanımlamak ve gerekli önlemleri almak önemlidir. TDP sonrasında ve 85 yaş üstü hastaların çoğunda günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme potansiyelleri daha düşüktür (İbrahim ve ark., 2018). Primer hedef günlük yaşam aktivitelerinde optimal düzeyde fonksiyonel bağımsızlığı

kazandırmak ve yaşam kalitesini arttırmak olduğu için her hasta multidisipliner yaklaşım içinde ve bireye özel rehabilitasyon programı ile erken ve aktif fiziksel aktivite yönünden cesaretlendirilmelidir (Ekşioğlu ve Gürçay, 2013).

Osteoporoz, artrit ve inme teşhisi konan hastaların çoğunda günlük yaşam aktiviteleri (ADL) güçlüğü potansiyeli daha yüksektir. Daha yaşlı yetişkinler, özellikle 85 yaş ve üstü olanlar, gençlere göre ADL gerçekleştirmede daha fazla problem yaşarlar (Taşkın, 2011).

2.7.Total Diz veya Kalça Protezi Olan Hastalara Bakım Verenlerdeki Bakım Yüğü

Bakım yüğü 1960'lı yılların başlarında söz edilmeye başlamıştır. Bakım verenlerin yüğü kavramını bakım verenlerin üstlendiğı bakımın ortaya çıkardığı psikolojik sıkıntı, fiziksel sağlık problemleri, ekonomik problemler, sosyal problemler, aile ilişkilerinin bozulması ve kontrolün kendisinde olmadığı duygusunu yaşama olarak açıklayabiliriz (Akpınar, 2009).

Total diz veya kalça protezi olan hastalar mobilizasyon öncesi yatağı bağımlı oldukları için hasta yakınları veya bakıcıları tarafından bakılmaktadırlar. Bu süreçte hem hasta hemde bakım veren tarafından birçok sıkıntı yaşanmaktadır (Şahin ve ark., 2009). Bakım yükünü etkileyen faktörlerin başında akrabalık derecesinin yakın olması, maddi durum, yaş ve cinsiyet sayılmaktadır (Andren ve Elmstahl, 2007; Allegri ve ark., 2006).

TKP uygulanan hastaların evde bakım sırasında günlük yaşam aktivitelerini (GYA) gerçekleştirirken bireylerin ve bakım verenlerin ameliyat öncesi ve sonrasındaki dönemde GYA gerçekleştirirken sorun yaşadıkları, bu oranın taburculuk ve sonrasındaki birkaç haftada ciddi boyutlarda olduğu görülmektedir (Açıksöz ve Uzun, 2007).

2.8.Total Diz veya Kalça Protezi Olan Hastaların Komorbidite Faktörlerinin Bakım Verenlerde Algılanan Bakım Yüğü

Ameliyat öncesi dönem, ameliyat edilmek için hastaneye kabul edilen bireyler için en travmatik dönemlerden biridir. Bunun nedeni, bireyin ameliyat gibi yaşamı tehdit edebilen bir olayı beklerken olabilecek pek çok şeyden korkması ve şiddetli anksiyeteden acı çekmesidir (Aksoy ve ark., 1992). Pek çok hastanın korku ve endişe deneyimlemesi, ameliyat sırasında ne beklendiğı, ne olabileceğı ve ne zaman olacağı konusunda hastalara yeterli bilgi verilmemesinden kaynaklanmaktadır.

Total diz veya kalça protezi olan hastaların komorbidite faktörlerinin de eklenmesiyle birlikte endişe düzeyi artmaktadır. Bu durum diğer hastalık ve ameliyatlarda da çeşitli komplikasyonlara bağlı olarak gelişme gösterebilmektedir. Bu ameliyatlarda ise gelişen komorbidite faktörler, bakım verenlerin daha fazla strese girmesine ve hastalığın düzelmesi konusunda olumsuz kanı geliştirmelerine neden olabilmektedir (Meding ve ark., 2003). Bakım yükünün azaltılması adına hasta taburcu olmadan önce gerekli egzersizler öğretilmeli veya yazılı biçimde sunulmalıdır (Erdil ve Özhan, 1999).

2.9.Total Diz veya Kalça Protezi Olan Hastaların Komorbidite Faktörlerinin Yeniden Yatış Üzerine Etkisini İnceleyen Çalışma Sonuçları

Total diz veya kalça protezi olan hastaların komorbidite faktörlerinin yeniden yatış üzerine etkileri analiz edilmek istendiğinde, öncelikle hastaların yaşı, mesleki durumu, hastalığının derecesi, geçirdiği ameliyatın neticesi gibi etmenler ön plana çıkmaktadır. Ayrıca total diz ve kalça protezi olan hastaların komorbidite faktörlerinin yaşamlarına etkileri ve hastaneye yeniden yatmalarını gerektirecek bir duruma yol açıp açmayacağı noktasında iyi bakım sağlanması önem arz etmektedir (Bernatz ve ark., 2015).

Hastanın komorbidite faktörleri hakkında bilgilendirilmesi ve ameliyat sonrası bakımının komorbidite durumları dikkate alınarak yapılması gereklidir. Ancak yara iyileşmesini olumsuz etkileyen ve enfeksiyona neden olan bazı faktörler de söz konusu olmaktadır. Bunlar incelendiğinde;

Tablo 2.9.1: Yara İyileşmesini Olumsuz Biçimde Etkileyen Enfeksiyon Risk Faktörleri (Tekswort, 2003).

Diabet	Sigara kullanımı
Obezite	Steroid kullanımı
Albumin düzeyinin 3.5. gr/dl'den küçük olması	İmmüsupresif tedavi
Lenfosit	Zayıf beslenme
Hb düzeyinin 10 mg/dl'den küçük olması	Operasyonun 2,5 saatten uzun sürmesi

Enfeksiyon, hastanın tekrar ameliyata alınmasını veya yeniden yatışının gerçekleşmesini gündeme getirebilmektedir. Bu nedenle hastanın ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında enfeksiyon riskine karşı korunması önem taşımaktadır.

Total diz veya kalça protezi olan hastaların belirli süre içerisinde yeniden yatışına neden olan durumlar içerisinde; pulmoner emboli, derin ven trombozu, enfeksiyon ve dislokasyon sayılabilmektedir (Chiperhealth, 2020).



3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, total diz veya kalça protezi olan yetişkin hastaların komorbidite faktörlerinin bakım verenlerde algılanan bakım yükü ve yeniden yatış üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı bir prospektif çalışmadır.

3.2.Araştırmanın Yeri

Araştırma Afyonkarahisar ilinde bulunan Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin ortopedi ve travmatoloji kliniğinde gerçekleştirildi. Ortopedi ve travmatoloji kliniğinde 25 yatak kapasiteli olup 12 hemşiresi, 7 ortopedi ve travmatoloji uzman doktoru, 10 asistan doktor ile hizmet vermektedir. Ortopedi ve travmatoloji kliniğinde toplam 307 hasta, Ocak 2018- Ocak 2019 yılları arasında total diz veya kalça protezi gerekçesiyle yatış yapıldığı belirlendi.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın evreni, ortopedi ve travmatoloji kliniğinde Haziran 2019 – Ocak 2020 tarihleri arasında total kalça veya diz protezi ameliyatı olup yatan 18 yaş ve üzerindeki tüm hastalar ve hasta yakınları oluşturdu. Araştırmada evrenin tamamı yerine tamamen zaman kısıtlılığından dolayı örneklem alınma yoluna gidilmiş olup, örneklem büyüklüğü kolay örnekleme yöntemi kullanılarak belirlendi (Ural ve Kılıç, 2013).

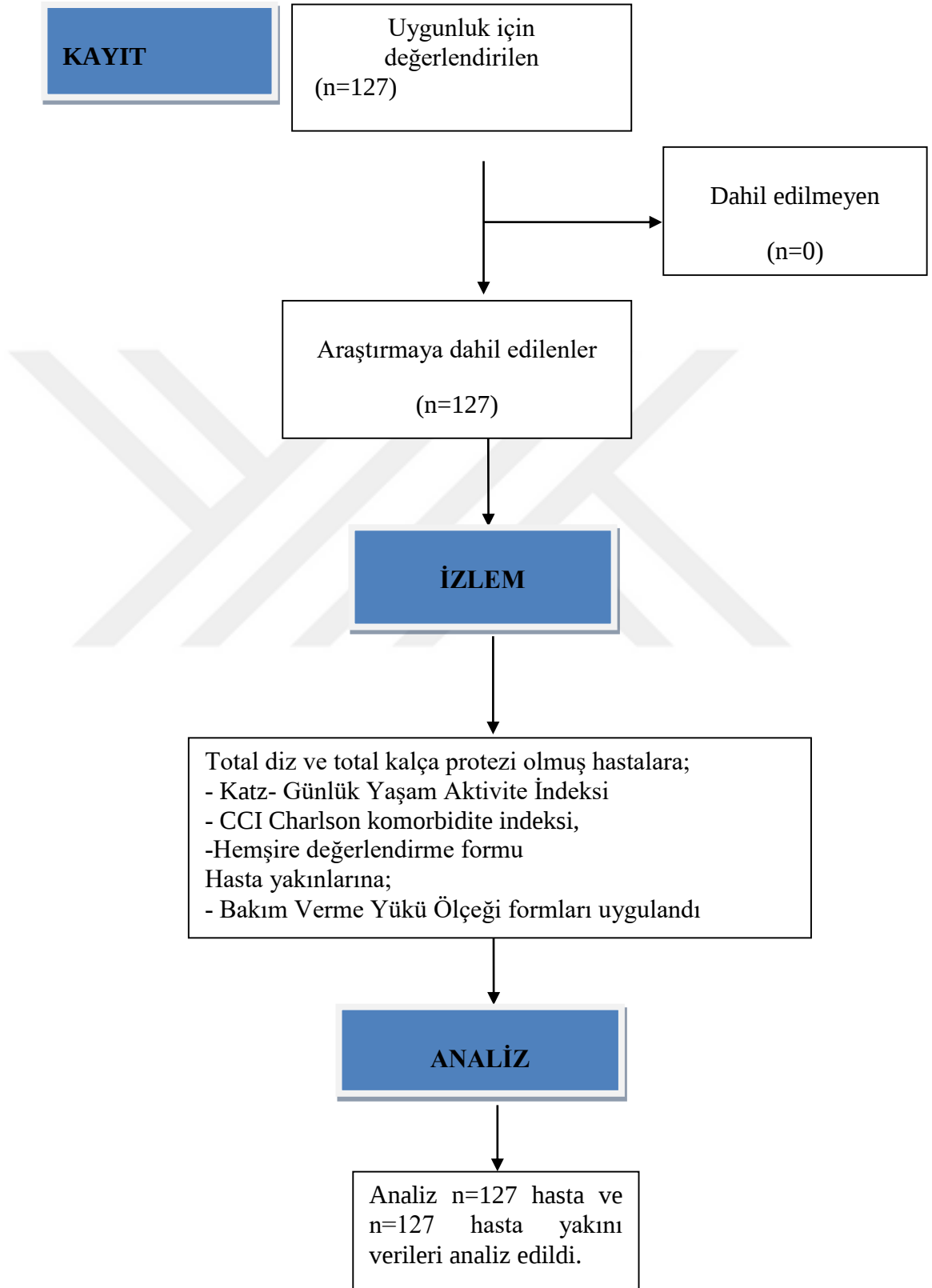
Araştırmanın örneklem büyüklüğünü belirlemek üzere nicel araştırmalar için önerilen $n = N \cdot s^2 \cdot Z_{\alpha/2}^2 / [(N-1) \cdot d^2 + s^2 \cdot Z_{\alpha/2}^2]$ formülü kullanılmıştır (Özdamar, 2001). Buna göre standart sapma $s=1$, anlamlılık düzeyi olarak 0,005 (%95güven düzeyi) karşılık gelen teorik değer $Z_{0,05}=1,96$ ve örneklem hatasını veren etki büyüklüğü $d=0,15$ olarak alındı. Formül uygulandığında minimum örneklem büyüklüğü 113 olarak hesaplanmıştır. Bu doğrultuda eksik, veriler dikkate alınarak 127 hasta ve hasta yakını örneklem grubunu oluşturdu. Araştırmaya gönüllü olarak katılmayan hasta ve hasta yakını olmadığından veri kaybı oluşmadı. Araştırmanın örneklem ve veri toplama sürecine ilişkin bilgiler çalışma akış şemasında verildi (Şekil 1).

3.4.Araştırmaya alınma kriterleri

- 18 ve üzeri yaş olmak
- Hastaların total diz veya total kalça protezi ameliyatı geçirmiş olmak,
- Hastaların total diz veya total kalça protezi ameliyatı sonrası bakım veren kişinin bulunması
- İletişim sorunu olmayan (konuşma, işitme, yabancı dil) bakım veren hasta ve hasta yakınları
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak

3.5.Araştırmaya alınmama kriterleri

- Total kalça veya total diz ameliyatı olmayan hastalar ve yakınları,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan hastalar veya hasta yakınları,
- İletişim kurulamayan hasta ve bakım vermeyenler araştırmaya dahil edilmedi.



Şekil 3.1: Çalışmanın Akış Şeması

3.6.Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri, araştırmaya katılan hasta ve hasta yakınlarının yaş cinsiyet, eğitim durumu, yaşanılan yer vb. sosyodemografik özellikleri ile hastaların vital bulguları (tansiyon, ateş vb.), hastaların kronik hastalık öyküsü, Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeks puanı, Hastaların Charlson Komorbidite İndeks puanı, Braden Basınç Yarası Risk Tanılama ve İtahi Düşme Riski, Visual Analog Skala (VAS) puanları gibi klinik değerlendirmelerinden oluşmaktadır.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri ise hastaya bakım verenlerin Zarit Bakım Yüğü Ölçeği'nden aldıkları puanlar ve hastaların 30 gün sonra yeniden yatış yapma durumlarını içermektedir.

3.7.Araştırmanın Hipotezleri

H₀: Total diz veya total kalça protezi uygulanan hastaların komorbidite faktörlerinin yeniden yatış üzerine etkisi yoktur.

H₁: Total diz veya total kalça protezi uygulanan hastaların komorbidite faktörlerinin bakım verenlerde algılanan bakım yükü üzerine etkisi yoktur.

H₂: Total diz veya total kalça protezi uygulanan hastaların komorbidite faktörlerinin yeniden yatış üzerine etkisi vardır.

H₃: Total diz veya total kalça protezi uygulanan hastaların komorbidite faktörlerinin bakım verenlerde algılanan bakım yükü üzerine etkisi vardır.

3.8.Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri hasta ve hastaya bakım verenlerden ayrı ayrı toplandı. Hastaya ait klinik veriler anket formları aracılığı ile hasta dosya kayıtlarından elde edildi. Hastaya bakım verenlerin veri formları yüz yüze görüşme yöntemi ile dolduruldu. Veri toplama araçları olarak (1) hasta tanıtım formu, (2) Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (Katz GYA), (3) Charlson Komorbidite İndeksi (CKİ) ve (4) Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği ve Hemşire Değerlendirme Formu (5) kullanıldı.

3.8.1. Hasta Tanıtım Formu

Literatürden yararlanılarak hazırlanan (Gronbeck ve ark., 2019; Bradley ve ark.,2013) bu formda, hastaların demografik özelliklerine ulaşmayı amaçlayan sekiz soruya ek olarak hastaneye 30 gün içinde yatış olup olmadığı, olduysa hangi bölüme yatış ve yatış nedenleri olmak üzere toplam 10 soru bulunmaktadır. Hastaların klinik durumlarını sorgulayan, hasta dosyası ve hemşire değerlendirme formları ile elde edilen sistem değerlendirmeleri, vital bulguları, basınç yarası riski, düşme riski, ağrı düzeylerini içeren sorular bulunmaktadır. Taburcu olduktan 30 gün sonra hastalara telefon edilerek ve hastane kayıtlarından yeniden yatış bilgileri elde edildi (Ek 1).

3.8.2. Katz GYA Ölçeği

Katz ve arkadaşları tarafından 1963 yılında geliştirilen form, yaşlılarda ve kronik hastalığı olan kişilerin tedavi sürecinin değerlendirilmesinde kullanılması amaçlanmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik-güvenirlilik çalışması Pehlivanoğlu ve arkadaşları tarafından 2018 yılında yapılmıştır. Katz'ın GYA Ölçeği altı aktivitenin (banyo, giyinme, tuvalet, hareket, boşaltım, beslenme aktiviteleri) puanlanmasından oluşmaktadır. Katz GYA Ölçeği'nin her bir aktivitesi için bağımlı (1 puan), kısmen bağımlı (2 puan) ve bağımsız (3 puan) olmak üzere üç seçenek bulunmaktadır. GYA indeksinde 0-6 puan bağımlı, 7-12 puan yarı bağımlı, 13-18 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir (Pehlivanoğlu ve ark., 2018; Ek 2).

3.8.3. Charlson Komorbidite İndeksi (CKİ)

CKİ, bir yıllık mortalite riski ve hastalık yükünün bir ölçüsü olarak 1987 yılında New York hastanesine başvuran dahiliye hastalarının bir yıllık mortalite verilerine göre geliştirilmiştir. İndeks 1-6 puan arasında olmak üzere 19 tıbbi tanıyı kapsamaktadır (Charlson, 1987). Klinik uygulamada, CKİ'nde yer alan tıbbi tanıların tek bir sayısal puan verilir ve bu da sağlık profesyonellerine hastaları hastalık şiddetine göre alt gruplara ayırma, hedeflenen bakım modelleri geliştirme konusunda yardımcı olmaktadır. Komorbiditeler, mortalite riski ve hastalık şiddeti için 1'den 6'ya kadar puanlandırılır ve daha sonra toplam indeks skorunu belirlemek için puanlar toplanır. CKİ'ye göre 40 yaş ve sonrası her on yıl için 1 puan eklenmektedir. İndeksten en düşük "0" puan ve en yüksek

“37” puan alınmaktadır. Puan artıkça, tahmin edilen ölüm oranının artmasıyla sonuçlanır (Charlson Comorbidities Index, 2016; Ek 3).

3.8.4. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı (Zarit BVYÖ)

Zarit BVYÖ, yaşlılarda bakım verenin yükünü, yaşadığı stresi hesaplamak için Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. Bakım veren veya araştırmacı tarafından yüzyüze görüşerek doldurulabilen bu ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Bakım verme yüğü ölçeğı'nin Türkçe'ye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği İnci ve Erdem (2008) tarafından yapılmıştır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında iç tutarlılık katsayısı 0.87 ile 0,94 arasında, test-tekrar test güvenilirliğini 0,71 olarak bulunmuştur (İnci ve Erdem, 2008). Ölçek asla= 0 puan; nadiren=1 puan, bazen=2, oldukça sık=3, ya da her zaman=4 şeklinde değişen beşli Likert tipi değerlendirmeye sahiptir (Zarit ve Zarit, 1990).

Ölçekten en az “0” puan, en fazla ise “88” puan alınabilmektedir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle özel hayat, maddi sorunlar, sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının gittikçe artması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir (Zarit ve Zarit 1990; Ek 4).

3.8.5. Hemşire Değerlendirme Formu

Yatan hastaları hemşireler tarafından tedavi sürecindeki kayıtlarının ve takibinin yapıldığı ortopedik kliniğinde rutin kullanılan formdur. Bu form, hastaya ait öykü, hemşire fizik muayene, vital bulgular, VAS, ASA sınıflandırma Formu ile Braden Basınç Yarısı Ve İtahi düşme Risk Puanlarını içermektedir.

3.9.Verilerin Analizi

Analizlerin yapılmasında istatistiksel paket programı Statistical Package for Social (SPSS-22) 22.0 istatistik paket programı kullanıldı. Araştırmaya katılan hastalara ve bakım verenlere ait tanıtıcı özelliklerin sayı ve yüzde dağılımları verildi. Çalışmada kullanılan Katz-GYA formu, CKI ve Zarit BVYÖ'nin her birinin maddeleri ayrı olarak sayı, yüzde, aritmetik ortalama ve standart sapma kullanılarak özetlendi. Normal dağılım gösteren değişkenlerin puan ortalamasının karşılaştırılmasında grup sayısı iki olanlarda

T-testi üç ve daha fazla olanlar için varyans analizi kullanılmıştır. Hastaların bireysel ve klinik özellikleri ile hastaneye yeniden yatış arasındaki ilişki Ki kare ve Tek Değişkenli Logistik Regresyon analizi ile incelendi. Hastaların bireysel özellikleri ile bakım verme yükü arasındaki ilişkinin analizinde Pearson Kolerasyon kullanıldı. Günlük yaşam aktiviteleri ve komorbiditenin bakım verme yükü üzerindeki etkisine ilişkinin analizinde ise Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi uygulandı.

3.10. Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları

Araştırma sonuçlarının güvenilirliği hasta ve hasta yakınlarının verdiği yanıtlar ile sınırlıdır. Araştırmanın tek merkezde yapılması ise diğer bir sınırlılığını oluşturmaktadır.

3.11. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma planlandıktan sonra araştırmanın yapılacağı birim sorumlusundan ve hastane yönetiminden 19.08.2019 tarihinde 2019/19 sayılı toplantısı izin alındı. Etik kurul onayı Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 05.07.2019 tarih ve 2019/245 sayılı kararı ile alındı (Ek 5). Araştırmaya dahil edilen hasta ve hasta yakınlarına araştırma hakkında bilgi verilerek yazılı ve sözlü izinleri alındı. Araştırmada kullanılacak ölçekler için;

- Katz GYA Ölçeğinin Türkçe geçerlilik güvenilirliğini yapan Güneş Arık'tan (Ek 7),
- Zarit Bakım Yükü Ölçeği için (Ek 8) mail yoluyla izin alınmıştır.

4.BULGULAR

4.1.Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya dahil edilen hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.1.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.1.1: Hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre dağılımı (n=127)

Değişkenler		TDP		TKP		Toplam		p*
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet								
	Kadın	84	83,6	17	65,8	101	79,5	0,03
	Erkek	17	16,8	9	34,6	26	20,5	
Yaş (x±SS)		66,32±8,61		61,40±12,61		63,35±9,67		0,02
Yaş grupları								
	50 ve Altı Yaş	5	4,95	6	23,7	11	8,7	p<0,001
	51-60 Yaş	15	14,85	7	29,3	22	17,3	
	61-70 Yaş	45	44,6	6	23,7	51	2,2	
	71 ve Üzeri Yaş	36	35,6	7	29,3	43	33,8	
Eğitim durumu								
	Okur Yazar Değil	24	23,8	7	26,92	34	26,8	0,66
	İlköğretim	64	63,4	15	57,69	79	62,2	
	Ortaöğretim	5	4,9	1	3,84	6	4,7	
	Lise ve Üzeri	5	4,9	3	11,5	8	6,3	
Yaşanılan yer								
	İl	32	31,6	8	30,8	40	31,5	0,17
	İlçe	41	40,6	9	34,6	50	39,4	
	Köy	28	27,8	9	34,6	37	29,1	
Yatış süresi (gün) (±SS)		9±6,53		10,7±12,13		9,34±7,92		0,33
30 günlük yeniden yatış								
	Evet	16	15,8	2	7,7	18	14,2	0,28
	Hayır	85	84,2	24	92,3	109	85,8	
Yeniden yatış yapılan klinik								
	Ortopedi	9	56,3	2	100,0	11	61,1	0,48
	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	6	37,5	0	0	6	33,3	
	Nöroloji	1	6,2	0	0	1	5,6	
Yeniden yatış nedeni								
	Enfeksiyon	7	43,8	2	100,0	9	50,0	0,64
	Rehabilitasyon	6	37,5	0	0,00	6	33,3	
	Bilinç değişikliği	1	6,2	0	0,00	1	5,5	
	Dislokasyon	2	12,5	0	0,00	2	11,1	
ASA sınıflandırma								
	ASA 1	8	7,9	4	15,3	12	9,4	0,32
	ASA 2	62	61,4	15	57,8	77	60,2	
	ASA 3	31	60,7	7	26,9	38	30,4	

TDP: Total Diz Protezi; TKP: Total Kalça Protezi; ASA: Amerikan Anestezistler Derneği; *T test ve F test

Tablo 4.1.1’de çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri incelendiğinde; TDP ve TKP grubu hastalar arasında yaş grupları ve cinsiyet açısından fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Tüm hastaların yaş ortalaması $63,35\pm9,67$ yıldır. Hastaların %79,5’i kadın, %20,5’i erkek olup %8,7’sinin 50 yaş ve altı, %17,3’ünün 51-60 yaş arası, %2,2’sinin 61-70 yaş arası, %33,8’nin 70 yaş ve üzeri olduğu belirlendi. Hastaların %26,8’nin okur-yazar olmadığı, %62,2’sinin ilköğretim, %4,7’sinin ortaöğretim, %6,3’ünün lise ve üzeri okullardan mezunu olduğu görüldü. Hastaların %31,5’inin il merkezinde, %39,4’ünün ilçede, %29,1’i ise köy/kasabada ikamet ettiği belirlendi. Hastaların 30 gün sonra hastaneye yeniden yatışları incelendiğinde, %14,2’sinin yeniden hastaneye yattığı %85,8’sinin yatış durumunun olmadığı görüldü. Yeniden yatış yapan hastaların ise, yeniden yatış yaptıkları kliniklerin %61,1 oranında ortopedi, %33,3 oranında fizik tedavi kliniği ve %5,6’sının nöroloji kliniği olduğu belirlenmiştir. Hastaların yeniden yatış nedenleri incelendiğinde, hastaların %7,1’inin enfeksiyon, %4,7’sinin rehabilitasyon, %1,6’sının dislokasyon ve %0,8’inin bilinç değişikliği nedeniyle hastaneye yattığı belirlendi (Tablo 4.1.1).

Tablo 4.1.2: Hastaların klinik bulgularına göre dağılımı.

Değişkenler	Zaman			
	Yatış Sırasında		Taburculuk Sırasında	
Vital bulgular	$\bar{x}\pm SS$	Min- Max	$\bar{x}\pm SS$	Min- Max
Nabız atım/dk	$83,78 \pm 12,45$	56- 130	$83,46\pm7,98$	62-102
Ateş (°C)	$36,34 \pm 0,24$	36- 37	$36,40\pm0,24$	36-36,9
Sistolik KB (mmHg)	$119,76\pm11,71$	100- 160	$119,52\pm7,64$	100-140
Diastolik KB (mmHg)	$72,44\pm9,14$	60- 90	$73,46\pm8,57$	60-90
SPO ₂ (%)	$92,86\pm2,91$	89- 98	$93,36\pm1,85$	90-98
VAS	$1,09\pm1,21$	0-6	$1,06\pm1,19$	0-6
ASA skoru	$2,20\pm0,61$	0-3	$2,20\pm0,61$	0-3
Braden Basınç Yarası RTÖ	$21,02\pm1,88$	16-23	$21,00\pm1,88$	16-23
İtaki Düşme RTÖ	$8,69\pm2,96$	1-15	$9,18\pm2,40$	6-15

SPO₂: Oksijen Saturasyonu; VAS: Visual Analog Skala; ASA:Amerikan Anestezitler Derneği RTÖ: Risk Tanılama Ölçeği,

Tablo 4.1.2 incelendiğinde, hastaların nabız değeri ortalamalarının yatış sırasında $83,78\pm12,45$ atım/dk., taburculuk sırasında $83,46\pm7,98$ atım/dk., ateş değeri ortalamalarının yatış sırasında $36,34\pm0,24^{\circ}\text{C}$; taburculuk sırasında $36,34\pm0,24^{\circ}\text{C}$ olduğu görüldü. Hastaların sistolik kan basıncı ortalamalarının yatış sırasında $119,76\pm11,71$ mmHg; taburculuk sırasında $119,52\pm7,64$ mmHg olduğu ve diastolik kan basıncı ortalamalarının yatış sırasında $72,44\pm9,14$ mmHg; taburculuk sırasında $73,46\pm8,57$ mmHg olduğu belirlendi. Hastaların SPO₂ değeri ortalamaları yatış sırasında $92,86\pm2,91$; taburculuk sırasındaki $93,36\pm1,85$ olarak bulundu (Tablo 4.1.2).

Hastaların VAS puan ortalamaları yatış sırasında $1,09 \pm 1,21$; taburculuk sırasında $1,06 \pm 1,19$ puandır. ASA puan ortalamaları yatış sırasında ve taburculuk sırasında $1,06 \pm 1,19$ olarak belirlendi. Braden Basınç Yarası RTÖ puan ortalamaları yatış sırasında $21,023 \pm 1,88$; taburculuk sırasında $21,000 \pm 1,88$ puan, İTAKİ Düşme RTÖ puan ortalamaları yatış sırasında $8,69 \pm 2,96$; taburculuk sırasında $9,18 \pm 2,40$ puan olduğu tespit edildi (Tablo 4.1.2).

Çalışmaya katılan hastaların yatış sırasında ve taburculuk sırasındaki sistemlerine yönelik hemşire değerlendirmelerinin dağılımları Tablo 4.1.3’de verildi.

Tablo 4.1.3: Hastaların yatış sırasında ve taburculuk sırasındaki sistemlere yönelik hemşire değerlendirmelerinin dağılımı.

Sistemlere ilişkin sorun	Var/Yok	Yatış Sırasında		Taburculuk Sırasında	
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Üriner Sistem	Var	11	8,7	8	6,3
	Yok	116	91,3	119	93,7
Solunum Sistemi	Var	22	17,3	22	17,3
	Yok	105	82,7	105	82,7
Sindirim Sistemi	Var	12	17,3	-	-
	Yok	115	82,7	-	-
Sinir Sistemi	Var	9	7,1	10	7,9
	Yok	118	92,9	117	92,1
Dermatoloji	Var	4	3,1	2	1,6
	Yok	123	96,9	125	98,4
Dolaşım Sistemi	Var	51	40,2	51	40,2
	Yok	76	59,8	76	59,8
Vasküler Sistemi	Var	25	19,7	25	19,7
	Yok	102	80,3	102	80,3
Beslenme Sistemi	Var	20	15,7	4	3,1
	Yok	107	84,3	123	96,9
Psikiyatrik Sorun	Var	26	20,5	12	9,4
	Yok	101	79,5	115	90,6
Kas-iskelet Sistemi	Var	51	40,2	7	5,5
	Yok	76	59,8	120	94,5

*Birden fazla seçenek seçilmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların sıklık durumuna göre %40,2’sinin yatış ve taburculuk sırasında dolaşım sistemi problemi, yatış sırasında %40,2’sinde kas iskelet sistemi sorunu, %20,5’inde yatış sırasında psikiyatrik sorunları olduğu görüldü.

Tablo 4.1.4: Katz’ın GYA indeksine ilişkin betimsel istatistikler.

	Yatış Sırasında	n	%	$\bar{X} \pm Ss$
Banyo	Bağımlı	41	32,3	1,88±0,71
	KısmenBağımlı	60	47,2	
	Bağımsız	26	20,5	
Giyinme	Bağımlı	26	20,5	2,039±0,67
	KısmenBağımlı	70	55,1	
	Bağımsız	31	24,4	
Tuvalet yapma	Bağımlı	35	27,6	1,94±0,70
	KısmenBağımlı	64	50,4	
	Bağımsız	28	22,0	
Transfer	Bağımlı	42	33,1	1,84±0,69
	KısmenBağımlı	63	49,6	
	Bağımsız	22	17,3	
Kontinans	Bağımlı	11	8,7	2,44±0,65
	KısmenBağımlı	48	37,8	
	Bağımsız	68	53,5	
Beslenme	Bağımlı	11	8,7	2,44±0,65
	Kısmen bağımlı	48	37,8	
	Bağımsız	68	53,5	
Toplam		127	100	12,60±3,21

GYA: Günlük Yaşam Aktivitesi

Hastaların yatış sırasında alınan Katz’ın GYA indeksine ilişkin betimsel istatistikler Tablo 4.1.4 sunuldu. Hastaların yıkanma eylemini gerçekleştirme sırasında %32,3’ünün bağımlı olduğu, %47,2’sinin kısmen bağımlı olduğu, %20,5’inin bağımsız olduğu tespit edildi. Giyinme sırasında %20,5’inin bağımlı, %55,1’nin kısmen bağımlı, %24,4’nün bağımsız olduğu görüldü. Hastalar tuvalet ihtiyacını karşılarken %27,6’sının bağımlı, %50,5’inin kısmen bağımlı, %24,4’ünün bağımsız olduğu bulundu. Transfer sırasında hastaların %33,3’ünün bağımlı, %49,6’sının kısmen bağımlı, %17,3’ünün bağımsız olduğu görüldü. Hastaların kontinans durumlarına göre %8,7’sinin bağımlı, %37,8’inin kısmen bağımlı, %53,5’inin bağımsız olduğu görüldü. Beslenme durumlarında hastaların %8,7’sinin bağımlı, %37,8’inin kısmen bağımlı ve %53,5’inin bağımsız olduğu bulundu. Hastaların toplam GYA indeks puan ortalaması 12,60±3,21 olduğu düzeyini ise 7-12 puan aralığında olup “yarı bağımlı” oldukları belirlendi.

Total diz veya kalça ameliyatı olan hastaların CKI’ne ilişkin betimsel istatistiksel Tablo 4.1.5’de verilmiştir.

Tablo 4.1.5: Charlson Komorbidite İndeksine ilişkin betimsel istatistikler.

Ölçek Maddeleri	Katılım Düzeyi			
	Yok		Var	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Miyokard İnfarktüsü /Koroner hastalığı	101	79,5	26	20,5
Konjestif Kalp Yetmezliği	78	61,4	49	38,6
Periferik Arter Hastalığı (6cm≤aort anevrizması dahil)	124	97,6	3	2,4
Serebrovasküler Hastalık (Hafif sekel ya da sekelsiz) -GİA	125	98,4	2	1,6
Demans	119	93,7	8	6,3
Kronik Akciğer Hastalığı	121	95,3	6	4,7
Bağ Doku Hastalığı	122	96,1	5	3,9
Peptik Ülser	121	95,3	6	4,7
Kronik Hepatit- Hafif Karaciğer Hastalığı (Pulmoner Hipertansiyon olmaksızın)	127	100,0	0	0
Komplikasyonsuz DM (Diyet kontrollü DM hariç)	105	82,7	22	17,3
Hemipleji	127	100,0	0	0
Böbrek hastalığı (Orta-ağır düzeyde)	124	97,6	3	2,4
DM+End organ yetmezliği	118	92,9	9	7,1
Metastaz olmaksızın Tümör (Tamı konduktan sonraki ilk 5 yıl içinde olmak koşuluyla)	123	96,9	4	3,1
Lösemi (Akut- kronik)	127	100,0	0	0
Lenfoma	127	100,0	0	0
Orta şiddetli karaciğer hastalığı	127	100,0	0	0
Metastatik solid tümör	127	100,0	0	0
AIDS	127	100,0	0	0
40 yaşından sonrası her 10yıl için artı 1 puan verilir.	Sayı (n)		Yüzde (%)	
≤2	78		61,4	
>2	49		38,6	
Toplam CKI ortalama± SD	2,59±2,41			

GİA: Geçici İskemik Atak; DM:Diabetes Mellitus; AIDS:Acquired Immune Deficiency Sendromu

Total diz veya kalça ameliyatı olan hastaların Charlson Komorbidite İndeksine ilişkin betimsel istatistiksel Tablo 4.1.5.'de verilmiştir.

Hastaların %38,6'sında konjestif kalp yetmezliği, %20,5'inde miyokard infarktüsü/koroner hastalığı, %17,3'ünde komplikasyonsuz DM (Diyet kontrollü DM hariç), %7,1'inin DM+Endikasyonsuz organ yetmezliği, %6,3'ünün demans, %4,7'sinin kronik akciğer hastalığı ve peptik ülser, %3,1'inin metastaz olmaksızın tümör bulunduğu, %2,4'ünün periferik arter hastalığı ve böbrek hastalığı, %1,6'sının serebrovasküler hastalığı olduğu görüldü. Hastaların CKI puanlarına göre 1 yıllık mortalite risk puanı “≤2” olanlar %61,4; “>2” olanlar %38,6 olup CKI ortalama puanının 2,59±2,41 olduğu görüldü.

Çalışma kullanılan ölçeklerin alt gruplarına göre dağılımları Tablo 4.6.'da incelenmiştir.

Tablo 4.1.6: Ölçeklerin alt gruplara göre dağılımı çalışma kullanılan ölçeklerin alt gruplarına göre dağılımları.

Ölçek isimleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi		
Bağımlı	2	1,6
Kısmen bağımlı	74	58,3
Bağımsız	51	40,2
Charlson Komorbidite İndeksi		
Risk eşit	14	11,0
Göreceli risk 2 kat fazla	113	89,0

Katz'ın günlük yaşam aktiviteleri indeksi alt gruplarına bakıldığında hastaların %1,6'sının bağımlı, %58,3'ünün kısmen bağımlı, %40,2 (n=51)'sinin bağımsız olduğu bulunmuştur. CKI incelendiğinde alt grupları incelendiğinde; hastaların %11,0'nde risk eşit, %89,0'nın da göreceli riskin 2 kat fazla olduğu bulundu.

4.2. Bakım verenlerin sosyo demografik özelliklerine ve bakım yüklerine yönelik bulgular.

Tablo 4.2.1: Bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları.

Değişken	Sayı n)	Yüzde (%)
Yaş ortalaması (ortalama $\pm$ SS) 46,27 $\pm$ 12,53; Min-max:17-77 yaş		
Yaş grupları	30 yaş altı	12
	30-39 Yaş	22
	40-49 Yaş	46
	50-59 yaş	14
	60 ve üzeri yaş	6
Cinsiyet	Kadın	94
	Erkek	33
Eğitim Durumu	Okur Yazar Değil	6
	İlköğretim	55
	Ortaöğretim	14
Yaşanılan Yer	Lise ve Üzeri	52
	İl	67
	İlçe	38
Bakım verenin hasta yakınlığı	Köy	22
	Eşi	23
	Kızı	51
	Oğlu	16
	Akraba	7
	Bakıcı	2
	Annesi	1
	Babası	1
	Gelini	18
	Kardeşi	3
	Yeğeni	3
	Torunu	2
Bakım verenin baktığı gün sayısı	1-5 gün	74
	6-10 gün	40
	11-15gün	8
	15gün üzeri	5

Tablo 4.2.1' in devamı

Değişken		Sayı (n)	Yüzde (%)
Bakım verenin bakım zamanı	Gece	6	4,7
	Gündüz	4	3,1
Bakım verenin çalışma şekli	Gece gündüz	117	92,2
	Tam gün	32	25,2
	Yarım gün	6	4,7
	Çalışmıyor	89	70,1
Toplam		127	100

$\bar{x}$: Ortalama, Ss: Standart Sapma

Tablo 4.2.1'de bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri incelenmiştir. Bakım verenlerin %74'ünün kadın, %26'sının erkek olduğu tespit edildi. Bakım verenlerin yaş ortalaması $46,27 \pm 12,53$ olup, %4,7'sinin okur yazar olmadığı, %43,3'ünün ilköğretim, %11'inin orta öğretim ve %41' ninlise ve üzeri okullardan mezun olduğu görüldü. Bakım verenlerin %52,8'si il, %29,9'u ilçe, %17,3'ü köyde yaşadığı tespit edildi. Bakım verenlerin %40,2'si hastanın kızı, %18,1'inin eşi, %14,2'sinin gelini, %12,6'sının oğlu olduğu görüldü. Bakım verenlerin baktıkları ortalama gün sayısı incelendiğinde %58,3'ü 1-5 gün, %31,5'i 6-10 gün, %6,3'ü 11-15 gün ve %3,9'u 15 gün üzeri bakım verdiği tespit edildi. Bakım verenlerin %4,7'si gece, %3,1'i gündüz, %92,2'i hem gece hemde gündüz bakım verdiği görüldü. Bakım verenlerden %25,2'sinin tam gün çalıştığı, %4,7 'sinin yarım gün, %70,1'inin çalışmadığı tespit edildi.

Tablo 4.2.2: Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı'ne ilişkin betimsel istatistikler.

		Katılım düzeyi						$\bar{X}$	SS
İfadeler		Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Oldukça Sık	Her Zaman			
Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?	n	40	20	29	18	20			
	%	31,5	15,7	22,8	14,2	15,8	2,19	1,90	
Yakınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?	n	54	20	28	13	12			
	%	42,5	15,7	22,0	10,2	9,4	1,70	1,80	
Yakınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?	n	62	20	19	13	13			
	%	48,8	15,7	15,0	10,2	10,2	1,52	1,84	
Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?	n	83	17	19	5	3			
	%	65,3	13,4	15,0	3,9	2,4	0,85	1,40	
Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?	n	84	20	12	10	1			
	%	66,1	15,7	9,4	7,9	0,8	0,79	1,35	
Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?	n	84	15	21	6	1			
	%	66,1	11,8	16,5	4,7	0,8	0,84	1,36	
Geleceğin yakınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?	n	49	25	27	10	16			
	%	38,6	19,7	21,3	7,9	12,6	1,77	1,83	
Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?	n	41	14	24	16	32			
	%	32,3	11,0	18,9	12,6	25,2	2,44	2,04	
Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?	n	78	22	15	10	2			
	%	61,4	17,3	11,8	7,9	1,6	0,92	1,43	
Yakınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?	n	85	20	11	9	2			
	%	66,9	15,7	8,7	7,1	1,6	0,77	1,36	
Yakınızın nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yasayamadığınızı düşünüyor musunuz?	n	77	20	19	5	6			
	%	60,6	15,7	15,0	3,9	4,7	1,00	1,52	
Yakınıza bakımın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?	n	68	26	18	9	6			
	%	53,5	20,5	14,2	7,1	4,7	1,14	1,57	
Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?	n	80	12	19	8	8			
	%	63,0	9,4	15,0	6,3	6,3	1,11	1,67	

İfadeler		Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Oldukça Sık	Her Zaman	$\bar{X}$	SS
Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?	n	28	12	29	26	32	2,85	1,89
	%	22,0	9,4	22,8	20,5	25,2		
Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?	n	65	15	20	15	12	1,53	1,85
	%	51,2	11,8	15,7	11,8	9,4		
Yakınınıza bakmayı daha fazla sürdürmeyeceğinizi hissediyor musunuz?	n	84	11	20	7	5	0,97	1,56
	%	66,1	8,7	15,7	5,5	3,9		
Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?	n	66	26	20	9	6	1,19	1,58
	%	52,0	20,5	15,7	7,1	4,7		
Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?	n	77	21	19	6	4	0,96	1,46
	%	60,6	16,5	15,0	4,7	3,1		
Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?	n	61	24	26	10	6	1,35	1,63
	%	48,0	18,9	20,5	7,9	4,7		
Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?	n	28	19	29	23	28	2,66	1,88
	%	22,0	15,0	22,8	18,1	22,0		
Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?	n	9	9	18	24	67	3,88	1,56
	%	7,1	7,1	14,2	18,9	52,8		
Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?	n	40	31	30	21	5	1,81	1,65
	%	31,5	24,4	23,6	16,5	3,9		
Toplam puan							34,34	21,5

Bakım yükü ölçeğine ilişkin betimsel istatistikleri Tablo 4.2.2’de verilmiştir. Bakım verenlerin en yüksek ortalama sahip ölçek maddelerinin “Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz? ($3,88 \pm 1,56$), Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz? ($2,85 \pm 1,89$) ve Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz? ($2,66 \pm 1,88$) olduğu görüldü. Bakım verenlerin cevaplarına göre en düşük ortalamaya sahip ölçek maddeleri ise; Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz? ($0,77 \pm 1,36$), Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz? ($0,79 \pm 1,35$) ve Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?

(0,85±1,40) olduğu görülmektedir. Ancak bu maddeler ters maddeler olduğu için anı zamanda olumlu yargı gösterdikleri anlamına da gelmektedir. Bakım verenlerin ortalama yük puanları 34,34± 21,55 olarak diğer bir anlamda hafif/orta derecede yük olduğu saptandı.

Tablo 4.2.3: Hastaya bakım verenlerin bakım yüklerine göre dağılımları.

Bakım yükü	Sayı (n)	Yüzde (%)
Az/hiç yük olmaması	38	29,9
Hafif/orta derecede yük	50	39,4
Orta ileri derecede yük	23	18,1
Aşırı yük	16	12,6
Toplam	127	100

Bakım verme yükü hesaplama formu alt grupları incelendiğinde; hasta yakınlarının %29,9'unun az/hiç yük olmaması, %39,4'ünün hafif/orta derecede yük, %18,1'inin orta ileri derecede yük, %8,7'sinin aşırı yük hissettiği tespit edildi.

4.3. Hastaların bazı sosyodemografik ve risk durumlarının taburculuk ve bakım yükü arasındaki ilişkinin incelenmesi

Tablo 4.3.1: Hastaların sosyo demografik özelliklerinin hastaneyeyeniden yatış üzerine etkisinin incelenmesi.

Değişkenler			Yeniden yatış		Toplam	X ² ;	p
			Evet	Hayır			
Cinsiyet	Kadın	N	14	87	101	0,843; 0,528	
		%	13,9	86,1	100		
	Erkek	N	4	22	26		
		%	15,4	84,6	100		
Yaş	60 ve altı yaş	N	3	30	33	0,947; 0,331	
		%	9,1	90,9	100		
	61 ve üzeri	N	15	79	94		
		%	16,0	84,0	100		
BKİ	≤24,9	N	1	8	9	0,075; 0,626	
		%	11,1	88,9	100		
	≥25	N	17	101	118		
		%	14,4	85,6	100		
Ameliyat Türü	Total Diz	n	16	85	101	1,129; 0,235	
	Protezi	%	15,8	84,2	100		
	Total Kalça	n	2	24	26		
	Protezi	%	7,7	92,3	100		
Toplam		n	18	109	100		
		%	14,2	85,8	100		

X²: Ki kare bağımsızlık testi; BKİ: Beden Kitle İndeksi; p<0,005

Tablo 4.3.1'deki oransal verilere göre, kadın hastaların %13,9'nin, erkek hastaların %15,4'i, 60 ve altı yaş hastaların %9,1'ünün, 61 ve üzeri yaş hastaların %16,0'nin, total diz protezi olan hastaların %15,8'inin ve total kalça protezi olan hastaların %7,7'sinin hastaneye yeniden yatış yaptıkları saptandı. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre $p < 0,001$ anlamlılık düzeyinde önemli bir farklılık göstermemektedir.

Tablo 4.3.2: Yeniden yatış üzerinde bağımsız değişkenlerin etkisine ilişkin tek değişkenli logistik regresyon analizi

	β	Standart Hata.	Wald	df	p	Exp(β)	95% C.I. EXP (β p)	
							Alt	Üst
Sabit	5,95	6,68	0,781	1	0,377	366,870		
Yaş grupları	-0,048	0,044	1,218	1	0,270	1,04	0,874	1,038
Kadın Cinsiyet	0,162	0,702	0,053	1	0,818	1,175	0,297	4,648
Diz Protezi	0,384	0,264	2,123	1	0,145	1,468	0,876	2,462
Katz İndeksi Toplam Puan	-0,057	0,107	0,289	1	0,591	1,05	0,766	1,164
Charlson İndeksi	0,055	0,162	0,116	1	0,734	1,057	0,770	1,450
Toplam puan								
Bakım Yüğü Ölçeği	0,001	0,015	0,005	1	0,942	1,001	0,972	1,031
Braden risk puan	-0,127	0,182	0,487	1	0,485	1,135	0,617	1,258
Düşme risk puan	0,076	0,105	0,522	1	0,470	1,079	0,878	1,327
ASA	-0,591	0,589	1,009	1	0,315	1,805	0,175	1,755

Tablo 4.3.2'deki Exp (β) değerleri, ODDS oranlarını göstermektedir. ODDS oranı; incelenen iki olayın gözlenme olasılıklarından birinin diğerine oranla kaç kat daha fazla veya kaç kat daha az olarak ortaya çıkabileceğini gösterir. Analiz sonucunda bağımsız değişkenler için β katsayıları negatif değer aldığında ODDS oranı yani Exp (β) negatif ilişki dikkate alınarak azalış yönünde yorumlanmaktadır. Tablo 4.3.2 incelendiğinde, yeniden yatış üzerinde hastaların KATZ günlük yaşam aktiviteleri indeks, Charlson Komorbidite indeksi ve Bakım Verme Yüğü'nün 0,05 anlamlılık düzeyinde etkisinin anlamlı olmadığı görülmektedir.

Elde edilen modelin geçerliliği, Hosmer Lemeshow testi ile doğrulanmıştır.

H_0 : Tahmin denklemi anlamlıdır.

H_1 : Tahmin denklemi anlamlı değildir.

Tablo 4.3.3: Lojistik Regresyon Modeli'nin sınıflandırma başarısı

		Tahmin		Doğruluk %
		Yeniden yatış Evet n	Hayır n	
Gözlem				
30 gün sonra yeniden yatış durumu	Evet	1	17	5,6
	Hayır	2	107	98,2
Ayrıntılı Yüze				85

$$X^2=3,986; p>0,05$$

Hosmer Lemeshow testi sonucunda Ki-kare değeri 4,47 olarak hesaplanmıştır. $p=0,81$ $\alpha=0,05$ olarak elde edildiğinden ve modelin %85 uygun olduğu ve H_0 hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 4.3.4: Hastaların ölçek toplam puanları ile yeniden yatış durumuna göre karşılaştırılması

	Yeniden yatış	n	$\bar{X}$	SS	t	P
Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi	Evet	18	13,166	2,79	0,79	0,428
	Hayır	109	12,513	3,28		
Charlson Komorbidite İndeksi	Evet	18	2,444	2,33	-0,291	0,771
	Hayır	109	2,6239	2,43		
Bakım Verme Yükü Ölçeği	Evet	18	37,388	24,81	0,645	0,520
	Hayır	109	33,844	21,05		

Bağımsız örneklem için T testi, $p<0,05$

Tablo 4.3.4'ün sonuçlarına göre, hastaneye yeniden yatış yapan hastaların, yeniden yatış yapılmayan hastalara göre bağımlılık ve komorbidite indeksleri ile bakım verme yükü daha yüksek olduğu görüldü. Ancak, hastaların Katz'ın GYA indeks, CKI ve Zarit BKYÖ toplam puanlarına göre hastaneye yeniden yatış durumlarında 0,05 anlamlılık düzeyinde istatistiksel bir anlamlılık göstermemektedir.

Tablo 4.3.5: Hastaların bağımsız değişkenleri ile bakım verme yükü arasındaki ilişkiye yönelik korelasyon katsayıları

İndeksler	R	P
Yaş	0,056	0,528
Yattığı gün sayısı	0,305	0,000**
ASA	0,002	0,982
Yatış günü Braden risk puanı	0,186	0,36
Taburcu günü Braden risk puanı	0,173	0,51
Yatış günü Düşme Risk puanı	0,106	0,234
Taburcu günü Düşme risk puanı	0,128	0,151
Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi	-,353	0,000**
Charlson Komorbidite İndeksi	0,174	0,050*

Test: Pearson Korelasyon Katsayısı; * $p<0,05$; ** $p<0,01$; ASA: Amerikan Anestezitler Derneği

Hastalara bakım verenlerin bakım yükü puanları ile yattığı gün sayısı ortalaması arasında istatistiksel olarak pozitif yönde ve zayıf düzeyde anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($P<0,001$). Toplam Katz'ın GYA indeks ortalama puanı arasında zayıf ve negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p=0,000$). Hastaların CKI ile bakım verme yükü ortalama puanı arasında istatistiksel olarak çok zayıf ve pozitif anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p=0,05$). Yaş, ASA skoru, Braden RTÖ ve Düşme risk ölçeği puanları ile bakım verme yükü ortalama puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmemiştir ($p>0,05$); (Tablo 4.3.5)

Tablo 4.3.6: Günlük yaşam aktiviteleri ve komorbiditenin bakım verme yükü üzerindeki etkisine ilişkin çoklu doğrusal regresyon analizi

Bağımsız Değişken	Standartlaştırılmamış Katsayılar					ANOVA
	B	SD	β	T	p	
Sabit	64,172	7,287	-	8,806	0,000**	
Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi	-2,393	0,531	-0,325	-3,357	0,000**	F=17,571 P<0,001
Hastanede kalış süresi	0,843	0,216	0,310	3,908	0,000	
Charlson Komorbidite İndeksi	-0,002	0,037	-0,004	-0,042	0,919	

* $p<0,05$; ** $p<0,01$; $R=0,323$; $R^2=0,104$

Tablo 4.3.6 incelendiğinde değişkenler arasındaki çoklu doğrusal regresyon modelinin anlamlı olduğunu göstermektedir ($F=17,571$; $p<0,001$). Regresyon analizi sonucunda modele ilk adımda, Katz'ın GYA değişkeni girmektedir. Katz'ın GYA indeksinin bakım verme yükü değişkenindeki toplam varyansın %12'ünü açıkladığı sonucuna ulaşıldı ($R=0,353$, $R^2=0,125$, $F=17,85$, $p<0,001$). Regresyon katsayısı incelendiğinde ise hastaların Katz'ın GYA ile bakım verme yükü arasında negatif ilişki olduğu görülmektedir. Hastaların bağımsızlık düzeyi azaldıkça diğer bir değişle başkasına bağımlılığı arttıkça bakım yükü de artmaktadır. Hastaların hastanede kalış süresi ile bakım verme yükü arasında pozitif ilişki olduğu görülmektedir. “Charlson Komorbidite İndeksi” değişkeni model dışında kalmıştır. Komorbidite indeksinin bakım verme yükü üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı görüldü ($p=0,919$).

Tablo 4.3.7: Ölçeklerin toplam puanları ile 30 gün sonra planlanmamış yeniden yatış ve bakım yükü arasındaki ilişkiye ait Spearman-Brown Katsayıları

		yeniden yatış	Katz GYA	CKİ	Zarit BİYÖ
Yeniden yatış	Rho	1,000	1,00	0,019	-0,41
	P		0,315	0,829	0,650
	N		127	127	127
Katz GYA	Rho	-0,90	1,000	-0,410 ^{xx}	-0,344 ^{xx}
	P	0,315		0,000	0,000
	N		127	127	127
CKİ	Rho	0,019	-0,410 ^{xx}	1,000	0,221 ^x
	P	0,029	0,000		0,013
	N		127	127	127
Zarit BİYÖ	Rho	-0,041	-0,344 ^{xx}	0,221 ^x	1,000
	P	0,650	0,000	0,013	
	N		127	127	127

Katz GYA: Katz Günlük Yaşam Aktivitesi; CKİ: Charlson Komorbidite İndeksi; Zarit BİYÖ: Zarit Bakım Yükü Ölçeği ^xp<0.05; ^{xx}p<0,01

Hastaların planlanmamış 30 gün sonra yeniden yatış ile Katz GYA, CKİ ve Zarit BİYÖ arasında anlamlı ilişki olmadığı ($p>0,05$) tespit edilmiştir. Hastaların bağımlılık düzeyini belirleyen Katz GYA toplam puanı ile CKİ ($r=-0,410$, $p<0,01$) ve Zarit BİYÖ ($r=-0,344$, $p<0,01$) arasında negatif yönde zayıf- orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Araştırma, Ocak 2018 - Ocak 2019 Afyonkarahisarkarahisar ilinde bulunan Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin ortopedi ve travmatoloji yataklı biriminde gerçekleştirildi. TKP ve TDP olan yetişkin hastaların komorbidite faktörlerinin bakım verenlerde algılanan bakım yükü ve yeniden yatış üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılmış olup; çalışmadan elde edilen bulgular literatür bilgileri ile yorumlanmıştır.

5.1. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Günümüzde yaşam süresinin uzaması, kas-iskelet sisteminde görülen sorunların (osteoartirit, romatoid artrit, travmalar vb.) artmasıyla doğru orantılı olarak TKP ve TDP ameliyatlari da sayıca artış göstermektedir (Lucas, 2008). TKP ve TDP ameliyatlari, eklem yüzeylelerini yeniden yapılandırarak kalça ve diz hareketlerini yeniden sağlamayı ve ağrıyı azaltmayı hedefleyen ortopedik cerrahi tedavi yöntemleridir (King ve Phillips, 2016). İleri yaştaki hastalarda sistemik hastalıklar daha sık görülmektedir ve kemik yoğunluğu azalmaktadır (Malkoç ve ark, 2013). TKP ve TDP genellikle ileri yaş kişileri ilgilendirdiği için kişinin kardiyovasküler veya akciğer hastalığı gibi ek kronik hastalığı ile ilişkili genel komplikasyonlar görülebilmektedir. Ayrıca, yara yerine bağlı komplikasyonlar, nörovasküler komplikasyonlar, enfeksiyon, periprostetik kırıklar, protezde gevşeme, eklem instabilitesi, hareket kısıtlılığı ve nedeni açıklanamayan ağrı gibi lokal komplikasyonlar ile de karşılaşmak olasıdır (Göksan ve ark. 2002; Tiftik ve ark. 2012). Komorbid hastalıkların, hastalığın şiddeti, prognozu, mortalite ve ekonomik yükü, bireyin yaşam kalitesi ve sağ kalımı üzerinde olumsuz birçok etkisi vardır.

Bakım verme, bakım veren bireyler açısından çok boyutlu olarak algılanan bir deneyimdir. Bakım verme; büyük oranda samimiyet ve sevginin artması, kişisel gelişim, yakın ilişkilerin gelişmesi, diğer bireylerden sosyal destek görme, kendine saygı duyma, kişisel doyum sağlama gibi birçok olumlu özelliklerinin yanı sıra birçok zorluğun da yaşanmasına yol açabilmektedir (Toseland ve ark. 2001). Aile içi bakım verenlerin sağlıklarına ve yaşamlarına bakıldığında fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden güçlükler ve sorunlar yaşamaktadır (Fultner ve Raudonis, 2000). Ameliyat sonrasında korunma büyük öneme sahiptir. Hastanın komorbidite faktörleri hakkında

bilgilendirilmesi ve evde bakımının buna göre yapılması yeniden yatışları azaltmak için önemli olduğu düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalarda dejeneratif artrit gelişimine neden olabilecek faktörler arasında yaş ve cinsiyetin önemli olduğu vurgulanmaktadır. İleri yaş ve kadınlarda dejeneratif artrit görülme sıklığının arttığı belirtilmektedir (Çivi ve Tanrıkulu, 2000; Serrano ark. 2006; Telatar ve Özcebe, 2004). Elibol'un (2011) yaptığı saha çalışmasına ise, TKP uygulanan 18 yaş ve üzeri 35 erkek ve 59 kadın olmak üzere toplam 94 hasta alınmıştır. Bu çalışmada kadınlara TDP cerrahi uygulama oranı daha fazladır. Çalışma grubumuzun yaş ortalamasının $63,35 \pm 9,67$ olması ve %79,5'ini kadınların oluşturması, literatürde vurgulanan yaş ve cinsiyet ile dejeneratif eklem hastalıkları arasındaki ilişkili bilgisiyle uyumlu olduğu gözlenmektedir.

5.2. Hastaların Klinik Durumlarına İlişkin Özelliklerinin İncelenmesi

Ortopedik çalışmalarda, ASA sınıflandırması yaygın olarak kullanılmaktadır. ASA sınıflandırması, hastaları yandaş hastalıklarının ciddiyetine göre alt gruba ayırmaktadır (ASA Classification, 2019). Bu çalışmada, hastaların %9,5'nin (n= 12) ASA I (sağlıklı), %60,6' sının (n=77) ASA II (orta düzey sistemik hastalık), %29,9'nun (n=38) ASA III (ağır düzeyde sistemik hastalık) sınıflandırılmasında olduğu görüldü. Çöbden ve ark.'nın (2018), çalışmasında unilateral TKP (n=209) hastalarının ASA skorlaması incelendiğinde; 9'unun ASA I, 148'inin ASA II, 41'inin ASA III, 11'inin ASA IV grubuna dahil olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada ASA puan ortalamaları yatış sırasında ve taburculuk sırasında $1,06 \pm 1,194$ olup, %60,2'sinin ASA II, %30,4'ünün ASA III Sınıflamasında olduğu belirlendi. Olthof ve ark. (2014), total kalça atroskopisi yapılan hastaların %15,5'i ASA I, %55,6'sı ASA II, %28,9'unun ASA III sınıflandırılmasına dahil olduğu belirlendi. ASA skorunun yeniden yatış ve gerçek bakım yükü arasındaki ilişkiyi belirlenmede yararlı olacağı düşünülmektedir. Muhtemelen yüksek ASA skoru olan hastaların daha ciddi komorbiditeleri ve ameliyat sonrası dönemde gereksinimlerinin yüksek olması beklenmektedir. Çalışma bulgularına göre hastaların çoğunluğunun orta düzey sistemik hastalığa sahip oldukları görülmektedir.

Katz GYA indeksi, kişinin özbakımı ile ilgili giyinme, yıkanma, yemek yeme, tuvaletini yapma, tıraş olma gibi günlük yaşamın temel aktivitelerini bağımsız veya bağımlı olarak

yapılma durumunu analiz eder (Pablos-Hernández ve ark., 2020). Genel olarak hastanede yatan hastalarda tüm temel aktiviteleri gerçekleştirmede zorluklara yol açan çeşitli faktörler bulunmaktadır. Ancak osteoporoz, artrit ve inme teşhisi konan hastaların çoğunda günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme güçlüğü potansiyeli daha yüksektir. Yapılan çalışmalarda TKP uygulanan bireylerin büyük çoğunluğunun ameliyat öncesi ve sonrası dönemde günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken zorluk yaşadıkları belirtilmektedir (Sharkawi ve ark. 2016).

Pablos-Hernández ve ark. (2020), üç sağlık modelini karşılaştırdıkları çalışmada, ortopedi kliniğinde tedavi edilen hastaların %56'sının Katz GYA İndeksine göre bağımsız olarak günlük yaşam aktivitelerini yapabildiği görüldü. Çam ve Asar'ın (2019), çalışmasında TKP hastaların ameliyat öncesi Katz GYA İndeks ortalama puanlarının 14 iken ameliyattan bir ay sonra ise ortalama puanlarının 13 olduğu yani ameliyat öncesi ve sonrası dönemde bağımsız aktivite düzeyleri olduğu belirtilmektedir. İbrahim ve ark.'nın (2018) çalışmasında, taburculuk sırasında % 94,4 beslenme, %64,0'ının giyinme, %61,8'ünün banyo, %9,3'ünün transferde, %75,3'ünün tuvalet, % 74,2'sinin kontinans aktivitelerinde "bağımsız" olduğu görüldü. Koç ve ark. (2012), yaptığı ortopedi hastaların Bartel İndeksine göre bağımsızlık düzeylerine bakıldığında; hastaların Bartel indeksi puan ortalamasının 51.21 ± 25.09 ve ileri derecede bağımlılık gösterdikleri belirlendi. Bu çalışmada hastaların üçte ikisinin banyo, giyinme, beslenme, tuvalet aktivitelerini yerine getirmede yaklaşık %17-20'nin bağımsız olduğu, yarısının ise sadece beslenme ve kontinans aktivitelerinde bağımsız oldukları görüldü. Bu çalışmanın sonuçları diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında günlük yaşam aktivite düzeylerinin düşük olduğu söylenebilir. Sharkawi ve ark. (2016), tarafından yapılan sistematik inceleme çalışmasında, Katz GYA indeksi kullanan çalışmalarda günlük yaşam aktivite bağımsızlık düzeylerinin farklı olduğu bulunmaktadır. Sistematik incelemeye dahil edilen beş çalışmanın üçü, kalça kırığından sonra hastanın günlük yaşam aktivitelerinde artan "bağımlılık" düzeyi olduğunu gösterdi. Diğer iki çalışma, bir yıllık kalça kırığından sonra kırık hastalarının yarısından daha azının kırılma öncesi günlük yaşam aktiviteleri düzeylerine geri döndüğünü gösterdi. Yapılan çalışmaların farklı sonuçları hasta popülasyonu, çalışma süreleri ve takip yöntemleri ile nedeniyle olabileceğidüşünülmektedir.

Hastanın ameliyat öncesi durumunu objektif olarak değerlendirmek için diğer uygun araçlarla birlikte ruh sağlığının bazı yönlerini içeren iyi değerlendirilmiş bir komorbidite indeksinin kullanılması da tavsiye edilmektedir (Bjorgul ve ark., 2010). Ortopedi hastaların komorbiditelerini değerlendirmek için genellikle CKİ kullanır. CKİ, diyabet ve karaciğer hastalığını ele alan iki alt kategoriyle birlikte o komorbiditeyi kapsamaktadır (Okafor ve Chen, 2019). Komorbid hastalığın total kalça ve diz protezi uygulamasının sonucunu etkilediği bilinmektedir ve bu nedenle CKİ hastanın bireysel klinik değerlendirmesinde ve araştırmalarda büyük önem taşımaktadır (Bjorgul ve ark., 2010). Bu çalışmada, hastaların CKİ ortalama puanı ise $2,59 \pm 2,41$ idi. Lao ve ark. (2019), çalışmasında, total kalça ve diz protezi uygulanan hastaların, %93,3'sinin risk puanı "0-1", %4,7'inin "2", %1,8'sinin "3" olarak bulundu. Gronbeck ve ark. (2019) çalışmasında ise CKİ ortalama puanı $2,4 \pm 1,2$ olarak analiz edildi. Kelly ve ark. (2018), diz ve kalça protezi uygulanan hasta grubunda CKİ ortalama puanını $2,6 \pm 1,9$ olarak yüksek bulduklarını ifade ettiler. Hastaların 18,7'si 0-1 risk puanına, %30,4'ü "2" risk puanına, %24,5'inin "3" risk puanına ve %26,5'inin 4 ve üzeri risk puanına sahip oldukları görüldü. Bu güncel çalışmanın bulgularının önceki çalışmalarla uyumlu olduğu görülmektedir.

5.3. Hastaların Hastaneye Yeniden Yatış Durumlarının Tartışılması

Literatürde bildirilen hastaların hastaneye geri kabul oranları hasta profiline ve verilen hizmetin uzmanlığına bağlı olarak değişmektedir. Sadece ortopedi içinde rapor edilen 30 gün sonra yeniden yatış oranları % 2-14 arasında değişmektedir (Bernatz ve ark., 2015). Lessler ve Wickizer (2000) tarafından yeniden yatışların incelendiği araştırmada, cerrahi bölümde yatan 1513 hasta, dahili serviste yatan 2813 hasta taranmıştır. Dahili hastalıklar sebebi ile yeniden yatış oranı %9,5 iken cerrahi hastalıklar için yeniden yatış oranı %12,3 bulunmuştur. Çalışmanın sonucunda, dahili bölüme yatan hastaların yatış süresinin kısaltılması yeniden yatış oranını etkilemezken, cerrahi bölüme yatan hastaların yatış süresinin iki gün veya daha fazla kısaltılmasının 60 gün içinde yeniden yatış yapan hastaların yeniden yatış yapma riskini 2,6 kat artırdığı tespit edilmiştir.

Çöbden ve ark. (2018) çalışmasında, unilateral TKP'lı 209 hastanın taburculuktan sonraki 90 gün içerisinde yeniden hastaneye başvuruları incelendiğinde, ortopedik kaynaklı sebeplerle (ağrı, hematoma, DVT, yeniden operasyon vb.) 9 kişi, medikal problem

(pulmoner emboli, SVO, MI vb) nedeniyle de 3 kişi başvurmuştur. Bu çalışmada, hastaların %14,2'sinin enfeksiyon, fizik tedavi ve rehabilitasyon, dislokasyon ve bilinç değişikliği nedeniyle yeniden yatış yaptığı belirlendi.

Kurtz ve ark. (2016) yılında yaptıkları meta analiz çalışmasında TKP yapılan hastalarda 30 günlük yeniden yatış oranının %0 ile %22 (median, %4,9) değiştiği belirtildi. Ortopedi hastalarının geniş yelpazedeki yaşı, tıbbi komorbidite ve cerrahi prosedür karmaşıklığı göz önüne alındığında, bu değişkenlik beklenmedik bir durum olmamaktadır (Bernatz ve ark. 2015).

Bu alışmada, TKP ve TDP yapılan hastaların 30 günlük yeniden yatış oranı %14,2 olarak bulundu. TDP yapılan hastalarda bu oran %15,8 iken TKP yapılan hastalarda bu oran %7,7 idi. 30 gün sonra yeniden yatış yapılmasının en yaygın nedeninin cerrahi alan enfeksiyonu olduğu görüldü. Bir meta analiz çalışmasında tüm ortopedi hastalarının genelinde 30 günlük geri kabul oranının %5,4'olduğu, cerrahi alan komplikasyonları nedeniyle 30 günlük geri dönüşler yeniden yatışların %46'sını oluşturmaktaydı (Bernatz ve ark. 2015; Ramkumar ve ark., 2015). Martin ve ark. (2016), total kalça kırıkı olan hastaların cerrahi girişim sonrası 30 günlük yeniden yatış oranı %8,4 olduğunu, % 27,4'ünün cerrahi prosedürle, %16'sının yara komplikasyonları ile ilişkili olduğunu belirledi. Ramkumar ve ark. (2015), meta-analiz çalışmasında TKP uygulanan hastaların 30 günlük yeniden yatış oranları %5,6 iken TDP uygulananlarda %3,3 olduğu görüldü. Yeniden yatış nedeni genellikle eklem özgü cerrahi alan enfeksiyonu idi. Ramaswamy ve ark. (2019), yaptıkları retrospektif kohort çalışmasında hedeflenmemiş koşullar nedeniyle 30 gün içinde yeniden yatış yapılan hastaların oranı 2010 yılında %7,4 iken 2015 yılında %7,3 olduğu tespit edildi. Schairer ve ark. (2014), yaptığı kohort çalışmasında ise planlanmayan yeniden yatış oranı 30 günde %4 ve yeniden yatışların yaklaşık 3/4'ünün enfeksiyon, artrofibroz ve selülit olmak üzere cerrahi enfeksiyon sonucuyken, geri kalanının ise tıbbi nedenlerin sonucu gerçekleştiği belirlendi. Bu güncel çalışmada TKP ve TDP uygulanan hastalarda planlanmamış yeniden yatış oranının yüksek olduğu görülmektedir. Total kalça veya diz protezi prosedürü gibi yüksek hacimli, elektif prosedürlerden sonra hastaneye yeniden yatışların sağlık hizmeti veren kurumlara getirdiği toplam maliyet yükünü belirlemek için, hastaneye yeniden yatışların oranlarını, zamanlamasını ve nedenlerini değerlendirmek önemlidir. Böylece yaygın geri yatış

nedenlerine yönelik önlemleri ele almak, maliyeti azaltmada etkili olabilir (Schairer ve ark. , 2014).

5.3.1. Hastaların Bazı Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Yeniden Yatış Üzerine Etkisinin İncelenmesi

Hastanın yaşı, cinsiyeti, BKİ'si ve protez yapılan bölge yeniden yatış ile ilişkili olmadığı bulundu. Taburculuk sırasındaki hastanın klinik durumu önemli ölçüde değişiklik göstermedi ve yeniden yatış ile ilişkili bulunmadı. Bradley ve ark. (2013) yılında yaptığı çalışmada, taburculuk sırasındaki hasta durumunun önemli ölçüde değişiklik gösterdiği ve yeniden yatış yapılan hastaların klinik durumu ile risk endeksi arasında güçlü bir şekilde ilişkili bulundu. Ancak, hastanın yaşı, cinsiyeti ve sigorta türü yeniden kabul ile ilişkili olmadığı görüldü. Williams ve Woodward (2016) çalışmasında ise yaş, cinsiyet ile yeniden yatış arasında istatistiksel anlamlılık bulunmazken, hastanede yatış süresi, hemşirelik faaliyetleri ise istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Avram ve ark. (2014) çalışmasında yaptıkları tek değişkenli lojistik regresyon analiz ile total eklem artroskopisi yapılan hastaların hastaneden taburcu olduktan sonraki 30 gün içinde yeniden yatışın önemli belirleyicileri olarak hasta yaşını, ameliyat öncesi BKİ, ASA 2 sınıflandırmasını, ameliyat öncesi bağırsak/üriner tıbbi komorbidite sayısı, tıbbi komorbidite sayısını ve yatış süresini belirledi ($p<0,001$). Minhas ve ark., (2017) yaptığı çalışmada bağımsız değişkenlerden mevcut sigara kullanımı, herhangi bir komplikasyon ve ev dışında bir kuruma taburculuk yeniden yatış için belirleyici faktör olarak bulundu.

Bu çalışmanın bağımsız değişkenlerinin yeniden yatış üzerindeki etkisi tartışılırken bazı sınırlamalar dikkate alınmalıdır. Veriler, bir bölgedeki bir üniversite hastanesindeki birkaç ayı temsil eden prospektif olarak elde edilmiştir ve bu nedenle genelleneme yapılamamaktadır. Bağımsız değişkenler içinden ölçüm yapılarak elde edilen verilerin ise hata oranı kabul edilebilir derecede düşük olduğu düşünülmektedir.

5.4. Bakım Verenlerin Demografik Özellikleri ve Bakım Verme Yüklerinin Tartışılması

Yaşlı bireylerin kas iskelet sorunlarına yönelik bakımında temel amaç olan bağımlılığı en aza indirmek ve bağımsızlığı en üst düzeye çıkarmak için bakımın bireysel olması ve interdisipliner bir ekip tarafından verilmesi önemlidir (Erdil ve Bayraktar, 2010). TKP ve

TDP hastalarına bakım verenlerde bakım yükü üzerinde etkili olan pek çok faktör söz konusudur. Bakım verme, bakım veren bireyler açısından çok boyutlu olarak algılanan bir deneyimdir. Bakım verme; büyük oranda samimiyet ve sevginin artması, kişisel gelişim, yakın ilişkilerin gelişmesi, doyum sağlama, diğer bireylerden sosyal destek alma, kendine saygı duyma gibi olumlu özelliklerinin yanında pek çok güçlüğün de yaşanmasına yol açabilmektedir. Bakım verme güçlüğü; yaşlı, kronik hastalığı olan, yetersizliği olan aile üyesi ya da bir başkasına bakım veren kişinin zorlanması, gerilmesi, baskı altında hissetmesi ya da yük altına girmesi ile ortaya çıkar (İnciveErdem, 2008). TDP veya TKP olan yetişkin hastalara 213 özellikleriyle bakım verme yükleri literatür ışığında bu bölümde tartışılmıştır.

Bu çalışmada bakım verenlerin çoğu 40'lı yaşların ortasında, kadın ve genellikle hastanın kızları idi. Bakım verenlerin çoğunluğu 1-5 gün aralığında gece-gündüz tüm gün olarak hastalara yardımcı oldukları belirlendi. Bakım verenlerin sosyo-demografik özelliklerinin çalışmalarla uyumlu olduğu görüldü (Chow, 2001; Avila ve ark., 2015; Diameta ve ark., 2018; Ariza-Vega ve ark. 2019, Çamur ve ark., 2019). Başka bir çalışmada aileye bakım verenlerin çoğunun hastaların yaşlı eşleri olduğu görüldü (Barnes ve ark., 2006). Hastalara diğer ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de en çok kadınların baktıkları bilinmektedir. Bakım verenlerin cinsiyeti kültürel özelliklere bağlı değişmektedir (Ariza-Vegaa ve ark., 2019; Hu ve ark., 2016). Türk toplumunda kültürel olarak, yaşlıların ve hastaların saygı duyulması gereken kişiler olduğu ve evlatlarının anne-babalarına minnet duyguları hissetmesi gerektiği yönündedir. Yetişkin çocukların bu bağlamda hasta ve yaşlı ebeveynlerine bakması bir erdemden ziyade temel bir ahlaki zorunluluk olarak kabul edilir (Taşdelen ve Ateş, 2012). Türk kadınlarına bakım verici ve fedakar rolleri toplumsallaştırıldığından, hasta bakım verme sorumluluğu kadınlara verilmiştir (Kalaycı ve Özkul, 2018). Sonuç olarak, çoğu yetişkin çocuk yaşlı ebeveynleriyle birlikte yaşıyor ve onlara bakıyor, bu da Avrupa ülkelerinin kültüründen farklı bir kültüre sahip olmamızdan kaynaklanıyor olabilir.

Bu çalışmada ,bakım verenlerin bakım yükü puan ortalamaları $34,34 \pm 21,55$ olup, orta derece de bakım yüküne sahip oldukları belirlendi. Bakım verenlerin yaklaşık %39,4'nün hafif ve %30,7'sinin ileri veya aşırı yük düzeyinde değişen derecelerde olduğu görüldü. Alcides de Sá Santos ve ark. (2012) çalışmasında bakım verenlerin yükünün Zarit BVO ile değerlendirilen % 52,4'ünün hafif, % 47,6'sının aşırı yük olarak sınıflandırıldığını

belirtmektedir. Xiao ve Zhou (2020) çalışmasında femur başı kırığı olan hastaların bakım verenlerin Zarit Bvyö ortalama puanlarının $37,8 \pm 8,9$ olup orta ve hafif düzeyde olduğu belirtildi. Ülkemizde Zarit Bvyö kullanılarak yapılan çalışmalarda ortopedi hastalarında bakım verelerin yüklerinin orta ve hafif düzeyde olduğu görüldü (Çamur ve ark., 2019; Pehlivan ve Balci, 2019). Bu çalışmanın bakım verenlerin bakım yükü puanları önceki ulusal ve uluslararası çalışmalarla uyumludur (Alcides de Sá Santos 2012, Çamur ve ark., 2019; Pehlivan ve Balci, 2019; Xiao ve Zhou, 2020).

5.4.1. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Bakım Yükü Üzerine Etkisinin İncelenmesi

Bu çalışmada, hastaların yaş, ASA, Braden RTÖ, Düşme Riski Ölçeği ve komorbidite puanları ile bakım verme yükü arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Bu çalışma da yatış süresi ve günlük yaşam aktivitesinin bakım yükü ile arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Dauphinot ve ark. (2015) çalışmasında hastaların yaş, eğitim düzeyi, medeni durum ve bakım veren yükü gibi özellikleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ancak günlük yaşam aktiviteleri ile anlamlı ilişki olduğu belirtilmektedir. Bu bulguların, önceki çalışmalarla tutarlı olduğu görüldü. Bazı çalışmalar da ise farklı sonuçlar bulunmuştur. Hastaların eğitiminin, yaşının ve cinsiyetinin bakım yükü ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Bruce ve ark., 2008; Wolfs ve ark., 2012)

Çalışmalar arasındaki bu farklılıklar, hasta grubunun farklı yaş yapısı, cinsiyet, hastalıkları ve eğitim düzeyleriyle açıklanabilir.

6.SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri incelendiğinde;

- Katılımcıların yaş ortalaması $63,35 \pm 9,67$ yıldır. Hastaların %8,7'si (n=11) 50 yaş ve altı, %17,3'ü 51-60 yaş arası, %2,2'si 61-70 yaş arası, %33,8'i 70 yaş ve üzeri olarak belirlendi.
- Hastaların %79,5'i (n=101) kadın, %20,5'i (n=26) erkektir.
- Hastaların %26,8'inin okur-yazar olmadığı, %62,2'inin ilkokul, %4,7'sinin ortaöğretim, %6,3'inin lise ve üzeri okullardan mezunu olduğu görüldü.
- Hastaların %31,5'inin il merkezinde, %39,4'ünün ilçede ve %29,1'inin köy/kasabada ikamet ettiği belirlendi.
- Hastaların taburculuktan 30 gün sonra hastaneye yeniden yatışları incelendiğinde; %14,2'sinin yeniden hastaneye yattığı, %85,8'sinin tekrar yatış durumunun olmadığı görüldü. Yeniden yatış yapan hastaların ise, yeniden yatış yaptıkları kliniklerin %61,1 oranında ortopedi, %33,3 oranında fizik tedavi kliniği ve %5,6'sının nöroloji kliniği olduğu belirlenmiştir. Hastaların yeniden yatış nedenleri incelendiğinde, hastaların %7,1'inin enfeksiyon, %4,7'sinin rehabilitasyon, %1,6'sının dislokasyon ve %0,8'inin bilinç değişikliği nedeniyle hastaneye yattığı belirlendi.

Hastaların vital bulguları incelendiğinde;

- Hastaların nabız değeri ortalamalarının yatış sırasında $83,78 \pm 12,45$, taburculuk sırasında $83,46 \pm 7,98$ atım/dk'dır.
- Vücut ısısı değeri ortalamalarının yatış sırasında $36,34 \pm 0,24$, taburculuk sırasında $36,44 \pm 0,24^\circ\text{C}$ olduğu görüldü.
- Hastaların sistolik kan basıncı ortalamalarının yatış sırasında $119,76 \pm 11,71$, taburculuk sırasında $119,52 \pm 7,64$ mmHg olduğu ve diyastolik kan basıncı ortalamalarının yatış sırasında $72,44 \pm 9,14$, taburculuk sırasında $73,46 \pm 8,57$ mmHg olduğu belirlendi.
- Hastaların SPO₂ değeri ortalamaları yatış sırasında $92,866 \pm 2,917$, taburculuk sırasındaki $93,36 \pm 1,85$ olarak bulundu.

VAS Ağrı puanı, ASA hasta değerlendirme skalası, Braden basınç yarası risk ölçeği ve düşme riskinin değerlendirilmesinde kullanılan İTAKİ ölçeğinin puanları incelendiğinde;

- Hastaların VAS puan ortalamaları yatış sırasında $1,09 \pm 1,211$, taburculuk sırasında $1,06 \pm 1,194$ puandır.
- ASA puan ortalamaları yatış sırasında ve taburculuk sırasında $1,06 \pm 1,194$ olarak belirlendi.
- Braden Basınç Yarası RTÖ puan ortalamaları yatış sırasında $21,023 \pm 1,887$, taburculuk sırasında $21,000 \pm 1,881$ puandır.
- İTAKİ Düşme RTÖ puan ortalamaları yatış sırasında $8,692 \pm 2,961$, taburculuk sırasında $9,189 \pm 2,402$ puan olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların sistemlere yönelik hemşire değerlendirmeleri incelendiğinde,

- Üriner sisteme ilişkin sorun bulunma durumu yatış sırasında %8,7(n=11), taburculuk sırasında %6,3(n=8) olarak belirlendi.
- Solunum sistemine ilişkin sorun bulunma durumu yatış sırasında ve taburculuk sırasında %17,3(n=22) olduğu görüldü.
- Sindirim sistemine ilişkin yatış sırasında sorun bulunma %17,3(n=12)'tür.
- Sinir sistemine ilişkin sorun bulundurma yatış sırasında %7,1(n=9), taburculuk sırasında %7,9(n=10) olarak bulundu.
- Dermatolojik sorunlar incelendiğinde sorun bulunma durumu yatış sırasında %3,1(n=4), taburculuk sırasında %1,6(n=2) bulundu.
- Dolaşım sistemi sistem incelemesinde sorun bulunma durumu yatış ve taburculuk sırasında %40,2(n=51)'dir. Vasküler sistem sorun bulundurma yatış ve taburculuk sırasında %19,7(n=25)'tir.
- Beslenme ile ilgili sorun varlığı yatış sırasında %15,7(n=20), taburculuk sırasında %3,1(n=4) olarak bulundu.
- Psikiyatrik sorunlar incelendiğinde yatış sırasında sorun varlığı %20,5(n=26), taburculuk sırasında %9,4(n=12) olarak belirlendi.
- Kas iskelet sistemine ilişkin sorun bulundurma yatış sırasında %40,2(n=51), taburculuk sırasında %5,5(n=7) olarak tespit edildi.

Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanları incelendiğinde;

- Katz'ın günlük yaşam aktiviteleri indeksi alt gruplarına bakıldığında hastaların %1,6(n=2)'sının bağımlı, %58,3 (n=74)'inin kısmen bağımlı, %40,2 (n=51)'sinin bağımsız olduğu bulunmuştur.
- Hastaların en yüksek bağımlı olduğu eylem 42 kişi ile transfer, en düşük bağımlı olduğu eylem ise 11'er kişi ile beslenme ve kontinanstır.
- Hastaların en yüksek kısmen bağımlı olduğu eylem 70 kişi ile giyinme, en düşük kısmen bağımlı olduğu eylem ise 48'er kişi ile beslenme ve kontinanstır.
- Hastaların en yüksek bağımsız olduğu eylem 68'er kişi ile beslenme ve kontinans iken, en düşük bağımsız olduğu eylem 22 kişi ile transferdir.

Çalışma sonucuna göre;

- Planlanmamış yeniden hastaneye yatma riski daha yüksek olan hastaları belirlemede yardımcı olacak, hemşirelik verilerinin de dahil edilmek üzere klinik verilerin, yeniden yatış riski tahmin indekslerine doğrudan entegre edilmesi,
- Cerrahi alan enfeksiyonu, eklem cerrahisi geçiren hastalarının 30 günlük hastaneye yeniden yatışıyla ilişkili bulundu. Bu nedenle, cerrahi alan enfeksiyonun yakından gözlemlenmesi,
- Bu çalışmada, hastaların 30 günlük yeniden yatış ile ilgili faktörler incelenmiştir. Bu hastaların 60 ve 90 günlük yeniden yatış ile ilişkili faktörlerin ve bakım yükünün incelenmesi,
- Bakım verenler rehabilitasyon tedavisinin bir parçası kabul edilmeli ve uzman hemşire eşliğinde enfeksiyon, dislokasyon, mobilizasyon, egzersiz ve GYA eğitimi verilerek taburculuğa hazır olmaları sağlanması,
- Bakım verenin yükü ile komorbidite varlığı ve fiziksel işlevsizlik doğrudan ilişkili olduğundan bu hastaların evde daha fazla yardım alması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Açıksöz, S., Uzun Ş. (2007) ‘Total kalça protezi uygulanan bireylerin günlük yaşam aktivitelerine yönelik evde bakımda karşılaşılan güçlükler’. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(1), pp.8-16.
- Akpınar B. (2009) *Alzheimer Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerin Cinsiyetinin Bakım Veren Yüklü Üzerine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Aksoy, G., Kanan, N., ve Akyolcu, N., (1992). *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*, A.Ü. Açıköğretim Fakültesi Yayınları No: 263, Eskişehir, 2-14, s. 142.
- Alcides de Sá Santos, A., Alves Araújo, J., Maldonado Vargas, M., Costa da Cunha Oliveira, C. (2012) ‘The influence of household environment on caregivers' overload of children with cerebral paralysis Acta Scientiarum’. *Health Sciences*, 34, pp. 315-320
- Allegri, R.F., Sarasola, D., Serrano, C.M., Taragano, F.E., Arizaga, R.L., Butman, J. (2006) ‘Neuropsychiatric symptoms as a predictor of caregiver burden in Alzheimer's disease’. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 2, pp. 105–110.
- Andren, S., Elmstahl, S. (2007) ‘Relationships between income, subjective health and caregiver burden in caregivers of people with dementia in group living care: a cross-sectional community-based study’. *Int J Nurs Stud*, 44, pp. 435–446.
- Ariza-Vega, P., Mariana Ortiz-Piña, M., Kristensen, M.T., Castellote-Caballero, Y., Jiménez-Moleón, J.J. (2019) ‘High perceived caregiver burden for relatives of patients following hip fracture surgery’. *Disability and Rehabilitation*, 41(3), pp. 311-318.
- ASA Physical Status Classification System. The ASA House of Delegates (October 23, 2019). (Online). Erişim <file:///C:/Users/User/Downloads/asa-physical-status-classification-system.pdf> . Erişim tarihi:7.08.2020
- Atik, Ş., (1997). *Eklem Cerrahisi*. Türkiye Eklem Hastalıkları Vakfı. Ankara.
- Avila, M.A.G, Pereira, G.J.C., Bocchi, S.C.M. (2015) ‘Informal caregivers of older people recovering from surgery for hip fractures caused by a fall: fall prevention’. *Cienc Saude Coletiva*, 20, pp.1901–1907.
- Avram, V., Petruccielli, D., Winemaker, M., Beer, J. (2014) ‘Total joint arthroplasty readmission rates and reasons for 30-day hospital readmission’. *The Journal of Arthroplasty*, 29, pp. 465–468.
- Azboy, İ., Demirtaş, A. ve Uçar, B.Y. (2013) ‘ Total kalça artroplastisinde endikasyonlar ve hasta seçimi’. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi (TOTBİD)*, 12,pp. 201.
- Azboy, İ., Yalvaç, S., Azboy, N., Şahin, İ., Zehir, S. (2016) ‘Preferences of surgeons in total knee and hip arthroplasty, and operating room facilities in Turkey: a survey’. *Joint Diseases and Related Surgery*, 27(1), pp. 34-40.
- Aydoğdu, S., Sur, H. (1998) *Total Diz Protezleri, Diz Sorunları*, Ege R (Ed). Diz sorunları. Bizim Buro Basımevi, Ankara, 391-403.
- Barnes, S., Gott, M., Payne, S. et al. (2006) ‘Characteristics and views of family carers of older people with heart failure’. *Int. J. Palliat. Nurs*, 12, pp. 380–387.

Bernatz, J.T., Tueting, J.L., Anderson, P.A. (2015) ‘Thirty-day readmission rates in orthopedics: a systematic review and meta-analysis’. *PLoS ONE*, 2015;10(4),pp. e0123593.

Birol L (2000). *Hemşirelik ile İlgili Kuramlar*. Hemşirelik Süreci. 4. baskı, 44-85

Bjorgul, K., Novicoff, W.M., Saleh, K.J. (2010) ‘Evaluating comorbidities in total hip and knee arthroplasty: available instruments’. *J Orthopaed Traumatol*, 11, pp. 203–209.

Branson, J.J, Goldstein, W.M. (2003) ‘Primary total hip arthroplasty. Home Study Program’. *AORN Journal*, 78(6), pp. 946- 974.

Bruce, J., McQuiggan, M., Williams, V., Westervelt, H., Tremont, G. (2008) ‘Burden among spousal and child caregivers of patients with mild cognitive impairment’. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 25, pp.385-390.

Cameron, H.U., Lee, O.B., Chou, H. (2003). ‘Total hip arthroplasty in patients with deficient bone stock and small femoral canals’. *J Arthroplasty*, 18, pp.35-40.

Charlson Comorbidities Index (2016). ‘Charlson Comorbidities Index’. *Journal of Physiotherapy*, 62, pp. 171-172.

Charlson, M.E., Pompei, P., Ales, K., MacKenzie, C.R. (1987) ‘Uzunlamasına çalışmalarda prognostik komorbiditeyi sınıflandırmanın yeni bir yöntemi: geliştirme ve doğrulama’. *J Chron Dis*, 40, pp. 373-383.

Chern, A., SGreenberg, E.S., Thakore, R.V., Sathiyakumar, V., Obremskey, V.T., Sethi, M.K. (2015) ‘Factors driving readmissions in tibia and femur fractures’. Hindawi Publishing Corporation *Advances in Orthopedics*, pp.1-6.

Chiperhealth. (2020). The causes of readmission for orthopedic patients. Readmissionsreduction. <https://ciperhealth.com/category/all/readmissions>; Erişim tarihi:17.09.2020

Chow, W.H. (2001) ‘An investigation of carers’ burden: before and after a total hip replacement’. *British Journal of Occupational Therapy*, 64(10), pp. 503-512.

Chuang, K.Y., Wu, S.C., Ma, A.S., Chen, Y.H., Wu, C.L. (2005) ‘Identifying factors associated with hospital readmissions among stroke patients in Taipei’. *Journal of Nursing Research*, 13(2), pp. 217-227.

Çimete, G. (1994). ‘Ağrı kavramı’. *Türk Hemşireler Dergisi*, 44(5-6), pp. 42-46

Çam, R., Salık, Asar, A. (2019) ‘Total Kalça Protezli Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi’. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 12 (4), pp. 220-233.

Çamur, S., Batıbay, S.G., Bayram, S. (2019) ‘Effect of lower extremity amputation on caregiving burden in caregivers of patients with diabetic foot: Prospective cohort study’. *Int Wound J*, 17, pp. 890–896.

Çivi, S., ve Tanrıkulu, M.Z. (2000) ‘Yaşlılarda bağımlılık ve fiziksel yetersizlik düzeyleri ile kronik hastalıkların prevelansını saptamaya yönelik epidemiyolojikçalışma’. *Geriatrı*, 3, pp. 85-90.

- Çöbden, A., Çamurcu, İ. Y., Üçpınar, H., Sofu, H., Demirel, H., Demir, U. ve ark. (2018) 'Total Diz Protezi Sonrası İlk 90 Gün Plansız Yeniden Başvurunun Temel Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi'. *Bozok Tıp Dergisi*, 8(4), pp. 104-111.
- Dadaş, S. (2003). *Kalça protezi uygulanacak hastanın ameliyattöncesi bakım ve eğitimi*. XVIII. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongresi. İstanbul, s.9-13.
- Dauphinot, V., Delphin-Combe, F., Mouchouxb, C., Dorey, A., Bathsavanis, A., Makaroff, Z. et al. (2015). 'Risk Factors of Caregiver Burden 915 burden in informal care in people with dementia'. *Journal of Alzheimer's Disease*, 44, pp. 907-916.
- Demir, H., Çalış, M. (2002) 'Diz artroplastisi rehabilitasyonu'. *Erciyes Tıp Dergisi*, 24(4), pp.194-201.
- Diameta, E., Adandom, I., Jumbo, S.U., Nwankwo, H.C., Obi, P.C., Kalu, M.E. (2018) 'The burden experience of formal and informal caregivers of older adults with hip fracture in Nigeria'. *SAGE Open Nursing*, 4, pp. 1-10.
- Eftekhari, N.S. (1993). Preoperative Planning. Total Hip Arthroplasty. Volume 1. By Mosby-Year Book. s. 315-317.
- Ekşioğlu, E., ve Gürçay, E., (2013). 'Total Diz Artroplastisi Sonrası Rehabilitasyon'. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 76(1), pp. 20
- Elibol, N. (2011). *Türk toplumunda total kalça protezi uygulanan hastaların beklentilerinin incelenmesi*. Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Enercan, M., (2004). *Total Diz Artroplastisi Orta Dönem Sonuçlarımız*, Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Erdil, F., ve Özhan, N. (1999). *Kas-İskelet Sistemi Cerrahisi ve Hemşirelik Bakımı*, Cerrahi Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı, Genişletilmiş 3. Baskı, Ankara, s. 511.
- Erdil, F., Bayraktar, N. (2010) 'Yaşlı bireylerde kas-iskelet sorunlarına yönelik hemşirelik yaklaşımları'. *İstanbul Üniversitesi Florence Nigthingale Hemşirelik Dergisi*, 18(2), pp. 106-113.
- Erdil, F., Elbaş, Ö.N. (2001). *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*. 4. Baskı. Ankara.
- Erduran, M., Demirkıran, D.N., Horoz, L. (2015) 'Parsiyel diz protezi: endikasyonları, hasta seçimi, komplikasyonları'. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), pp. 113-115.
- Esmer, A.F., Başarır, K., ve Binnet, M. (2011). 'Diz ekleminin cerrahi anatomisi'. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği (TOTBİD) Dergisi*, 10(1), pp. 38.
- Fultner, D.K., Roudonis, M.R. (2000) 'Home care and hospice'. *Gerontologic Nursing*, 771- 96.
- Goldblatt, J.P., Richmond, J.C. (2003) 'Anatomy and biomechanics of the knee'. *Operative Techniques in Sports Medicine*, 11, pp.172-86.
- Göksan, S.B., Taşköprü, İ., Göksan, G. (2002) 'Ortopedide nazokomiyal enfeksiyonlar ve kontrolü'. *Aktüel Tıp Dergisi*, 2, pp. 61-5.
- Gronbeck, C., Cote, M.P., Lieberman, J.R., Halawi, M.J. (2019) 'Risk stratification in primary total joint arthroplasty: the current state of knowledge'. *Arthroplasty Today*, 5, pp.126-131.

- Haddad, F.S., Benlty, G., (2000). 'Total knee arthroplasty after high tibial osteotomy'. *J Arthroplasty*, 15 (5), pp. 597.
- Harkess, J.W. (2003) 'Arthroplasty of the Hip' in a Canale, S.T., (eds), *Campbell's Operative Orthopaedics Chp 10*. Philadelphia: Mosby, pp. 315-471.
- Harkess, J.W., Crockarell, J.R. (2012). 'Arthroplasty of hip'ina Canale, S.T., Beaty, J.H., (eds). *Campbell's Operative Orthopaedics*. 11th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier.
- Hu, X., Dolansky, M.A., Hu, X., Zhang, F., Qu, M. (2016) 'Factors associated with the caregiver burden among family caregivers of patients with heart failure in southwest China'. *Nursing and Health Sciences*, 18, pp.105–112.
- Ibrahim, N.I., Ahmad, M.S., Zulfarina, M.S., Mohd Zaris, S.N.A.S., Mohamed, I.N., Mohamed, N. et al. (2018) 'Activities of daily living and determinant factors among older adult subjects with lower body fracture after discharge from hospital: a prospective study'. *International Journal of Environment Reserach Public Health*, 15, pp. 1-21.
- İnci, F.H., Erdem, M. (2008) 'Bakım verme yükü ölçeğinin Türkçeye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği'. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(4), pp. 85-95.
- Johnson, V.L. ve Hunter, D.J., (2014). 'The epidemiology of osteoarthritis'. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 28(1), pp. 5.
- Johansson Stark Å, Charalambous A, Istomina N, Salanterä S, Sigurdardottir AK, Sourtzi P, Valkeapää K, Zabalegui A, Bachrach-Lindström M. (2016) 'The quality of recovery on discharge from hospital, a comparison between patients undergoing hip and knee replacement—A European study', *Journal of Clinical Nursing*, 25(17-18),pp: 2489-2501
- Kaçar, C., Gilgil, E., Urhan, S., Arikan, V., DüNDAR, U., Oksüz, M.C. (2005) 'The prevalence of symptomatic kneeand distal interphalangeal joint osteoarthritis in the urban populationof Antalya, Turkey'. *Rheumatol Int*, 25(3), pp. 201-204.
- Kalaycı, I., Özkul, M. (2018). 'Refakatçi aktörlerin yaşam doyumu, bakım yükü ve tükenmişlik düzeylerini etkileyen faktörler açısından bir değerlendirme (SDÜ Araştırma Uygulama Hastanesi örneği)'. *Turkish Studies Social Sciences*, 13(10), pp. 417-446.
- Kaplan, R.J. (2008) 'Total knee replacement in Frontera, W.R., Silver, J.K., Rizzo, T.D (eds). *Essentials of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2nd ed. Saunders Elsevier. Philadelphia, pp. 399-405.
- Kelly, M.P., Calkins, T.E., Culvern, C., Kogan, M., Della Valle, C.J. (2018) 'Inpatient versus outpatient hip and knee arthroplasty: which has higher patient satisfaction?'. *The Journal of Arthroplasty*, 3, pp.3402-3406.
- King, A, Phillips, J.R. (2016) *Total Hip And Knee Replacement Surgery*. Surgery (Oxford), 34(9), pp. 468-474.
- Koç, S., Büker, K., Şavkın, R., Kıter, E. (2012) 'The effects of independence and depression level on patients satisfaction with nursing care in orthopedics and traumatology patients (In Turkish)'. *J Kartal TR*, 23(3), pp.130-136.
- Kurtz, M.S., Lau, E.C., Ong, K.L, Adler, E.M, Kolisek, F.R, Manley, M.T. (2016) 'Which hospital and clinical factors drive 30- and 90-day readmission after TKA?'. *The Journal of Arthroplasty*, 31, pp. 2099-2107.

- Lao, C., Lees, D., Patel, S., White, D., Lawrenson, R. (2019) 'Length of hospital stay for osteoarthritic primary hip and knee replacement surgeries in New Zealand'. *International Journal of Environment Reserach Public Health*, 16 (4789), pp. 1-11.
- Lessler, D.S., Wickizer, T.M. (2000) 'The impact of utilization management on readmissions among patients with cardiovascular disease'. *Health Services Research*, 34 (6), pp.1315-29.
- Longo, U.G., Matarese, M., Arcangeli, V., Alciati, V., Candela, V., Facchinetti, G. et al. (2020) 'Denaro family caregiver strain and challenges when caring for orthopedic patients: a systematic review'. *Journal Clin. Med*, 9(1497), pp.2-19.
- Lopez, J., Lopez-Arrieta, J., Crespo, M. (2005) 'Factors associated with the positive impact of caring for elderly and dependent relatives'. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41, pp. 81-94
- Loth, F.L., Giesinger, J.M., Giesinger, K., MacDonald, D.J., Simpson, A.H., Colin, R., Howie, C.R., Hamilton, D.F. (2017) 'Impact of comorbidities on outcome after total hip arthroplasty'. *The Journal of Arthroplasty*, 32, pp. 2755-2761.
- Lucas, B. (2008) 'Total hip and total knee replacement: Preoperative nursing management'. *British Journal of Nursing*, 17(21), pp. 1346-1351.
- Malkoç, M., Korkmaz, Ö., Sever, C., Oltulu, İ., Genç, Y. (2013) 'İleri yaş hastalarda kalça kırığı cerrahisi ve sonrası kan transfüzyonu'. *Haseki Tıp Bülteni*, 51, pp. 51-5.
- Martin, C.T., Gao, Y., Pugely, A.J. (2016) 'Incidence and risk factors for 30-day readmissions after hip fracture surgery'. *The Iowa Orthopedic Journal*, 36, pp.155-200.
- Meding, J.B., Reddeman, K., Keating, M.E., Klay, A., Ritter, M.A., Faris, P.M (2003) 'Total knee replacement in patients with diabetes mellitus'. *Clin Orthop Relat Res.*, (416), pp. 208-16.
- Minhas, S.V., Kester, B.S, Lovecchio, F.C., Bosco, J.A. (2017) Nationwide 30-day readmissions after elective orthopedic surgery: reasons and implications. *J Healthc Qual*, 39(1), pp. 34-42.
- OECD. Hip and knee replacement, in Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. [cited 2020 Oct]. https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-65-en. Erişim tarihi: 17 Ekim 2020.
- Okafor, L., Chen, A.F. (2019) 'Patient satisfaction and total hip arthroplasty: a review'. *Arthroplasty*, 1,6, pp.2-7.
- Okumuş, N., ve Dilsiz, A., (2017). *Diz ve Kalça Protezi, Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Rehberi*, Ankara, s. 17.
- Olthof, M., Stevens, M., Bulstra, S.K., Van Den Akker-Scheek, I. (2014) 'The association between comorbidity and length of hospital stay and costs in total hip arthroplasty patients: a systematic review'. *J Arthroplasty*, 29, pp.1009-1014.
- Özdamar, K. (2001) SPSS ile Bioistatistik.4. Baskı. Kaan Kitapevi. Eskişehir.
- Parvizi, J., Sullian, T., Trousdale, R. (2001). 'Thirty day mortality after total knee arthroplasty'. *J. Bone Joint Surg*, A-83, pp. 1157-1161.

- Pehlivanoğlu-Özkan, E.F., Özkan, M., Balcıoğlu, H., Bilge, U. (2018) 'Adjustment and reliability of Katz Daily Life Activity Measures for elderly in Turkish'. *Ankara Med J*, (2), pp. 219-23.
- Pablos-Hernández, C., González-Ramírez, A., Casa, C., Luis, M.M., García-Iglesias, M.A., Julián-Enriquez. et al. (2020) 'Time to surgery reduction in hip fracture patients on an integrated orthogeriatric unit: a comparative study of three healthcare models'. *Orthopaedic Surgery*, 12(2), pp. 457-462.
- Parker, M.J. (2000) 'The management of intracapsular fractures of the proximal femur'. *J Bone Joint Surg (Br)*, 82-B, pp. 937-941.
- Pehlivan, E., Balci, A. (2019) 'Orthopedic problems in family caregivers of palliative care patients'. *Clin Exp Health Sci*, 9, pp. 288-293.
- Ramaswamy, A., Marchese, M., Cole, A.P., Harmouch, S., Friedlander, D., Weissman, J.S. ve ark. (2019). 'Comparison of hospital readmission after total hip and total knee arthroplasty vs spinal surgery after implementation of the hospital readmissions reduction program'. *JAMA Network Open*, 2(5), pp.1-11.
- Ramkumar, P.N., Chu, C.T., Harris, J.D., Athiviraham, A., Harrington, M.A., White, D.L. et al. (2015) 'Causes and rates of unplanned readmissions after elective primary total joint arthroplasty: a systematic review and meta-analysis'. *The American Journal of Orthopedics*, 44(9), pp.397-405.
- Serrano-Aguilar PG, Lopez-Bastida J, Yanes-Lopez V. (2006) 'Impact on health-related quality of life and perceived burden of informal caregivers of individuals with Alzheimer's disease'. *Neuroepidemiology*, 27(3), pp.136-142.
- Schairer, W.W., Vail, T., Bozic, K.J. (2014) 'What are the rates and causes of hospital readmission after total knee arthroplasty?'. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 472(1), pp.181-187.
- Sharkawi, M.A., Zulfarina, S.M., Aqilah-SN, S.M.Z., Isa, N.M., Sabarul, A.M., Nazrun, A.S. (2016) 'Systematic review on the functional status of elderly hip fracture patients using Katz Index of Activity of Daily Living (Katz ADL) Score'. *IMJM*, 15, pp. 89-99.
- Şahin, A.Z., Polat, H., Ergüney, S. (2009) 'Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi'. *Atatürk Üni HYO Derg*, 12, pp.1-8.
- Şendir, M., (2003) *Kalça Protezi Uygulanacak Hastanın Ameliyat Sonrası Bakım ve Eğitimi*. XVIII. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongresi. İstanbul. s.14-17.
- Taşdelen, P., ve Ateş, M. (2012). 'Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi'. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 9(3), pp. 22- 29.
- Taşkın Ünal E. (2011). *Total Diz Protez Uygulanan Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Sonrası Verilen Danışmanlığın Özbakım Gücü, Fonksiyonel Durum ve Ağrıya Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, s.1-52.
- Telatar, T.G, Özcebe, H. (2004) 'Yaşlı nüfus ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi'. *Türk Geriatri Dergisi*, 7 (3), pp. 162-165
- Tekswort, K., (2003). 'Infection after total knee arthroplasty evaluation and treatment'. *Current Opinion in Orthopaedics*, 14, pp 45-47.

- Temelli, Y., Kılıçoğlu, Ö. (2009) Total kalça protezinde hasta seçimi ve zamanlama in: Yazıcıoğlu Ö, Salvati EA, Göksan SB, Kılıçoğlu Ö (eds), *Total Kalça Artroplastisi*. 1st ed. İstanbul: Ekin Yayıncılık, pp. 22-100.
- Thompson, R., Kane, R.L., Gromala, T., McLaughlin, B., Flood, S., Morris, N., Borbas, C. (2002) ‘Complications and short-term outcomes associated with total hip arthroplasty in teaching and community hospitals’. *J Arthroplasty*, 17(1), pp. 32–40.
- Tiftik, S., Kayış, A., İnanır, İ. (2012) ‘Yaşlı bireylerde sistemsel değişiklikler hastalıklar ve hemşirenin rolü’. *Akad Geriatri*, 4, pp. 1-11.
- Toseland, R.W., Smith, G., McCallion, P. (2001) Family Caregivers of The Frail Elderly”, in Gitterman, A. (eds) *Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Populations* in Columbia University Press, Second Edition.
- Truntzer, N., Shah, K., Jenkins, D., Rubin, L. (2016) ‘Total joint arthroplasty in patients with chronic infectious liver disease’. *Arthroplast Today*, 2(2), pp. 69–76.
- Turek, L.S., (1980). *Ortopedi İlkeleri ve Uygulamaları*, (Çev.: Rıdvan Ege), Cilt 11. Yargıçoğlu Matbaa.
- Ural, A., & Kılıç, İ. (2013). Bilimsel Araştırma Süreci Ve Spss İle Veri Analizi.4.Baskı. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Van Manen, M.D., Nace, J., Mont, M.A. (2012) ‘Management of primary knee osteoarthritis and indications for total knee arthroplasty for general practitioners’. *J Am Osteopath Assoc*, 112(1), pp. 709-15.
- Williams, L.C., Woodward, L. (2016) Total hip replacement in Foecke, J. (eds). *NAON Patient Education Series*. Chicago, IL, pp. 1-35.
- Wolfs, C.A., Kessels, A., Severens, J.L., Brouwer, W., de Vugt, M.E., Verhey, F.R., Dirksen, C.D. (2012). ‘Predictive factors for the objective burden of informal care in people with dementia: a systematic review’. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 26, pp.197–204.
- Voskuyl, T., Hageman, M., Ring D. (2014) ‘Higher Charlson Comorbidity Index Scores are associated with readmission after orthopaedic surgery’. *Clin Orthop Relat Res*, 472, pp.1638–1644.
- Xiao, P., ve Zhou, Y. (2020) ‘Factors associated with the burden of family caregivers of elderly patients with femoral neck fracture: a cross-sectional study’. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 15, pp. 1-7.
- Yaban, Ş., ve Karaöz, S., (2007). Total Kalça Protezi Ameliyatında Hemşirelik Bakımı, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(1), s. 47.
- Yavuz, M., (1998). *Günübirlik Cerrahi Hastalarının Bakımı İçin Hemşire Bakım Formu Geliştirilmesi ve Formun Kalite Güvenliğinin İzlemi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Zarit S., Reeve K., Bach-Peterson, J. (1980) ‘Relatives of the impaired elderly: correlates of feeling of burden’. *Gerontologist*, 20, pp. 649-655.
- Zarit, S.H., Zarit, J.M. (1990) ‘The Memory and Behavior Problems Checklist and The Burden Interview’. University Park, PA: Pennsylvania State University Gerontology Center.

Zhang, Y., Jordan, J.M., (2010). 'Epidemiology of osteoarthritis'. *Clin Geriatr Med.*, 26(3), pp. 355.



EKLER

EK-1: Hasta Tanıtım Formu

- 1.Yaş: Dosya no:
 2.Cinsiyet: a)Kadın..... b)Erkek.....
 3. Kilo ve boy :kgcm
 4.Eğitim Durumu: a)Okur-yazar değil b)İlköğretim c)Ortaöğretim
 5.Yaşanılan Yer: a)köy b)ilçe c)il
 6-Yatış tarihi
 7-Yapılan ameliyat ismi a) Diz Protezi b)Kalça protezi
 8-30 gün sonra yatış yapıldı mı? Evet () Hayır ()
 9- Yeniden yatış hangi kliniğe yapıldı?
 Klinik adı: yeniden yatış nedeni:

Vital Bulgular	Tarih Yatış Ölçüm	Taburcu	Hemşire Sistem Değerlendirmesi	Tarih Yatış Var/Yok	Taburcu
Ateş			Kalp		
Sistolik Kan Basıncı			Solunum		
Diastolik Kan Basıncı			Sindirim Sistemi		
Oksijen Saturasyonu			Üriner Sistemi		
Solunum Sayısı			Nörolojik Sistem		
Nabız Sayısı			Cilt Rengi		
Braden Skala Puan			Vasküler Sistem		
Düşme Skala Puan			Beslenme		
VAS Puan			Psikoloji		
ASA Puanı			Kas İskelet Sistemi		
Labaratuvar Bulguları					
Kreatine					
Sodyum					
Klor					
Potasyum					
BUN					
WBC					
Hemoglobin					
Kalp Ritm					
Asistol					
Sinüs Ritim					
Sinüs Bradikardi					
Sinüs Taşikardi					
Atrial Fibrilasyon					
Atrial Flutter					
Kalp Blogu					
Kavşak Blogu					
Jonksiyonel Ritim,					
Ventriküler Fibrilasyon					
Ventriküler Taşikardi					

EK-2: Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi

Yıkanma → Kendi başıma yıkanamıyorum → Yıkanırken yardım alıyorum → Kendi başıma yıkanabiliyorum	Bağımlı () Kısmen bağımlı () Bağımsız ()
Giyinme → Kendi başıma giyinemiyorum → Giyinirken yardım alıyorum → Kendi başıma giyinebiliyorum	Bağımlı () Kısmen bağımlı () Bağımsız ()
Tuvalet ihtiyacı → Tuvalet ihtiyacımı karşılayamıyorum → Tuvalet ihtiyacımı karşılarken yardım alıyorum → Tuvalet ihtiyacımı karşılayabiliyorum	Bağımlı () Kısmen bağımlı () Bağımsız ()
Transfer → Yatağa girip çıkmak, sandalyeye oturmak v.b. işlevleri yapamıyorum → Yatağa girip çıkmak, sandalyeye oturmak v.b. işlevleri yaparken yardım alıyorum → Yatağa girip çıkmak, sandalyeye oturmak v.b. işlevleri yapabiliyorum	Bağımlı () Kısmen bağımlı () Bağımsız ()
Kontinans → Mesane ve barsak boşaltımımı kontrol edemiyorum → Mesane ve barsak boşaltımımı kontrol edebilmek için araç v.b yardım alıyorum → Mesane ve barsak boşaltımımı kontrol edebiliyorum	Bağımlı () Kısmen bağımlı () Bağımsız ()
Beslenme → Yemeğimi kendi başıma yiyemiyorum → Yemeğimi yerken yardım alıyorum → Yemeğimi kendi başıma yiyebiliyorum	Bağımlı () Kısmen bağımlı () Bağımsız ()

EK 3. Charlson Komorbidite İndeksi (CKİ)

	CHARLSON KOMORBİDİTE İNDEKSİ	Yok	var
1.	Miyokard İnfarktüsü /Koroner hastalığı	0	1
2.	Konjestif Kalp Yetmezliği	0	1
3.	Periferik Arter Hastalığı (6cm≤aort anevrizması dahil)	0	1
4.	Serebrovasküler Hastalık (Hafif sekel ya da sekelsiz) – GİA	0	1
5.	Demans	0	1
6.	Kronik Akciğer Hastalığı	0	1
7.	Bağ Doku Hastalığı	0	1
8.	Peptik Ülser	0	1
9.	Kronik Hepatit- Hafif Karaciğer Hastalığı (Pulmoner Hipertansiyon olmaksızın)	0	1
10.	Komplikasyonsuz DM (Diyet kontrollü DM hariç)	0	1
11.	Hemipleji	0	2
12.	Böbrek hastalığı (Orta-ağır düzeyde)	0	2
13.	DM+End organ yetmezliği	0	2
14.	Metastaz olmaksızın Tümör (Tanı konduktan sonraki ilk 5 yıl içinde olmak koşuluyla)	0	2
15.	Lösemi (Akut- kronik)	0	2
16.	Lenfoma	0	2
17.	Orta şiddetli karaciğer hastalığı	0	3
18.	Metastatik solid tümör	0	6
19.	AIDS	0	6
40 yaşından sonrası her on yıl için artı 1 puan verilir.			

Ek -4: Bakım Verme Yüğü Ölçeği

Açıklama: Aşağıda insanların bir başkasına bakım verirken hissettiklerini yansıtan ifadeler bulunmaktadır. Her bir sorudan sonra sizin bu duyguları hiçbir zaman, nadiren, bazen, oldukça sık ve hemen her zaman olmak üzere hangi sıklıkla yaşadığınızı gösteren ifadeler yer almaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
2. Yakınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
3. Yakınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
7. Geleceğin yakınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
10. Yakınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
11. Yakınızın nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
12. Yakınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
16. Yakınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
17. Yakınızın hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor

musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

22. Yakınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?

0 Hiç 1 Biraz 2 Orta 3 Oldukça 4 Aşırı

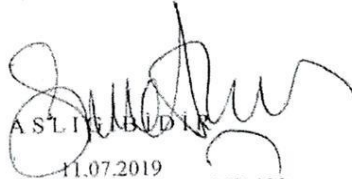


EK-5: Etik Kurul Kararı

T.C.
AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

Toplantı Tarihi	05.07.2019	Toplantı Numarası	2019/8	Toplantı Saati	09:00	Etik Kurul Kodu
						2011-KAEK-2

245- Dr.Öğr.Üyesi Pakize ÖZYÜREK'in sorumluluğunda yürütülecek olan "Total Diz veya Kalça Protezi Olan Hastaların Komorbidite Faktörlerinin Bakım Verenlerde Algılanan Bakım Yüğü ve Yeniden Yatış Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi" konulu Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar için başvuru dosyası incelendi. Araştırma protokolüne uyularak, Sağlık Bakanlığı'nın 13.04.2013 tarih 28617 sayılı Klinik Araştırmalar Hakkındaki Yönetmeliği ve yayımlanan klavuzlarında belirtilen hususlar dikkate alınarak, sorumluluk araştırmacılara ait olmak üzere araştırmanın yapılmasında etik sakınca olmadığına toplantıya katılan üyelerin **oy birliği** ile karar verildi.


ASLIYE BİLDİRİ

11.07.2019
Dr.Öğr.Üyesi Evrim Suna ARIKAN

Raportör

EK-6: Anabilimdalı Kararı

AFYON KARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI KURUL KARARI

Toplantı Tarihi :19.08.2019
Toplantı No :2019/19
Toplantı Saati :10.00

GÜNDEM 1. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programına kayıtlı Dr. Öğr. Üyesi Pakize ÖZYÜREK'in danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi Ebru GELİŞGEN'in tez konusunun görüşülmesi;

KARAR 2019/11 : Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programına kayıtlı Ebru GELİŞGEN'in "Total diz veya kalça protezi olan hastaların komorbidite faktörlerinin bakım verenlerde algılanan bakım yükü ve yeniden yatış üzerine etkisinin değerlendirilmesi " adlı tez konusunun kabulüne;

Oy birliği ile karar verilmiştir

Adı Soyadı	İmza	Adı ve Soyadı	İmza
Prof.Dr. Adem ASLAN		Doç.Dr.İbrahim KELEŞ	
Dr. Öğretim Üyesi Pakize ÖZYÜREK		Dr. Öğretim Üyesi Yeliz CİĞERCI	

EK-7: Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi Kullanım İzni

Gönderen: Gunes Arık <guneseken@yahoo.com>

Gönderildi: 18 Eylül 2018 Salı 08:18

Kime: ebru gelişgen <e-gelisgen@hotmail.com>

Konu: Re: katz günlük yaşam aktiviteleri indeksi kullanım izni

Sevgili Ebru Gelişgen, indeksin Türkçe formunu kullanmanızda sakınca yok, çalışmalarınızda başarılar dilerim. Umarım teziniz yayın da olur, sadece makalemizi refere etmeniz yeterli. Selamlar saygılar.
Doç. Dr. Güneş Arık

iPhone'umdan gönderildi

17 Eyl 2018 tarihinde 23:05 saatinde, ebru gelişgen <e-gelisgen@hotmail.com> şunları yazdı:

Sayın hocam ben afyon kocatepe universitesi yüksek lisans öğrencisi EBRU GELİŞGEN.KATZ günlük yaşam aktivitesi ölçeğini hocam PAKİZE ÖZYÜREK danışmanlığında tezimde kullanmak istiyorum.Bilgilerinize arz ederim.

...

İletti bulundu1 Tüm iletiler görüntüle

EK-8: Bakım Yüğü Ölçeği Kullanım İzni

Gönderen: FADİME HATİCE İNCİ <hemel@pau.edu.tr>

Gönderildi: 24 Şubat 2020 Pazartesi 08:33

Kime: ebru gelişgen <e-gelisgen@hotmail.com>

Konu: Bakım Verme Yüğü Ölçeği

Sayın Gelişgen,

Geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığımız "Bakım Verme Yüğü Ölçeği'ni" kullanma isteğiniz bizi çok memnun etti. teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

kaynak olarak aşağıdaki makaleyi gösterebilirsiniz.

İnci F.H. , & Erdem M. (2008). Bakım Verme Yüğü Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenilirliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(4): 85-95

Dr. Öğr. Üyesi Fadime Hatice İNCİ

Dr. Öğr. Üyesi Müyesser ERDEM

Dr. Öğr. Üyesi Fadime Hatice İNCİ
Pamukkale Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği ABD.
Denizli/TÜRKİYE

EK-9: “İntihal Raporu”

EBRU GELİŞGEN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ORJİNALLIK RAPORU

% 15	% 14	% 5	% 6
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	earsiv.atauni.edu.tr	%1
	İnternet Kaynağı	
2	dergipark.org.tr	%1
	İnternet Kaynağı	
3	docplayer.biz.tr	%1
	İnternet Kaynağı	
4	dosyamerkez.saglik.gov.tr	%1
	İnternet Kaynağı	
5	openaccess.hku.edu.tr	%1
	İnternet Kaynağı	
6	www.journals.istanbul.edu.tr	%1
	İnternet Kaynağı	
7	kutuphane.pamukkale.edu.tr	<%1
	İnternet Kaynağı	
8	Submitted to Okan Üniversitesi	<%1
	Öğrenci Ödevi	
9	Submitted to Beykent Üniversitesi	<%1
	Öğrenci Ödevi	

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı, Soyadı : Ebru GELİŞGEN

Uyruğu :T.C.

Doğum Tarihi ve Yeri: 09.09.1986

Medeni Durumu: Evli

Telefon : 05077650144

E-posta : e-gelisgen@hotmail.com

Yazışma Adresi : e-gelisgen@hotmail.com

EĞİTİM

Lisans:Hitit Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü

Tezsiz Yüksek lisans :Afyon Kocatepe Üniversitesi Cerrahi Anabilim Dalı Cerrahi Hemşireliği

İŞ DENEYİMLERİ

Yıl	Kurum	Görev
2011	Afyon Kocatepe Üniversitesi Hastanesi	Hemşire