



SEVDİK KAPTIKAÇTI E.

YÜKSEK LİSANS

HEMŞİRELİK

2026

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

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Zeynep KIZILCIK ÖZKAN

**ARTROPLASTİ UYGULANAN HASTALARIN
TABURCULUĞA HAZIR OLMA DURUMLARI VE
HEMŞİRELİK BAKIMINDAN MEMNUNİYETLERİ**

Yüksek Lisans Tezi

ELİF SEVDİK KAPTIKAÇTI

EDİRNE-2026

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

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Zeynep KIZILCIK ÖZKAN

**ARTROPLASTİ UYGULANAN HASTALARIN
TABURCULUĞA HAZIR OLMA DURUMLARI VE
HEMŞİRELİK BAKIMINDAN MEMNUNİYETLERİ**

Yüksek Lisans Tezi

ELİF SEVDİK KAPTIKAÇTI

EDİRNE-2026

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	i
ETİK BEYAN	ii
İTHAF	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
SİMGE VE KISALTMALAR.....	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Diz Anatomisi	3
2.2. Osteoartrit ve Epidemiyolojisi.....	3
2.3. Gonartroz	3
2.4. Diz Artroplastisi.....	4
2.4.1. Diz Artroplastisi Öncesi Hemşirelik Bakımı	4
2.4.2. Diz Artroplastisi Sonrası Hemşirelik Bakımı.....	7
2.5. Diz Artroplastisi Sonrası Komplikasyonlar	9
2.5.1. Derin ven trombozu	9
2.5.2. Yağ embolisi sendromu	9
2.5.3. Sinir yaralanmaları	10
2.5.4. Eklem sertliği	10
2.5.5. Enfeksiyon	11
2.5.6. Periprostetik Kırık.....	11
2.5.7. İnstabilite	11
2.6. Taburculuk.....	12
2.7. Taburculuğa Hazır Oluşluk.....	14
2.7.1. Taburculuğa Hazır Oluşluğu Etkileyen Faktörler	15
2.8. Hasta Memnuniyeti	16
2.8.1. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler	16
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	18
3.1. Araştırmanın Amaç ve Tipi	18
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	18

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklem Seçimi	18
3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	18
3.3.2. Dışlanma Kriterleri	19
3.4. Araştırmanın Soruları.....	19
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	19
3.5.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri	19
3.5.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri	19
3.6. Veri Toplama Araçları.....	20
3.6.1. Hasta Bilgi Formu.....	20
3.6.2. Sayısal Derecelendirme Ölçeği	20
3.6.3. İtahi Düşme Riski Ölçeği.....	20
3.6.4. Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği (Kısa Form)	21
3.6.5. Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği	21
3.7. Verilerin Toplanması	22
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	22
3.9. İstatistiksel Analiz.....	22
3.9.1. Araştırmanın Güçlü Yönleri.....	23
3.9.2. Araştırmanın Sınırlı Yönleri	23
4. BULGULAR	24
5. TARTIŞMA.....	40
5.1. Hastaların Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Tartışılması	40
5.2. Hastaların Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puan Ortalamalarının ve Madde Puan Ortalamalarının Tartışılması.....	41
5.3. Hastaların Bireysel ve Operasyon Sürecine İlişkin Özelliklerine Göre Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Puan Ortalamalarının Tartışılması.....	42
5.4. Hastaların Sosyodemografik, Bireysel ve Operasyon Sürecine İlişkin Özelliklerine Göre Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puan Ortalamalarının Tartışılması.....	44
5.5. Hastaların Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği ile Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Tartışılması.....	44
KAYNAKLAR.....	47

EKLER	I
EK 1: Cerrahi Girişim Sayıları.....	II
EK 2: Hasta Bilgi Formu	III
EK 3: Sayısal Derecelendirme Ölçeği.....	V
EK 4: İtaki Düşme Risk Ölçeği	VI
EK 5: Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği	VIII
EK 6: Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği	IX
EK 7: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	XI
EK 8: Etik Kurul İzni	XV
EK 9: Kurum İzni	XVI
EK 10: Ölçek Kullanım İzinleri	XVII
ÖZGEÇMİŞ	XIX
BENZERLİK RAPORU	XX

ONAY SAYFASI



ETİK BEYAN

“Artroplasti uygulanan hastaların taburculuğa hazır olma durumları ve hemşirelik bakımından memnuniyetleri” adlı bana ait olan tez çalışmamın bütün aşamalarında etik dışı davranışımın olmadığını, bütün verileri ve bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, verilerde ve sonuçlarda herhangi bir tahrifat yapmadığımı, tezimin yazımında yapay zeka yazılımları kullanmadığımı, diğer kaynaklardan elde ettiğim bilgi ve yorumlara tezimde uygun şekilde kaynak gösterdiğimi ve kaynaklar bölümünde yer verdiğimi, patent ve telif haklarını ihlal edici herhangi bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Elif Sevdik Kaptıkaçtı

İTHAF

“Bu tez çalışmamı, sevgileri, anlayışları ve destekleriyle yanımda olan sevgili anneme,
babama ve eşime ithaf ediyorum.”

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince bilgi, deneyim ve rehberliğiyle bana yol gösteren, desteğini her zaman hissettiren değerli danışman hocam Doç. Dr. Zeynep Kızılcık Özkan'a; akademik gelişimime değerli katkılar sağlayan hocam Emekli Öğretim Üyesi Sn. Prof. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK'a; eğitim hayatım boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlanma fırsatı bulduğum Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyelerine; araştırmamın yürütülmesi sürecinde desteklerini esirgemeyen Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi Ortopedi Servisi ve Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde görev yapan tüm çalışma arkadaşlarıma içten teşekkürlerimi sunarım.



SİMGE VE KISALTMALAR

ERAS: Ameliyat Sonrası İyileşmeyi Geliştirme

NHBMÖ: Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği

TDA: Total Diz Artroplastisi

THOÖ: Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği



ÖZET

“Artroplasti uygulanan hastaların taburculuğa hazır olma durumları ve hemşirelik bakımından memnuniyetleri”, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2026.

Giriş ve Amaç: Bu araştırma diz artroplastisi uygulanan hastaların taburculuğa hazır olma durumlarını ve hemşirelik bakımından memnuniyetlerini değerlendirmeyi amaçladı.

Gereç ve Yöntemler: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu araştırma Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi Ortopedi Servisinde Ekim 2024-Temmuz 2025 tarihleri arasında, diz artroplasti uygulanan 154 hasta ile yürütüldü. Araştırmanın verileri “Hasta Bilgi Formu”, “Sayısal Derecelendirme Ölçeği”, “İtaki Düşme Risk Ölçeği”, “Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği (Kısa Form)” ve “Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği” ile toplandı.

Bulgular: Örneklemi oluşturan hastaların yaş ortalamasının $65,8 \pm 6,7$ yıl olduğu, çoğunluğunun kadın ve ilköğretim mezunu olduğu belirlendi. Hastaların Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği toplam puan ortalamaları $6,31 \pm 1,67$ ve Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği toplam puan ortalamaları $86,93 \pm 14,71$ olarak bulundu. Hastaların %90,6’sı hemşirelerin mahremiyete gösterdikleri saygıdan tamamen memnundu. Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının bazıları hastaların ameliyat öncesi şikayetine, ameliyat deneyimlerine, ağrı varlığına ve sağlık durumu algılarına göre değişkenlik göstermekteydi. Elli-65 yaş arasındaki hastaların Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği ölçek puanlarının, 66 yaş ve üzerinde olan hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edildi. Taburculuğa hazır oluş ile “Kişisel Durum”, “Bilgi”, “Baş Etme Yeteneği” ve “Beklenen Destek” alt boyutları arasında anlamlı ve pozitif yönlü ilişkiler saptandı.

Sonuç: Artroplasti uygulanan hastaların taburculuğa yeterli düzeyde hazır olmadıkları ancak hemşirelik bakımından memnun oldukları belirlenmiştir. Ağrı, ameliyat deneyimi ve sağlık algısı kişilerin taburculuğa hazır oluşunu etkilemekteydi. İleri yaş hasta memnuniyetini azaltmaktaydı. Artroplasti uygulanan hastaların taburculuğa hazır olmaları için cerrahi hemşireleri olası faktörleri dikkate alarak taburculuk eğitimini bireyselleştirmelidir.

Anahtar kelimeler: Artroplasti, cerrahi, hasta memnuniyeti, hasta taburculuğu, hemşire

ABSTRACT

“Readiness for hospital discharge and satisfaction with nursing care of patients who underwent arthroplasty”, Trakya University, Institute of Health Science, Nursing Department, Master Thesis, Edirne, 2026.

Background and Aim: This study aimed to evaluate the readiness for hospital discharge and satisfaction with nursing care among patients who underwent knee arthroplasty.

Material and Methods: This descriptive, cross-sectional study was conducted at the Orthopedics Department of Edirne Sultan 1. Murat State Hospital between October 2024 and July 2025 with 154 patients who underwent knee arthroplasty. Data for the study were collected using the “Patient Information Form,” “Numerical Rating Scale”, İtiki Fall Risk Assessment Scale” the “Readiness for Hospital Discharge Scale (Short Form)” and the “Newcastle Satisfaction with Nursing Scale.”

Results: The mean age of the patients in the sample was 65.8 ± 6.7 years; the majority were women and had completed elementary school. The patients’ mean total scores on the Readiness for Hospital Discharge Scale were 6.31 ± 1.67 , and the mean total scores on the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale were 86.93 ± 14.71 . 90.6% of the patients were completely satisfied with the respect shown by nurses regarding privacy. Some of the mean total and subscale scores on the Readiness for Hospital Discharge Scale varied according to patients’ current complaints, surgical experiences, presence of pain, and perceptions of their health status. It was determined that patients aged 50–65 had higher scores on the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale compared to patients aged 66 and older. Significant positive correlations were found between discharge readiness and the “Personal Status,” “Knowledge,” “Coping Ability,” and “Expected Support” subscales.

Conclusion: It was determined that patients who underwent arthroplasty were not sufficiently prepared for discharge but were satisfied with the nursing care they received. Pain, surgical experience, and health perception influenced patients’ readiness for discharge. Advanced age reduced patient satisfaction. To ensure patients who underwent arthroplasty are ready for discharge, surgical nurses should individualize discharge education by considering these potential factors.

Keywords: Arthroplasty, surgery, patient satisfaction, patient discharge, nurse.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Artroplasti sonrası hastalar günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorluk yaşamaktadırlar. Özbakım aktivitelerinde bağımsız hale gelebilmeleri yaklaşık altı haftayı bulmaktadır (1). Ortopedik cerrahi sonrasında iyileşmenin büyük bir kısmı evde gerçekleştiğinden (2) hastalar, günlük ve enstrümantal yaşam aktivitelerinde optimal düzeyde bağımsız olabilmeleri konusunda desteğe ihtiyaç duymaktadırlar (1). Literatürde diz protezi veya kalça cerrahisi (total kalça artroplasti, bipolar hemiartroplasti ve proksimal femoral çivi antirotasyonu) uygulanan hastalarda hastaların taburculuğa orta veya düşük düzeyde hazır oldukları belirtilmektedir (3,4).

Hemşireler hastaların ve yakınlarının güvenli ve sorunsuz bir şekilde eve geçişlerini sağlamak için onların hastaneden taburcu olmaya yeterince hazır olduklarından emin olmalıdırlar (5). Hastaların taburculuğa hazır olduklarını söyleyebilmek için fiziksel açıdan yeterli hale gelmeleri, taburculuk sonrası bakımını sürdürebilecek bilgiye ve kişisel desteğe sahip olmaları ve olası durumlarla başa çıkabilecek psikolojik kapasiteye sahip olmaları gerekmektedir (6). Kalça ve diz eklem replasmanına özgü ameliyat sonrası iyileşmeyi geliştirme (ERAS) protokolleri, hastaların doğrudan evlerine taburcu edilmelerini ve taburculukta objektif taburculuk kriterlerinin (öz bakımında ve mobilize olabilmeye bağımsız olabilmek vb.) kullanılmasını önermektedir (7). Hastaların taburcu olmaya hazır olma durumlarının (hastanın kişisel durumu, bilgisi, baş etme becerisi ve beklenen desteği) uygun ölçeklerle değerlendirilmesi bu noktada önem arz etmektedir (8). Hemşirelerin taburculuğa hazır olma durumuna ilişkin değerlendirmeleri, yeniden yatışları azaltmak ve taburculuk süreçlerini engelleyen faktörleri incelemek açısından faydalı olabilmektedir (9). Hastaların taburculuğa hazır olmaları, taburculuk sonrası sonuçların iyileştirilmesine (örneğin; taburculuk sonrası 30 gün içinde rehospitalizasyon) büyük katkı sağlamakta (10), hasta güvenliğini geliştirmekte (11), hastaların kendilerini güvende ve desteklenmiş hissetmelerine yardımcı olmaktadır (6). Hastaların taburculuğa hazır hale getirilmeleri ve hasta merkezli bir taburculuk eğitimi almaları hastaların ameliyat deneyimlerinden ve cerrahi süreçten memnuniyetlerini de olumlu etkilemektedir (12). Eksik veya yanlış taburculuk bilgileri, hasta ve ailede memnuniyetsizlik yaratabilmektedir. Ayrıca hastalar taburculuk eğitimi sırasında yüksek kaliteli klinik bilgilerin aktarılmasını, hemşireler için mesleki kalitenin bir göstergesi olarak atfetmektedirler (13). Yaşlı yetişkin cerrahi hastalarının örneklemini oluşturduğu bir çalışmada

(14) taburculuğa hazır olma durumları yüksek düzeyde olan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetlerinin daha iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Literatürde taburculuğa hazır olma durumlarının hasta memnuniyeti ile ilişkisini araştıran (10,14) ya da ortopedik cerrahi uygulanan hastalarda taburculuğa hazır olma durumunu ele alan (3,15) çalışmalar sınırlı bulunmuştur. Taburculuk hazırlığı sürecini desteklemek ve değerlendirmek için yapılandırılmış araçların kullanılması, süreçlerin ve sonuçların ölçülmesine yönelik daha standart bir yaklaşıma fırsat sunacaktır (16). Literatür Total diz artroplastisi (TDA) sonrası hastaların taburcu olmaya hazır olma algılarının araştırılmasını önermektedir (15). Bu araştırmada TDA uygulanan hastaların taburculuğa hazır olma durumları ve hemşirelik bakımından memnuniyetlerinin incelenmesi amaçlandı.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Diz Anatomisi

Diz eklemi distal femur, proksimal tibia ve patella olmak üzere üç kemikten ve yüzeyleri hyalin kıkırdakla kaplı tibiofemoral ve patellofemoral olmak üzere iki eklemden oluşmaktadır. Patella bu eklemlenme sayesinde kasların verimliliğini arttırmaktadır. Diz ekleminde çeşitli hareketlerin sağlanmasında kemik yapıların yanı sıra; bağlar, kapsüller, menisküs, kas ve tendonlar da büyük öneme sahiptir (17-19). Diz ekleminin stabilitesini sağlayan bağlar; ön çapraz bağ, posterior çapraz bağ, lateral kolleteral bağ, medial kolleteral bağ ve poerolateral köşedir (19).

Diz eklemi menteşe tipi bir eklem (sadece fleksiyon ve ekstansiyon hareketlerinin yapılabilirdiği) gibi düşünülse de sınırlı ölçüde medial ve lateral rotasyon hareketlerini de yapabilme imkânına sahiptir (19). Özellikle ayakta durma, yürüme, koşma, merdiven çıkma ve çömelme gibi birçok temel işlevin yerine getirilmesinde kritik bir role sahiptir. Diz vücudun en uzun iki kaldıraç kolu olan femur ve tibia arasındaki konumu ve ağırlık taşımadaki rolü nedeniyle en sık zarar gören ve yaralanan eklemler arasında yer almaktadır (19,20).

2.2. Osteoartrit ve Epidemiyolojisi

Osteoartrit genellikle yaşla ilişkili, inflamatuvar kaynaklı yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ve dünya çapında yetişkinlerde en yaygın görülen dejeneratif eklem hastalıklarından biridir (21). Küresel olarak en fazla engelliliğe neden olan osteoartritin Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünya çapında yaklaşık 528 milyon kişi etkilediği bildirilmektedir. Bu sayı, 1990 yılından bu yana %113 artmıştır (22).

2.3. Gonartroz

Osteoartritin en sık görüldüğü eklemlerden biri diz eklemi olarak bilinmektedir. Gonartroz, eklem içi kıkırdığın ilerleyici yıkımı ile kendini gösteren, eklemi oluşturan kemiklerde anormalliklerin ve ek olarak sinoviyal membran ve sinoviyal sıvıda değişikliklerin eşlik ettiği dejeneratif, kronik bir hastalıktır (23). Gonartrozun belirgin belirtileri arasında ağrı, ödem, eklem sertliği, eklem hareket açıklığında kısıtlılık, kas kuvvetsizliği, sandalyeden/koltuktan kalkmada sorun yaşama, yürüme mesafesi ve hızında azalma, merdiven çıkmada ciddi ağrı vb. bulunmaktadır (24,25). Gonartroz oluşumu için risk faktörleri yaşlanma, obezite, diz eklemiyle

ilişkili travma öyküsü ve kadın cinsiyettir. Radyografik ve semptomatik gonartrozun 60 yaş üstü kişilerde prevalansı %37 olarak tahmin edilmektedir (23). Bilateral gonartroz tanılı yaşlılarla yürütülen bir çalışmada, katılımcıların yaşam kalitesi açısından %22,2'sinin kötü, %55,6'sının orta, %20,8'inin iyi ve %1,4'ünün çok iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir (26).

Gonartroz tedavisinin hedefi, ağrı ve diğer semptomları kontrol altına almak, yaşam kalitesini artırmak, hastanın fiziksel fonksiyonunu sağlamak ve sürdürmektir. Bu tedavi, nonfarmakolojik, farmakolojik ve gerektiğinde cerrahi yöntemleri içermektedir (25). Tıbbi tedavilere cevap vermeyen hastalarda, TDA işlevselliği kolaylaştırmak ve ağrıyı iyileştirmek amacıyla etkili bir cerrahi tedavi olarak uygulanmaktadır (21,27).

2.4. Diz Artroplastisi

Diz artroplastisi, diz eklem yüzeylerindeki hasar görmüş dokuların cerrahi müdahale uygulanarak yapay protezlerle değiştirilmesi işlemidir (27). Genellikle osteoartrit, romatoid artrit/inflamatuvar artrit, ankiloz, osteonekroz, charcot artropatisi sonucu oluşan eklem kıkırdağı hasarı için uygulanmaktadır (28). Bu işlem sayesinde hastaların ağrıları hafifletilirken, eklem fonksiyonları büyük ölçüde geri kazandırılabilir (21,27).

Sağlık hizmetlerindeki ilerlemelerle birlikte, yaşam süresi uzadığından ve yaşlı nüfus oranı artış gösterdiğinden TDA işlemi daha fazla uygulanmaktadır (21). Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Örgütü'nün 2023 istatistiklerine göre Türkiye'de 2021 yılında TDA ameliyatı insidansının 90/100.000 kişi olduğu belirlenmiştir (29). T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü'nün 2017 Kamu Hastaneleri İstatistik Raporunda dize yönelik operasyon sayıları A3 grubu ameliyatlar (diz revizyon artroplastisi total 2385), B grubu ameliyatlar (diz artroplastisi total 53202, unikompartmantal diz artroplastisi 1492, diz artroplastisi total 1335, artroskopik ön çapraz bağ rekonstrüksiyonu 7023), C grubu ameliyatlar (artroskopik menisküs onarımı 5288) olarak sınıflandırılmakta ve toplam ameliyat sayısı 70725 olarak bildirilmektedir (30). İrlanda Cumhuriyeti'nde yapılan projeksiyon çalışması sonuçlarına göre 2036 yılına kadar uygulanacak toplam diz artroplastisi sayısının %49 oranında artması beklenmektedir (31).

2.4.1. Diz Artroplastisi Öncesi Hemşirelik Bakımı

Diz artroplastisi öncesi hemşirelik bakımı, hastanın fiziksel hazırlığını optimize etmeyi, potansiyel cerrahi riskleri (enfeksiyon, tromboemboli vb.) önceden belirleyerek minimize

etmeyi ve hastanın anksiyete düzeyini kontrol altına alarak psikososyal destek sağlamayı hedeflemektedir (25).

Hastaların kaygısını azaltmak ve hastaneden taburcu olmayı kolaylaştırmak için ameliyat öncesi hasta eğitimi yapılmalıdır (32-34). Bu amaçla ameliyat öncesinde hastanın anksiyete düzeyi değerlendirilmelidir. Hemşireler hastayla iletişim kurarak cerrahi süreci, olası riskleri ve beklenen sonuçları açıklamalıdır, hastanın sorularını yanıtlamalıdır (25). Hastalar, tedavi sürecinin aktif bir üyesi olarak hazırlanmalı ve beklentileri gerçekçi hale getirilip cerrahi sonrası ağrı yönetimi hakkında bilgilendirilmelidir (33,34). Ayrıca hastalar, ameliyat sonrası dönemde ulaşım, hijyen, yemek ve hareketlilik gibi günlük ihtiyaçlarda desteğe ihtiyaç duyabilmektedir. Bu nedenle, eve dönüş süreci önceden planlanmalı ve bireyselleştirilmiş taburculuk eğitim programı hazırlanmalıdır. Eğitim kapsamında hastalara uzun süreli yatak istirahatinin olumsuz etkileri, erken ve aşamalı mobilizasyonun önemi anlatılmalı; egzersiz ve hareket kararlarında sağlık ekibiyle iş birliği yapmaları vurgulanmalıdır (32-34).

Ameliyat öncesi dönemde solunum sisteminin dikkatli değerlendirilmesi, ameliyat sonrası gelişebilecek pulmoner komplikasyonların önlenmesinde büyük önem taşımaktadır (35). Bu süreçte hastanın solunum fonksiyonları; spirometri, oksijen saturasyonu ölçümü ve solunum seslerinin oskültasyonu ile değerlendirilir (36). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı veya astım gibi kronik solunum hastalıkları bulunan bireylerde inhaler tedavi düzenlenmeli ve solunum fizyoterapisi planlanmalıdır. Atelektazi ve pnömoni riskini azaltmak için hastalara alveoler ventilasyonu artıran derin solunum ve öksürme egzersizleri öğretilmelidir (37). Mevcut solunum yolu enfeksiyonu bulguları varsa, uygun antibiyotik veya inhaler steroid tedavileriyle enfeksiyon kontrolü sağlanmalıdır (35). Sigara kullanımının perioperatif dönemde solunum ve kardiyovasküler komplikasyon riskini artırdığı bilinmektedir; bu nedenle hastalara ameliyattan en az dört hafta önce sigarayı bırakmaları önerilmeli ve bu süreçte hemşireler danışmanlık vermelidir (38). Ayrıca sigara bırakma ve solunum egzersizlerine uyumun, diz protezi gibi büyük ortopedik ameliyatlarda iyileşme sürecini hızlandırdığı gösterilmiştir (39). Bu nedenle hemşirelerin temel görevi, hastayı ameliyat öncesi dönemde solunum fonksiyonlarını korumaya yönelik hazırlamak ve komplikasyon riskini en aza indirmektir (36).

Ameliyat öncesi aneminin varlığı, cerrahi sonrası iyileşmeyi olumsuz etkileyerek komplikasyon, tekrar yatış ve mortalite riskini ve transfüzyon ihtiyacını artırmaktadır. Bu nedenle, TDA planlanan hastalarda anemi mutlaka belirlenmeli, nedeni araştırılmalı ve tedavi edilmelidir (39). Ameliyat öncesi süreçte hastalara; kilo kontrolünün iyileşme üzerindeki olumlu etkileri, gerekli açlık süresi ile ameliyat sonrası dönemde beslenme takvimi hakkında

kapsamlı bilgi verilmelidir. Anestezi kaynaklı bulantı-kusma ve immobilizasyona bağlı gelişebilecek konstipasyon riskleri detaylandırılmalı; bu doğrultuda yeterli sıvı alımı ile dengeli beslenme yaklaşımları teşvik edilmelidir. Bu bilgilendirmeler, hastaların beslenme protokollerine uyumunu artırmakta ve iyileşme sürecini desteklemektedir (40). Ayrıca hastaların beslenme durumunun kapsamlı biçimde değerlendirilmesi, cerrahi sonrası komplikasyon riskini azaltmada önemlidir. Malnütrisyon ve enfeksiyon yeniden yatış ile mortalite oranlarını artırırken, iyileşme süresini uzatabilmektedir. Bu nedenle hemşireler, ameliyat öncesi dönemde albümin düzeyini ve beslenme alışkanlıklarını değerlendirerek olası yetersiz beslenmeyi saptamalı ve gerekli durumlarda diyetisyenle iş birliği içinde bireye özel beslenme planı oluşturmaktadır. Ayrıca, yüksek proteinli ve diyet desteklerinin ameliyat öncesinde uygulanması, cerrahi sonrası komplikasyonları azaltma ve doku iyileşmesini hızlandırma açısından umut verici sonuçlar sunmaktadır (25,41). Ameliyat öncesi oral alımın kısıtlanması, kılavuzlara ve her hastanın ameliyat saatine göre özel olarak ayarlanmalıdır (32). Güncel ERAS protokollerinde, ameliyattan iki saat öncesine kadar berrak sıvı tüketiminin mide hacmini artırmadığı, mide pH düzeyini etkilemediği ve cerrahi komplikasyon riskini yükseltmediği belirtilmektedir. Bu nedenle, ameliyat öncesinde katı gıdalar için altı saat, berrak sıvılar için ise iki saatlik açlık süresi önerilmekte; bu uygulamanın düzenli yürütülebilmesi için her hastaya ameliyat sırasına ve planlanan zamana uygun bireyselleştirilmiş talimatlar verilmelidir (34).

Hemşireler nörovasküler değerlendirme yaparak hastaların ekstremitelerinde dolaşım, oksijenlenme, sinir iletimi ve fonksiyonel durumu ayrıntılı biçimde incelenmelidir. Bu değerlendirme, ameliyat öncesi ile sonrasın ait verilerin karşılaştırılmasına olanak tanımakta ve olası komplikasyonların erken fark edilmesini sağlamaktadır (25). Hastaların diz hareketliliği, yürüme kapasitesi, ağrı düzeyi ve günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık durumlarının değerlendirilmesi, kişiye özel rehabilitasyon planlamasının temelini oluşturmaktadır. Bu değerlendirmelere ek olarak ameliyat öncesi dönemde hastalara; ameliyat sonrası süreçte uygulanacak egzersiz programları, eklem hareket açıklığının korunması, güvenli mobilizasyon teknikleri, yardımcı cihaz kullanımı ve düşmelerin önlenmesi konularında kapsamlı bir eğitim verilmelidir (40). Bu kapsamda, grup egzersizleri ve yapılandırılmış eğitim oturumlarının, hastaların ameliyat sonrası egzersizlere uyumunu ve memnuniyetini artırarak erken mobilizasyonu desteklediği bildirilmektedir (42). Kaya ve ark. (2025) TDA öncesi verilen hasta eğitiminin ağrı ve kinezyofobi düzeylerini anlamlı biçimde azalttığını, dolayısıyla rehabilitasyon sürecini olumlu etkilediğini saptamışlardır (43).

Total diz artroplastisi sonrası enfeksiyon riskini azaltmak için hastalara uygun cilt hazırlığına dayalı sistemik antimikrobiyal profilaksi uygulanmalıdır (32). Primer TDA'da alkol bazlı klorheksidin ya da alkol bazlı povidon iyot kullanılarak cerrahi alan hazırlığı yapılmalıdır (44).

2.4.2. Diz Artroplastisi Sonrası Hemşirelik Bakımı

Ameliyat sonrası hastaların yaşam bulguları izlenmeli, hemodinamik stabilite ve dengeli sıvı yönetimi sağlanmalıdır (7,25). Periferik venöz kateterin, hemovak drenin ve üriner kateterin fonksiyonelliği kontrol edilmelidir (28). Drenaj rengi, görünümü, miktarı, kokusu değerlendirilmeli ve laboratuvar bulguları izlenmelidir. TDA sonrası ilk 8 saatte en fazla 400 ml kanama olması beklenmektedir (25). ERAS protokollerine göre kalıcı idrar kateteri, tüpler ve drenler rutin kullanılmamalı, mevcut olduğunda ise en geç 24 saat içinde çıkarılmalıdır (32,33,39).

Susuzluğu önlemek için dudaklar ıslak bez ile nemlendirilmelidir (28). ERAS protokollerine göre, hastalar erken ağızdan beslenmeye başlamak için teşvik edilmelidir (orta düzey kanıt, güçlü öneri) makro ve mikro besinlerden zengin diyetlerle desteklenmelidir (39). Hemşireler, konstipasyonu önlemek için yeterli sıvı alımı, lifli gıda tüketimi ve erken mobilizasyonu desteklemelidir. Beslenmenin düzenlenmesi, gastrointestinal sistem fonksiyonlarının normale dönmesine katkı sağlamaktadır (32,34).

İlk 2-3 gün hastalarda şiddetli ağrı görülebilmektedir (28). Ağrı için multimodal analjezi uygulanmalıdır. Rutinde parasetamoller kullanılabilir, kontrendikasyonu olmayan hastalar için steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlar da kullanılabilir. Opioidler gerektiğinde tedaviye eklenebilir ancak opioidlerin kullanımı mümkünse sınırlandırılmalıdır (39). Cerrahi uygulanan dizin immobilizasyonu, ödemi azaltmak için elevasyonu ve soğuk uygulama yapılması ağrıyı kontrol altına almada faydalı olacaktır (28).

Ağrı kontrol altına alındığında ve hastalar kendini hazır hissettiğinde izometrik egzersizlere başlamalıdır. Kan dolaşımını desteklemek ve kas gücünü korumak için kuadriseps egzersizleri ve ayak bileği egzersizleri için hastalar teşvik edilmelidir (28). TDA uygulanan hastalarda, ameliyat sonrası dönemde dislokasyon ve fiziksel harekette bozulma riskine karşı uygun pozisyonlama ve erken mobilizasyon kritik öneme sahiptir. Protezli dizin ekstansiyonu korunarak hastalar sırtüstü pozisyonda yatırılmalıdır (25). Servise kabulde hastanın dizi çok bükülmeden ve fleksiyon kontraktürüne neden olmayacak şekilde pozisyonlanmalı ve yan

taraflarından su/kum torbalarıyla desteklenmelidir (28). Uzamış yatak istirahati insülin direncini artırırken kas gücünde azalma, kas atrofisi, ortostatik hipotansiyon, kardiyak output düşüşü ve fonksiyonel kapasitede gerileme gibi olumsuzluklara neden olmaktadır (45). Kontrendikasyon yoksa ilk 24 saat içinde, ideal olarak ilk 8 saat içinde hastalar ayağa kaldırılmalıdır (25). İmmobilizasyonun komplikasyonlarından biri olan derin ven trombozunu önlemek için antitrombotik profilaksi (orta düzey kanıt) (39), erken mobilizasyon ve mekanik profilaksi olarak kompresyon çorabı kullanımı önerilmektedir. Hastalara ağrı, bacakta kısıklık, karıncalanma, şişlik, yürürken zorlanma gibi dislokasyon belirtileri öğretilerek farkındalık kazandırılmalıdır (25,27).

Ameliyat sonrası dönemde TDA uygulanan hastalarda nörovasküler izlem, olası komplikasyonların erken tanınması açısından oldukça önemlidir (40). İlk 24 saatte izlem şu şekilde planlanmalıdır: ilk 4 saat boyunca saatlik, sonraki 4 saat boyunca iki saatte bir, izleyen 16 saatte ise dört saatte bir izlem yapılması önerilmektedir. Patolojik bulgular gözlenmesi durumunda ilgili hekim bilgilendirilmeli ve bulgular kayıt altına alınmalıdır (25,46). Hemşireler, bu süreçte ekstremitenin rengi, sıcaklığı, kapiller dolum süresi, nabız, ağrı, ödem, his ve hareket durumunu değerlendirerek dolaşım ve sinir sistemine ilişkin olası sorunları belirlemektedirler. Bu parametreler, periferik dolaşımın yeterliliği ve nörolojik bütünlüğün korunup korunmadığını gösteren önemli göstergelerdir (25,40,46). Ayrıca hastalardan başparmağını hareket ettirmesi istenerek peroneal sinir yaralanma varlığı test edilmelidir. Elastik bandaj aşırı sıkıysa kompresyon ağrıya neden olacağından hastalar şiddetli ağrı tariflerse bandaj gevşetilmelidir (28). Doğru, zamanında ve sistematik biçimde yapılan nörovasküler değerlendirme, cerrahi sonrası dönemde görülebilecek kompartman sendromu, sinir hasarı veya dolaşım bozukluğu gibi komplikasyonların erken tanınmasına olanak tanımaktadır (46).

Yara ve pansuman izlenmeli, pansuman kirlendiğinde değiştirilmelidir. Pansuman değişimi sırasında kanama, enfeksiyon, nekroz vb. durumları değerlendirilmelidir. Steril yara örtüsünün primer kapatılmış yaralarda ilk 24–48 saat boyunca korunması ve pansuman değişiminde aseptik tekniğe dikkat edilmesi cerrahi alan enfeksiyonlarını azaltmada etkili kanıta dayalı yaklaşımlar olarak tanımlanmaktadır (47). TDA’da kullanılan modern pansumanların yaranın korunması, drenajın yönetimi ve iyileşmenin desteklenmesi gibi işlevleri nedeniyle pansuman seçiminin hasta konforu ve hareketliliğini gözeterek yapılması önemlidir (48).

2.5. Diz Artroplastisi Sonrası Komplikasyonlar

Total diz artroplastisi sonrası komplikasyonlar gelişebilmekte, bunlar arasında derin ven trombozu, pulmoner emboli, enfeksiyon, patellafemoral problemler, instabilite, nörovasküler komplikasyonlar, erken aseptik gevşeme ve periprostetik kırık gelişimi vb. yer almaktadır (49). Özellikle aseptik gevşeme (%18,3), septik komplikasyonlar (%21,6), instabilite (%14,1) nedeniyle cerrahi müdahalelere tekrardan ihtiyaç duyulmaktadır ve bu durum birincil cerrahiden %76 daha fazla maliyetle revizyon cerrahilerinin gerçekleştirilebilmesine neden olmaktadır (50).

2.5.1. Derin ven trombozu

Total diz artroplastisi sonrası derin ven trombozu, ameliyat edilen alt ekstremitedeki venlerde trombüs oluşmasıyla gelişir ve kan akımını belirgin biçimde azaltabilir (28). Trombüsün pulmoner dolaşıma taşınması durumunda pulmoner emboli ortaya çıkar ve bu durum TDA sonrası en ciddi ve yaşamı tehdit eden komplikasyonlardan biri olarak kabul edilmekle birlikte (28,34) farmakolojik ve mekanik profilaksi yöntemleri ile önlenmeye çalışılmaktadır (28,32). Profilakside kullanılan ilaçlar arasında düşük moleküler ağırlıklı heparin, varfarin, rivaroksaban, fondaparinux ve aspirin yer almakta; mekanik profilakside ise dereceli kompresyon çorapları ile aralıklı pnömatik kompresyon yer almaktadır. Amerikan Göğüs Hastalıkları Uzmanları Koleji ve Amerikan Ortopedi Cerrahları Akademisi, ameliyat sonrası en az 10–14 gün, tercihen 35 güne kadar antitrombotik tedavi uygulanmasını önermektedir. Erken mobilizasyonun derin ven trombozu gelişme riskini azaltabileceği belirtilmekte olup ulusal kılavuzlarda TDA sonrasında 14 gün süreyle kemoprofilaksi önerilmektedir (34). Hemşireler TDA sonrası derin ven trombozu riskine karşı şişlik, kızarıklık, hassasiyet, ağrı ve Homans bulgusu (ayak dorsifleksiyondayken baldırda ağrı olması) izlemeli, ayak bacak egzersizlerini uygulatmalı, erken mobilizasyonu ve hareketlerin sürekliliğini ve yeterli sıvı alımını sağlamalıdır (27).

2.5.2. Yağ embolisi sendromu

Yağ embolisi sendromu, 20 mikrondan büyük yağ partiküllerinin dolaşım sistemine girmesiyle ortaya çıkan bir tablo olup, klinik belirtileri asemptomatik seyirden ağır solunum yetmezliği, komaya kadar geniş bir aralıkta değişebilir (25,27). Klinik tablo genellikle operasyonu takip eden ilk 24–72 saat içinde dispne, hipoksemi, taşikardi, bilinç değişikliği ve özellikle göğüsten

başlayan peteşiyal döküntü ile karakterize olup yoğun bakım izlemi ve destek tedavisi gerektirebilir (25,51). Önceki bir çalışmada bildirilen olgularda erken tanı, oksijenizasyonun desteklenmesi ve multidisipliner yaklaşım ile nörolojik sekel ve mortalitenin azaltılabildiği vurgulanmaktadır (51). Hemşireler erken tanı için yağ embolisi bulgularını izlemelidirler (27).

2.5.3. Sinir yaralanmaları

Total diz artroplastisi sonrası ortaya çıkan sinir yaralanmalarının büyük çoğunluğunu peroneal sinir yaralanmaları oluşturmakta olup, literatürde bu durumun %0,3–%0,58 oranlarında görüldüğü bildirilmiştir. Bu yaralanmaların çoğunun valgus deformitesi veya fleksiyon kontraktürü bulunan hastalarda sinirin ameliyat sırasında basıya maruz kalması, pansumanın aşırı sıkı uygulanması, epidural anestezi, uzun süreli turnike kullanımı ya da artmış turnike basıncı ile ilişkili olduğu; ayrıca diyabetik hastalarda riskin belirgin biçimde arttığı belirtilmiştir (52). Klinik olarak ayak sırtında duyu azalması, parestezi ve ayak bileği dorsifleksiyonunda güçsüzlük görülebilir ve bu belirtiler genellikle cerrahi ile eş zamanlı ya da ilk iki gün içinde fark edilmektedir. TDA sonrası gelişen peroneal sinir felcinde hastaların tam iyileşme oranlarının %9,1 ile %68 arasında değiştiği bildirilmektedir (53). Bu olgularda, konservatif yaklaşımlar içinde ayak ve ayak bileğini destekleyen ortezlerin kullanımı ile eklem hareket açıklığını sürdürmeye yönelik egzersizler tedavinin temelini oluşturmaktadır (52). Hemşireler ameliyat sonrası ilk 4 saat içinde saat başı olmak üzere nörovasküler değerlendirme yapmalıdırlar (27).

2.5.4. Eklem sertliği

Total diz artroplastisi sonrası eklem sertliğinin en sık nedeni artrofibrozis olup görülme oranı literatürde %1,2–17 arasında bildirilmektedir (52). Sertlik; ameliyat öncesi sınırlı eklem hareket açıklığı, romatolojik hastalıklar, geçirilmiş diz cerrahileri ve düşük ağrı toleransı gibi hasta özelliklerinin yanı sıra cerrahi teknik ve ameliyat sonrası komplikasyonlarla ilişkilendirilmektedir (52,54). Artrofibrozis, eklem kapsülü ve yumuşak dokularda kontraktür gelişmesiyle karakterizedir. Erken ve düzenli rehabilitasyon tedavinin temelini oluştururken, konservatif yaklaşımlara rağmen sertlik devam eden olgularda ameliyattan 8–12 hafta sonra anestezi altında manipülasyon uygulanabilmektedir (54).

2.5.5. Enfeksiyon

Total diz artroplastisi sonrası gelişen enfeksiyonlar, hastalarda ciddi klinik sorunlara yol açması ve tedavi sürecinin karmaşıklığı nedeniyle artroplasti cerrahisinin en zorlu komplikasyonları arasında yer almaktadır (55). Bu enfeksiyonlar, yara iyileşmesini bozarak ameliyat sonrası erken ya da geç dönemde ortaya çıkabilen ve morbiditeyi belirgin biçimde artıran ciddi bir durum olarak değerlendirilmektedir (56). Enfeksiyon gelişiminde diyabet, obezite, ileri yaş, malnütrisyon, sigara kullanımı, immünsüpresif tedavi, uzamış ameliyat süresi ve geçirilmiş cerrahi gibi hasta ve cerrahiye özgü risk faktörlerinin önemli rol oynadığı belirtilmektedir. Yara yeri problemleri, hematoma, bül oluşumu ve uzamış drenaj gibi iyileşmeyi geciktiren durumların enfeksiyona zemin hazırladığı; özellikle 72 saatten uzun süren drenajın enfeksiyon açısından uyarıcı kabul edildiği ifade edilmektedir (55). TDA sonrası enfeksiyonların çoğunun bakteriyel kaynaklı olduğu ve enfeksiyonun doğrudan cerrahi kontaminasyon veya hematogen yayılım sonucu gelişebildiği bildirilmiştir (57). Enfeksiyonun önlenmesinde antibiyotik profilaksisinin standart bir uygulama olduğu, ayrıca uygun olgularda antibiyotikli çimento kullanımının enfeksiyon riskini azalttığı belirtilmektedir (52).

2.5.6. Periprostetik Kırık

Periprostetik kırıklar TDA sonrasında ortaya çıkan, ortopedik cerrahi açısından yönetimi güç komplikasyonlar arasında yer almakta ve en sık distal femur bölgesinde, ardından patella ve tibia çevresinde görülmektedir (58,59). Bu kırıkların oluşumunda implantların varlığına bağlı kemik kalitesindeki azalma veya cerrahi sırasında kemikte meydana gelen yapısal zayıflık etkili olabilmektedir (52,58). Bu tür kırıkların tedavisi çoğu zaman cerrahi girişim gerektirmekte olup, açık fiksasyon, intramedüller tespit yöntemleri veya revizyon artroplastisi gibi seçenekler kullanılmakta ve tedavi sonuçları hastaya ve kırık tipine bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir (58).

2.5.7. İnstabilite

İnstabilite hem erken hem geç dönemde ortaya çıkabilen ve zamanında fark edilmediğinde hasta memnuniyetsizliğine, dislokasyona ve erken revizyonlara yol açabilen önemli bir komplikasyondur (52,60). Erken dönem instabilite, cerrahi sırasında yapılan yetersiz veya aşırı yumuşak doku gevşetmeleri, hatalı kemik kesileri, uygunsuz implant seçimi veya komponentmal pozisyonu gibi teknik faktörlerden kaynaklanırken, geç dönem instabilite

polietilen aşınması, bağ yaralanmaları, implant kırılması gibi mekanik sorunlarla ilişkili olabilir (52). Klinik olarak majör instabilite daha belirgin bulgularla saptanabilirken, minör instabilite merdiven çıkma sırasında ağrı veya tekrarlayan efüzyon gibi daha silik şikâyetlerle kendini gösterebilir (52,60).

Dislokasyon durumunda hastalarda ağrı, dizde boşalma hissi, eklemde sıvı birikmesi ve merdiven çıkmada zorluk görülebilmektedir (61). Hemşireler dislokasyon riskine karşı hastaları uygun pozisyonda (protezli dizin ekstansiyonu korunarak hastalar sırtüstü pozisyonda yatırılmalıdır) istirahat etmelidir, protezli diz eklemine içe/dışa rotasyonunu önlemeli ve erken mobilizasyona teşvik etmelidir (25,27).

2.6. Taburculuk

Hasta eğitimi, sağlık hizmeti sürecinde hastanın bilgi düzeyini artırmayı ve sağlığı destekleyen davranışları geliştirmeyi amaçlayan planlı bir süreçtir (43). Taburculuk eğitimi hasta eğitiminin bir parçası olup taburculuk döneminde hastanın evde bakımını güvenli şekilde sürdürebilmesi için gerekli bilgi ve becerilerin pekiştirilmesine zemin hazırlanmaktadır (47,62).

Taburculuk; hastaların hastaneden ayrılabilmesi ve sonrasında bakımını sürdürebilmesi için hastanın sistematik ve multidisipliner ekip tarafından hazırlanması sürecidir (63). Cerrahi hastalarının taburculuk süreçlerine cerrahlar, hemşireler, diyetisyenler, eczacılar, fizyoterapistler vb. dahil olmak üzere çeşitli disiplinler iş birliği halinde dahil olmaktadır (63,64). Meslekler arası organizasyon, koordinasyon ve hastaların katılımı taburculuk eğitiminde çok değerli bulunmaktadır. Eklem replasmanı uygulanan hastaların tedavi sürecinde bilgilendirilmesi ve sürece katılımı sağlanmalıdır (65). Hastalar, bakım vericileri hastaneden taburcu olmaya hazır hale getirilmelidir (12).

Taburculuk eğitimi hastanın hastaneye kabulüyle başlamalıdır (64,66). Taburculuk hazırlığı için zaman verimli şekilde değerlendirilmelidir; taburculuk planlamasının, taburculuk ihtiyaçlarının tutarlılığını ve kapsamlılığını iyileştirmek için yapılandırılmış bir süreç kullanılarak kanıt tabanlı oluşturulması gerekmektedir. Taburculuk eğitimi için rol sorumluluklarının net bir şekilde tanımlanmaması, hastalara ve ailelere sağlanan bilgilerin tekrarlanmasına, atlanmasına, tutarsız veya kafa karıştırıcı olmasına ve taburcu talimatlarına zayıf bir şekilde uyulmasına neden olabilir (67). Bir çalışmada hemşirelerin sadece %38,3'ünün hasta hastaneye yattığı anda taburculuk planlamasını yaptıkları, %83,3'ünün hastalara

taburculuk eğitimi verdikleri ve %71,9'unun bu eğitimi planlı olarak uyguladıkları saptanmıştır (66).

Hemşireler, bilgi sağlanmasında, taburcu süreçlerinin geliştirilmesinde ve uygulanmasında önemli bir rol oynamaktadır (13,68). Taburculuk eğitimi hemşirelik sürecine benzer şekilde ilerlemektedir (63). Hemşireler öncelikle hastalardan, bakım vericilerinden ve hastalara ait tıbbi kayıtlardan veri toplamakta ve hastaların bilişsel, duyuşsal öğrenme gereksinimlerini belirlemektedir (63,69). Taburculuk hastaların bireysel özelliklerini (yaş, eğitim seviyesi vb.), gereksinimlerini (evde bakım hizmetlerine gereksinim vb.) ve tercihlerini dikkate alarak planlanmalıdır (63,68,12).

Taburculuk planlaması yapılırken eğitimin nerde, ne zaman, hangi ortamda, kim veya kimler tarafından, hangi öğretim yöntemi ve materyalleri kullanılarak yapılacağı belirlenmektedir (63,69). Hemşireler hastaların öğrenmesini desteklemek amacıyla broşür, kitapçık vb. basit dille yazılmış görsellerle zenginleştirilmiş yazılı kaynakları, maket, tıbbi malzeme, model vb. objeleri, resim gibi araçları ya da bilgisayar gibi gelişmiş teknolojileri kullanmaktadırlar (69). Yenilikçi teknolojiler, hastaların katılımını teşvik etmekte, bakım ve tedavi sonuçlarını olumlu yönde geliştirmektedir (70).

Hemşireler planlama sonrasında eğitim vermekte ve eğitimin etkinliğini değerlendirmektedir (63,69). Taburculuk eğitiminde hastalara ilaç kullanımı, tedavinin olası yan etkileri, taburculuk sonrası kontroller, test/patoloji sonuçlarının takibi, ağrı yönetimi, yara bakımı ve enfeksiyon önleme, komplikasyon belirtileri ve yönetimi, hareketlilik ve rehabilitasyon, günlük aktiviteler ve yaşam kalitesi, psikososyal destek gibi konularda bilgi verilmelidir (28,64,66,71). İnvaziv bir tanılama işlemi veya dış çekimi yapılması gerekiyorsa, hastalara bu işlemleri yaptırmadan önce hekimin profilaktik antibiyotik reçete etmesi gerekebileceğinden, hastaların hekimle ameliyat sonrasında da iletişim halinde olması gerektiği söylenmelidir. Soğuk algınlığı veya idrar yolu enfeksiyonu gibi diğer bulaşıcı hastalıkların mümkün olduğunca erken tedavi edilmesi gerektiğinin protez enfeksiyonlarının önlenmesi için çok önemli olduğu konusu vurgulanmalıdır (28). Hastaların merdiven çıkarken, arabaya binerken öncelikle sağlam sonrasında protezli dizin olduğu tarafı kullanarak hareket etmesi gerektiği söylenmelidir (25). Diz eklemine, araç kullanmak için fren pedalına basabilmek amacıyla ameliyat sonrası 8 haftadan sonra normal durumuna döndüğü bilindiğinden hastaların fren tepki süresini kontrol etmesi ve 8 hafta sonra araç kullanmaya başlamanın güvenli olacağı

hastalara açıklanmalıdır (28). Hastalar hayatları boyunca namaz ibadetlerini oturur pozisyonda yapmaları konusunda da uyarılmalıdırlar (25).

Eğitim sonrasında hemşireler verilen eğitimlerin etkinliğini değerlendirmelidirler. Taburculukla ilgili hasta geri bildirimleri, hemşirelerin taburculuk eğitimini ve taburculuk süreçlerini iyileştirmek için yapabilecekleri değişikliklere katkıda bulunabilir (68). Yüksek kaliteli taburcu bilgisinin sunulması, eğitimin iyi koordine edilmiş olması, multidisipliner yaklaşımla hasta ve bakım vericilerinin dahil edilerek zamanında taburculuk eğitiminin yapılması hastaneye tekrar yatış oranlarını, olumsuz olayları ve hastaların aktivitelerindeki bağımlılıklarını azaltabilmektedir (70). Hastaların hastaneden taburcu olmaya yeterince hazır hale getirilmeleri, eve güvenli ve sorunsuz bir geçiş yapabilmelerini sağlamaktadır (5).

2.7. Taburculuğa Hazır Oluşluk

Taburculuğa hazır olma kavramı fiziksel, psikolojik, eğitim ve bilgi, yeterli bireysel destek olarak dört boyutta ele alınmaktadır. Fiziksel boyut; hastaneden taburcu olmaya yönelik işlevsel hazır olma durumunu tanımlamaktadır. Psikolojik boyut; hastaneden ayrılma yeterliliği ve zihinsel yetenek ile ilişkilidir. Eğitim ve bilgi; alınan bilgi, eğitim, bilgi birikimi ve öğretimin hastane sonrası ihtiyaçlara cevap verebilme kapasitesidir (72,73). Yeterli bireysel destek; fiziksel desteğin yanı sıra hastanın hastane sonrası eve geçişini sağlayabilmesi için duygusal, psikolojik ve diğer destekler olarak da yorumlanmaktadır (72). Ek olarak hastane taburculuğuna hazır olma durumunu etkileyen, diğer boyutlara atfedilemeyen bireysel veya örgütsel faktörlerde (yaş, sağlık profesyonellerinin özellikleri vb.) mevcuttur (72,73).

Sağlık profesyonelleri, hastalara hedefe yönelik müdahaleler sağlamak için hastaların taburculuğa hazır oluş düzeylerini değerlendirmelidir (74). Diz artroplastisi yapılan hastalarla gerçekleştirilen bir nitel çalışmada hastaların taburculuk öncesi gereksinimleri araştırılmış ve rehabilitasyon için fonksiyonel egzersiz bilgisine, çeşitlendirilmiş öğretim yöntemlerine, egzersizlere uyumu teşvik sağlayan rehberliğe, yara bakımını öğrenmeye, ağrı yönetimine, güvenli ilaç kullanımını sağlamaya, günlük yaşam aktiviteleri rehberliğine, bakım verenin bakım verme bilgisinin ve becerisinin geliştirilmesine, psikolojik desteğe ve bakımın sürekliliğini sağlamaya yönelik ihtiyaçları olduğu tespit edilmiştir (75). Specht ve ark. (76) çalışmalarında hastaların hastanede sadece 1-2 gün geçirmekten memnun oldukları belirlenmiş, ancak hastaların taburculuk planlamasına yeterince dahil edilmemiş olmaları, taburcu olduktan sonra bir belirsizlik ve yalnız bırakılma hissi yaşamalarına neden olmuştur ve bu durum evdeki

ağrı yönetimini ve iyileşmelerini etkileyebilen bir faktör olarak ifade edilmiştir. Reay ve ark.'nın (77) kalça artroplastisi sonrası hastaların taburculuk sonrası deneyimlerini araştırdığı çalışmalarında hastalar kişisel ihtiyaçlarının yetersiz değerlendirildiğini, bazı konularda hayal kırıklığı yaşadıklarını, sınırlı sosyal etkileşimde bulunduklarını ifade etmişlerdir. Sjoveian ve Leegaard (78) nitel çalışmalarında birkaç katılımcı taburcu olmadan önce ağrı ve egzersizler hakkında daha bireyselleştirilmiş ve multidisipliner ekipten bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir.

Hastaların bilgilendirilmesi, ameliyat öncesi eğitime katılmaya teşvik edilmesi, hastaların TDA ile ilgili hem olumlu hem de olumsuz önceki deneyimlerinin ele alınması ve ameliyat sonrası ağrı konusunda gerçekçi bilgilerin sağlanması hazırlık ve taburculuk sonrası süreci yönetme açısından önemlidir (15). Gündüz ve ark. (79) ortopedik cerrahi uygulanan hastaların örneklemini oluşturduğu çalışmalarında taburcu olmaya hazır hisseden hastaların hastaneye yatırılma olasılığının daha düşük olduğunu bulmuşlardır (79). Yeterli hazırlık yapılmadan hastaneden ayrılmak önemli kalite ve güvenlik riskleri taşımaktadır. Hasta güvenliğinin sürdürülmesi ve hizmet kalitesinin geliştirilmesi için taburculuk hazırlığının ve sürecin iyi yapılandırılması çok önemlidir (80).

2.7.1. Taburculuğa Hazır Oluşluğu Etkileyen Faktörler

Taburculuğa hazır oluş, hastaya, hastalığa, cerrahi sürece ve bakım hizmetlerine ilişkin çok sayıda faktörün etkileşimiyle şekillenen karmaşık bir süreçtir. Ortopedik cerrahi uygulanan hastalarda yalnız yaşama durumu, ortopedik cerrahisi öyküsü ve psikolojik dayanıklılık düzeyinin taburculuğa hazır oluş üzerinde anlamlı yordayıcılar olduğu bildirilmektedir (79). Benzer şekilde, düşme korkusu, ağrı düzeyi, yaş ve mobilizasyon sıklığının da taburculuğa hazır olma durumunu istatistiksel olarak anlamlı biçimde etkilediği gösterilmiştir (81). Daha önce olumlu cerrahi deneyime sahip olmak ve evde yeterli destek bulunması taburculuğa hazır olma düzeyini artıran faktörler arasında yer almaktadır (15). Hastaların bireysel özellikleri yanında eğitim düzeyi ve sosyal koşullar da taburculuğa hazır oluş üzerinde belirleyici olmaktadır. Düşük eğitim düzeyi ve hastaneden uzak bir yerde ikamet etmenin taburculuğa hazır olmayı bağımsız olarak etkilediği bildirilmiştir (82). Sosyal desteğin yeterli olması ise hastaların hastaneden eve geçiş sürecini kolaylaştıran önemli bir faktör olarak tanımlanmaktadır (83). Ayrıca öz yeterlilik ve öz yönetim becerilerinin, taburculuğa hazır oluş üzerinde dolaylı ve aracılık edici etkiler yoluyla rol oynadığı belirtilmektedir (74).

Taburculuk eğitimi almak taburculuğa hazır oluşu yordayan bir faktör olarak bildirilmektedir (79). Taburculuk eğitimi ve sağlık rehberliğinin niteliği, taburculuğa hazır oluşun güçlenmesinde temel unsurlar arasında yer almaktadır. Hastaların taburculuk öncesinde edindikleri sağlık rehberliği içeriği ve taburculuk öğretim becerilerinin taburculuğa hazır olmayı anlamlı biçimde etkilediği bildirilmiştir (84). TDA uygulanan hastalarda, ameliyat öncesi eğitime katılmak, sağlık personeli ile etkili etkileşim kurmak hazır oluşu olumlu etkilemektedir (15). Sağlık profesyonellerinin sunduğu bilgiye erişimin kolaylaştırılması ve bilginin bireysel ihtiyaçlara göre uyarlanması, hastaların kendilerini daha güvende hissetmelerini sağlayarak taburculuk sürecini olumlu yönde etkilemektedir (85).

Taburculuğun zamanlaması da hasta güvenliği açısından kritik öneme sahiptir. Çok erken taburculuk klinik durumun kötüleşmesine veya yeniden hastaneye yatışlara yol açabilirken, gereğinden geç taburculuk ise hastane kaynaklı riskleri artırabilmektedir (83). Sağlık profesyonellerinin sürekli bilgi sağlaması, iletişimi sürdürmesi ve bireysel rehberlik sunması taburculuğun güvenli ve başarılı biçimde gerçekleştirilmesi açısından kritik görülmektedir (86).

2.8. Hasta Memnuniyeti

Hasta memnuniyeti hastaların belirli bir hizmete ilişkin deneyimlerinin yansıması olarak tanımlanabilir (87). Sürekli gelişme ve izlem kapsamında ERAS protokolleri diz artroplastisi uygulanan hastalarda memnuniyetinin değerlendirmeye alınmasının önemini vurgulamaktadır (39). Ortopedik cerrahi uygulanan hastalarla yürütülen çalışmalarda (88,89) hastaların yüksek düzeyde hemşirelik bakımından memnuniyet duydukları belirlenmiştir. Ameliyat öncesi hasta beklentilerinin karşılanmaması, diz fonksiyonundaki iyileşmedeki tatminsizlik ve ameliyat sonrası ağrı düzeyinde azalma olmayışı diz protezi ameliyatı olan hastalarda memnuniyetsizliğin en önemli sebepleri olarak belirlenmiştir. Memnuniyetsizliğin altında yatan nedensel bağlantılar daha iyi anlaşılabilmesi ve bunları hedefleyen stratejiler geliştirilebilmesi için, memnuniyetsizliği daha iyi ölçmek amacıyla daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır (90).

2.8.1. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Total diz artroplastisi sonrası hasta memnuniyetinin sınırlı bir düzeyde kaldığı ve primer TDA hastalarının yalnızca %82–89'unun memnuniyet bildirdiği rapor edilmiştir (91). Sistematik

derlemeler ve gözlemsel çalışmalar, ameliyat sonrası ağrı düzeyi, fonksiyonel iyileşme ve günlük yaşam aktivitelerindeki kazanımların hasta memnuniyetinin en sık bildirilen belirleyicileri olduğunu göstermektedir (90,92). Bourne ve ark. (91) tarafından yapılan çalışmada, hasta memnuniyetsizliği riskini beklentilerin karşılanmamasının 10,7 kat, düşük Batı Ontario ve McMaster Üniversiteleri Osteoartrit Endeksi (WOMAC) skorunun 2,5 kat, ameliyat öncesi istirahat hâlinde ağrının 2,4 kat ve hastaneye yeniden yatışı gerektiren ameliyat sonrası komplikasyonların ise 1,9 kat artırdığı bildirilmiştir. Halawi ve ark. (93) tarafından yapılan bir çalışmada, TDA sonrası memnuniyetsizliğin en yaygın nedenleri arasında kalıcı ağrı (%41), fonksiyonel kısıtlılık (%26), cerrahi komplikasyonlar ve yeniden ameliyat gereksinimi (%17), personel veya bakım kalitesine ilişkin sorunlar (%11) ve karşılanmayan beklentilerin (%4) yer aldığı gözlenmiştir. Ameliyat sonrası hastalar tarafından bildirilen fonksiyonel sonuçların, objektif klinik göstergelere kıyasla hasta memnuniyetini daha güçlü biçimde öngördüğü sistematik derleme bulgularıyla desteklenmektedir (92).

Bununla birlikte, ameliyat öncesinde hastaların ne gibi durumlarla karşılaşacaklarını bilmeleri, iyileşme sürecinde semptom ve ağrı yönetimine ilişkin bilgi sahibi olmaları, ortak karar alma sürecine katılmaları ve sağlık profesyonelleriyle etkili iletişim içinde olmaları, cerrahi sonuçlardan bağımsız olarak hasta memnuniyetini anlamlı düzeyde etkilemektedir (94). Hemşirelerin hasta gereksinimlerine öncelik vererek iletişim odaklı, eğitici ve tedavi edici yaklaşımlarının hasta memnuniyetini artırdığı tespit edilmiştir (95). Bakım kalitesinin de doğrudan hasta memnuniyetini etkilediği bildirilmiştir (89,95).

Bu araştırmanın amacı, diz artroplastisi uygulanan hastaların taburculuğa hazır olma durumlarını ve hemşirelik bakımından memnuniyetlerini değerlendirmektir.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Amaç ve Tipi

Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki araştırma, diz artroplastisi uygulanan hastaların taburculuğa hazır olma durumlarını ve hemşirelik bakımından memnuniyetlerini değerlendirmeyi amaçladı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Edirne Sultan 1.Murat Devlet Hastanesi Ortopedi Servisinde Ekim 2024-Temmuz 2025 tarihleri arasında yapıldı. Kurumun ortopedi servisi doktorları 2024 yılında 578 cerrahi girişim yapmışlardır (EK 1). Erişkin hastalara hizmet verilen servis 25 yatak kapasitesine sahipti. Serviste altı uzman hekim, on hemşire, dört personel, bir sekreter olmak üzere toplam 21 kişi çalışmaktadır. Servis hemşireleri 08.00-16.00, 16.00-08.00 ve 08.00-08.00 olmak üzere üç vardiya şeklinde çalışmaktadır. Serviste hemşire odası, muayene odası, pansuman odası, doktor odası, malzeme deposu, personel odası ve lavabo/tuvalet bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini Ekim 2024-Temmuz 2025 tarihleri arasında Edirne Sultan 1.Murat Devlet Hastanesi Ortopedi Servisinde yatarak tedavi gören TDA uygulanan hastalar oluşturdu. Örneklem, araştırma planlama aşamasında güç analizi kullanılarak belirlendi. Etki büyüklüğü 0,3, %95 güven düzeyinde ve %95 güç oranı öngörerek G * Power 3.1.9.4 programı ile örnekleme alınması gereken en az kişi sayısı 154 olarak bulundu. Araştırmaya toplam 154 hasta dahil oldu.

3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Edirne Sultan 1.Murat Devlet Hastanesi ortopedi kliniğinde takip edilen,
- Diz artroplastisi uygulanan,
- Taburculuk kararı verilen ve taburcu edilecek olan,
- Taburculuk eğitimi tamamlanmış olan,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olduğunu yazılı olarak beyan eden,
- Psikolojik hastalık tanısı olmayan veya psikotik ilaç kullanmayan,
- Mental yeterliliği olan,
- Türkçe iletişim problemi olmayan,

- Elektif cerrahi uygulanan,
- Ameliyat sonrası deliryum yaşamayan hastalar.

3.3.2. Dışlanma Kriterleri

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan,
- Mental yeterliliği olmayan,
- Türkçe iletişim problemi olan,
- Ameliyat sonrası ortopedi servisi dışında diğer kliniklerde (servisler) takip edilen,
- Ameliyat sonrası komplikasyon nedeniyle taburculuk öncesi reopere edilen,
- 18 yaşından küçük olan hastalar

3.4. Araştırmanın Soruları

- Diz artroplastisi uygulanan hastaların taburculuğa hazır olma durumları ne düzeydedir?
- Diz artroplastisi uygulanan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetleri ne düzeydedir?
- Diz artroplastisi uygulanan hastaların taburculuğa hazır olma durumları ile hemşirelik bakımından memnuniyetleri arasında ilişki var mıdır?

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği (THOÖ) puan ortalamaları ve Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği (NHBMÖ) toplam puan ortalamaları araştırmanın bağımlı değişkenini oluşturmaktadır.

3.5.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Sosyo demografik özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, birlikte yaşanan kişiler, gelir durumu)

Bireysel ve ameliyata ilişkin özellikler (ameliyat sonrası defekasyona çıkma durumu, ameliyat öncesi sağlık çalışanlarından taburculuk eğitimi alma durumu, tıbbi tanı, anestezi tipi, düşme

riski, kronik hastalık varlığı, ameliyat öncesi şikayeti, hospitalizasyon deneyimi, ameliyat deneyimi, ameliyat sonrası hastanede yatış süresi, ameliyat bölgesi (Sağ/sol diz veya her iki diz), ameliyat sonrası ilk ayağa kalkma zamanı, yoğun bakımda takip edilme durumu, bireyin kendi sağlık algısı, ağrı varlığı, taburculuktan sonraki 30 gün içinde acil servise başvuru durumu ve nedeni.

3.6. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmaya ait veriler Hasta Bilgi Formu, Sayısal Derecelendirme Ölçeği, İtaki Düşme Risk Ölçeği, THOÖ ve NHBMÖ ile toplandı.

3.6.1. Hasta Bilgi Formu

Literatür doğrultusunda araştırmacılarca geliştirilen form bazı özelliklere (Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, birlikte yaşanan kişiler, gelir durumu, ameliyat sonrası defekasyona çıkma durumu, ameliyat öncesi sağlık çalışanlarından taburculuk eğitimi alma durumu, kronik hastalık varlığı, ameliyat öncesi şikayeti, hospitalizasyon deneyimi, ameliyat deneyimi, tıbbi tanı, anestezi tipi, ameliyat sonrası hastanede yatış süresi, ameliyat bölgesi, ameliyat sonrası ilk ayağa kalkma zamanı, yoğun bakımda takip edilme durumu, bireyin kendi sağlık algısı, mevcut ağrı varlığı, taburculuktan sonraki 30 gün içinde acil servise başvuru durumu ve nedeni) ilişkin bilgileri sorgulayan 20 adet sorudan oluşturuldu (14,96) (EK 2).

3.6.2. Sayısal Derecelendirme Ölçeği

Ağrı şiddeti Sayısal Derecelendirme Ölçeği ile değerlendirildi. Ölçek 0 (yok) ila 10 (en kötü/dayanılmaz ağrı) arasında hastanın ağrı şiddetini sayısal olarak derecelendirmesine fırsat sağlamaktadır. Tek boyutludur (97). Taburculuk günü veri toplama sırasındaki hastaların ağrısını ifade etmektedir (EK 3).

3.6.3. İtaki Düşme Riski Ölçeği

Düşme riski Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen ve psikometrik özellik değerlendirilmesi Barış ve ark. (98) tarafından 2020 yılında yapılan İtaki Düşme Risk Ölçeği kullanılarak değerlendirildi. Ölçek 11 adet minör ve 8 adet majör risk faktörünü ele alarak değerlendirme yapmaktadır. Toplam 11 adet minör (1 puan), sekiz adet majör (5 puan) risk

faktörü bulunmaktadır. Ölçekten elde edilen puan $5 \geq$ ise hasta düşme açısından riskli sayılmaktadır (98,99) (EK 4).

3.6.4. Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği (Kısa Form)

Hastaların taburculuğa hazır olma durumunu değerlendirmek için Weiss ve arkadaşları (16) tarafından geliştirilmiş, Kaya ve ark. (8) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış ölçek sekiz madde ve dört boyuttan oluşmaktadır ve ölçekteki maddeler 0-10 aralığındaki bir skala üzerinde değerlendirilmektedir (16). Ölçeğin alt boyutları; hastanın “Kişisel Durum”, (1. ve 2. Madde) “Bilgi”, (3. ve 4. Madde) “Baş Etme Becerisi” (5. ve 6. Madde) ve “Beklenen Destek”tir (7. ve 8. Madde). Ölçek ve alt boyutlarının puanı ≥ 7 ise hasta taburculuğa hazır, < 7 ise hazır değil olarak değerlendirilmiştir (16,100). Alt boyutlardan Kişisel Durum hastanın taburculuk sürecinde fiziksel ve psikolojik sağlığına yönelik algısını, Bilgi bireyin taburculuk sonrası bakım sürecine dair teorik ve pratik donanımını, Başa Çıkma Yeteneği hastanın taburculuk sonrası gereksinimlerini karşılayabilme ve sorunlarla başa çıkabilme yeterliliğini ve Beklenen Destek kişinin hastane dışında ihtiyaç duyacağı teknik yardım ve duygusal motivasyon kaynaklarına erişilebilirliğini ifade etmektedir (73,101) (EK 5).

3.6.5. Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği

Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği, hastanın bakış açısı ile hemşirelik bakımına ilişkin deneyimlerini ve memnuniyetlerini belirlemek amacı ile Thomas ve ark. (102) tarafından 1996 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 2007 yılında Akın ve Erdoğan (103) tarafından yapılmıştır. Bu ölçek hemşirelik bakımından memnuniyeti belirlemeye yönelik 19 maddeden oluşan, 5’li likert tipinde bir ölçektir (hiç memnun değildim=1, nadiren memnundum=2, memnundum=3, çok memnundum=4, tamamen memnundum=5). Ölçekten alınan puan, tüm maddelerin puanları toplandıktan sonra 100’e dönüştürülerek hesaplanmaktadır. Toplam puanın 100 olması, hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet duyduğunu göstermektedir. Thomas ve ark.’nın (102) çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,96, Akın ve Erdoğan’ın (103) çalışmasında 0,96 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada Cronbach alfa katsayısı 0,98 olarak bulundu (EK 6).

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırmacı ortopedi servisini ziyaret ederek TDA uygulanan, taburculuk kararı verilen ve taburcu edilecek olan hastaları tespit etti. Veri toplamaya başlamadan önce örnekleme kabul edilme kriterleri baz alınarak hastaların uygunluğu belirlendi. Araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalar araştırma, ölçekler vb. hakkında sözlü ve yazılı olarak bilgilendirildi. Veri toplamaya başlamadan önce hastalara bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (EK 7) imzalatıldı. Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle hasta odasında toplandı.

Hastaların taburculuk sonrası 30 gün içerisinde tekrar acil servise başvurma durumları, nedenleri kurumun Hastane Bilgi Yönetim Sistemi aracılığıyla araştırmacı hemşire tarafından sorgulandı ve elde edilen ilgili veriler formlara kaydedildi. Veri toplama, anket uygulamalarının tamamlanmasının ardından sona erdirildi.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma sürecinde Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu ve Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu (TÜTF_GOBAEK) yönergeleri ve standartlarına dikkat edildi. Araştırma öncesinde hastalara verdikleri bilgilerin sadece bilimsel amaçlı olarak kullanılacağı bilgisi verildi ve yazılı olarak bilgilendirilmiş gönüllü izinleri (EK 7) alındı. Araştırma için TÜTF-GOBAEK'ten etik kurul izni (01.04.2024 tarihli, 2024/135 protokol kodlu) (EK 8) ve Edirne İl Sağlık Müdürlüğünden kurum izni (30.07.2024 tarihli, E-98308410-806.01-249827904 sayılı) (EK 9) alındı. Ölçek kullanımı için ilgili yazarlardan elektronik posta aracılığıyla izin alındı (EK 10). Araştırma hakkında Edirne Sultan 1.Murat Devlet Hastanesi Ortopedi Servisinde çalışan sağlık ekibi bilgilendirildi.

3.9. İstatistiksel Analiz

Araştırmada toplam 154 hastanın verileri IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows, Version 22.0) paket programı ile yapıldı. Tanımlayıcı istatistiksel ölçütler (ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler ve yüzdelik sayılar) kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde parametrik test varsayımlar yerine getirildiğinde iki bağımsız grubun ortalamaları arasındaki farkın belirlenmesi için Independent Sample t testi ve ikiden fazla bağımsız grubun ortalamaları arasındaki farkın belirlenmesi için One-Way ANOVA

(posthoc analiz için Tukey testi), parametrik varsayımlar yerine getirilmediğinde iki bağımsız grubun ortalamaları arasındaki farkın belirlenmesi için Mann Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız grubun ortalamaları arasındaki farkın belirlenmesi için Kruskal Wallis H testi (posthoc analizde Tamhane T2 testi) kullanıldı. Ölçek toplam puanları arasındaki ilişkinin belirlenmesi için Pearson korelasyon analizi kullanılmış olup yanılma düzeyi 0,05 olarak alındı.

Değişkenler arasındaki ilişkinin düzeyi, korelasyon katsayısının 0-0.29 arasında olması durumunda zayıf; 0.30-0.64 arasında olması durumunda orta; 0.65-0.84 arasında olması durumunda güçlü; 0.85-1 arasında olması durumunda da çok güçlü şeklinde yorumlandı (104). Verilerin normallik analizi değerlendirilirken değişkenlere ait verilerin hangi dağılıma uygun olduğunu belirlemek için Kolmogorov-Smirnov testi istatistik ve p değeri, çarpıklık ve basıklık katsayıları incelendi, Tabachnick ve Fidell'in (105) önerisi doğrultusunda p değerinin 0,05'ten büyük olması veya çarpıklık ve basıklık katsayılarının ± 2 sınırları içinde bulunması durumunda veri dağılımının normal sınırlar içerisinde olduğu kabul edildi (104).

3.9.1. Araştırmanın Güçlü Yönleri

- Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetini değerlendirmede Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış NHBMÖ'nün kullanılması,
- Hastaların taburculuğa hazır olma durumlarını değerlendirmede Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış THOÖ'nün kullanılması,
- Araştırmanın tek bir klinikte yürütülerek bakım ve uygulamalardaki standardizasyonun sağlanmış olması,
- Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde bağımsız bir istatistik uzmanından destek alınması araştırmanın olumlu yönleri olarak belirtilebilir.

3.9.2. Araştırmanın Sınırlı Yönleri

- Araştırma tek merkez deneyimi ile sınırlı olduğundan sonuçlar genellenemez.
- Verilerin hastaların kendi beyanına dayalı olması (öz bildirim ölçekleri kullanılması) araştırmanın sınırlı yönleri olarak belirtilebilir.

4. BULGULAR

Diz artroplastisi uygulanan hastaların taburculuğa hazır olma durumlarını ve hemşirelik bakımından memnuniyetlerini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen araştırmanın bulguları istatistiksel analizleri yapılarak, tablolar halinde sunuldu. Tablo 4.1.'de hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin dağılımları yer almaktadır.

Katılımcıların yaş ortalaması $65,8 \pm 6,7$ olup %51,9'unun (n=80) 66 yaş ve üzerinde olduğu belirlendi. Ayrıca hastaların %88,3'ünün (n=136) kadın, %76,7'sinin (n=118) ilköğretim mezunu, %76,0'sının (n=117) evli, %92,9'unun (n=143) çalışmadığı, %54,5'inin (n=84) eşi ile yaşadığı ve %64,9'unun (n=100) gelirinin giderine eşit olduğu belirlendi (Tablo 4.1.).

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Özellikler (n=154)	n	%
Yaş		
65 yaş ve altı	74	48,1
66 yaş ve üzeri	80	51,9
Cinsiyet		
Kadın	136	88,3
Erkek	18	11,7
Eğitim Durumu		
Okur-yazar	20	13,0
İlköğretim	118	76,7
Lise	11	7,1
Üniversite	5	3,2
Medeni Durum		
Bekar	37	24,0
Evli	117	76,0
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	11	7,1
Çalışmıyor	143	92,9

Tablo 4.1. (Devam) Hastaların demografik ve sağlık durumlarına ilişkin değişkenlere göre dağılımı

Özellikler (n=154)	n	%
Birlikte Yaşadığı Bireyler		
Tek yaşıyor	14	9,1
Eşi ile yaşıyor	84	54,5
Eşi ve çocukları ile yaşıyor	30	19,5
Çocukları ile yaşıyor	26	16,9
Gelir Durumu		
Gelir giderden fazla	12	7,8
Gelir gidere eşit	100	64,9
Gelir giderden az	42	27,3
TOPLAM	154	100,0
Yaş ortalaması	65,8±6,7 (50-80)	
$\bar{X} \pm SS$ (min-maks)		

$\bar{X}$: Ortalama, SS: Standart Sapma, **min.:** Minimum, **maks.:** Maksimum. **NOT:** Yaş aralığı ortalama değerine göre düzenlendi.

Tablo 4.2.'de hastaların bireysel ve operasyon sürecine ilişkin özelliklerinin dağılımı gösterilmektedir. Bireylerin %54,5'inin (n=84) düşme riskinin yüksek olduğu, %66,9'unun (n=103) ameliyat sonrası defekasyona çıkamadığı, %67,5'inin (n=104) ameliyat öncesi dönemde taburculuk eğitimi aldığı, %81,2'sinin (n=125) kronik hastalığının var olduğu, %74,7'sinin (n=115) ameliyat öncesi şikayetinin ağrı ve yürümede zorluk olduğu, %81,2'sinin (n=125) daha önce hastanede yatarak tedavi gördüğü, %80,5'inin (n=124) daha önce ameliyat olduğu, %64,9'unun (n=100) ameliyat sonrası 2-3 gün içerisinde taburcu olduğu, %51,9'unun (n=80) sol dizinden ameliyat olduğu, %96,1'inin (n=148) ameliyat sonrası birinci günde mobilize olduğu, %98,7'sinin (n=152) ameliyat sonrası yoğun bakım gereksiniminin olmadığı, %56,5'inin (n=87) sağlık durumunu "iyi" olarak algıladığı, %78,6'sının (n=121) taburcu olduğu gün ağrısının var olduğu, %52,6'sının (n=81) ağrı şiddetini 0-3 puan olduğu, %77,9'unun (n=120) taburculuk sonrası acil servise başvurmadağı, %15,6'sının (n=24) taburculuk sonrası pansuman nedeniyle acil servise başvurduğu belirlendi (Tablo 4.2.). Hastaların tümüne spinal anestezi altında gonartroz tanısı ile cerrahi tedavi uygulandı.

Bireylerin ortalama taburcu olma süresi $3,4\pm1,1$ gün, ilk mobilizasyon zamanı $1,0\pm0,1$ gün, İtaki skor ortalaması $4,5\pm1,1$ puan olarak bulundu (Tablo 4.2.).

Tablo 4.2. Katılımcıların bireysel ve operasyon sürecine ilişkin özelliklerinin dağılımı

Özellikler	n	%
İtaki Skoru		
0-4 puan (Düşük risk)	70	45,5
5-11 puan (Yüksek Risk)	84	54,5
Ameliyat Sonrası Defekasyona Çıkma Durumu		
Defekasyona çıktı	51	33,1
Defekasyona çıkmadı	103	66,9
Ameliyat Öncesi Taburculuk Eğitimi Alma Durumu		
Eğitim aldı	104	67,5
Eğitim almadı	50	32,5
Kronik Hastalık		
Var	125	81,2
Yok	29	18,8
Ameliyat Öncesi Şikâyeti		
Ağrı	32	20,8
Yürümede zorlanma	7	4,5
Ağrı ve yürümede zorlanma	115	74,7
Hospitalizasyon Deneyimi		
Var	125	81,2
Yok	29	18,8
Ameliyat Deneyimi		
Var	124	80,5
Yok	30	19,5
Taburcu Olma Süresi		
2-3 gün	100	64,9
4-15 gün	54	35,1
Ameliyat Olunan Bölge		
Sağ diz	72	46,8
Sol diz	80	51,9
Bilateral	2	1,3

Tablo 4.2. (Devam) Katılımcıların bireysel ve operasyon sürecine ilişkin özelliklerinin dağılımı

Özellikler	n	%
İlk Mobilizasyon Günü		
Birinci gün	148	96,1
İkinci gün	6	3,9
Yoğun Bakım Ünitesinde Takip Edilme Durumu		
Evet	2	1,3
Hayır	152	98,7
Sağlık Algısı		
Çok iyi	62	40,3
İyi	87	56,5
Kötü	5	3,2
Ağrı Varlığı		
Yok	33	21,4
Var	121	78,6
Ağrı Şiddeti		
0-3 puan	81	52,6
4-10 puan	73	47,4
Taburculuk Sonrası Acil Servise Başvurma Durumu		
Başvurmuş	34	22,1
Başvurmamış	120	77,9
Taburculuk Sonrası Acil Servise Başvurma Nedeni		
Başvurmamış	120	77,9
Pansuman	24	15,6
Miyalji	10	6,5
TOPLAM	154	100
Taburculuk Süresi Ortalaması (gün)		
$\bar{X} \pm SS$ (min-maks)	3,4 $\pm$ 1,1 (2-15)	
İlk Mobilize Olma Süresi Ortalaması (gün)		
$\bar{X} \pm SS$ (min-maks)	1,0 $\pm$ 0,1 (1-2)	
İtahi Skor Ortalaması		
$\bar{X} \pm SS$ (min-maks)	4,5 $\pm$ 1,1 (1-11)	

$\bar{X}$: Ortalama, SS: Standart Sapma, **min.**: Minimum, **maks.**: Maksimum.

Katılımcıların THOÖ toplam puan ortalamaları $6,31 \pm 1,67$; Kişisel Durum alt boyutu puan ortalaması $6,11 \pm 1,32$; Bilgi alt boyutu puan ortalaması $3,86 \pm 3,51$; Baş Etme Yeteneği alt boyutu puan ortalaması $7,54 \pm 2,07$; Beklenen Destek alt boyut puan ortalaması $7,73 \pm 2,03$ 'tür. NHBMÖ toplam puan ortalaması $86,93 \pm 14,71$ olarak saptandı (Tablo 4.3.). Ek olarak hastaların %61,7'sinin taburculuğa hazır olmadığı bulundu.

Ölçeklere ait güvenirlik düzeyleri incelendiğinde, THOÖ ve NHBMÖ genel güvenilirliğinin yüksek düzeyde ($0,81 < \alpha < 1,00$) olduğu belirlendi (105) (Tablo 4.3.).

Tablo 4.3. Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği ve Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği puan ortalamaları ile iç geçerlik katsayıları

	$\bar{X} \pm SS$ (min-maks)	Cronbach Alpha
Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği	$6,31 \pm 1,67$ (2,38-9,75)	0,84
Kişisel Durum	$6,11 \pm 1,32$ (3-9)	0,65
Bilgi	$3,86 \pm 3,51$ (0-10)	0,99
Baş Etme Yeteneği	$7,54 \pm 2,07$ (3-10)	0,96
Beklenen Destek	$7,73 \pm 2,03$ (1,5-10)	0,96
Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği	$86,93 \pm 14,71$ (33,68-100)	0,98

$\bar{X}$: Ortalama, SS: Standart Sapma, min.: Minimum, maks.: Maksimum.

Tablo 4.4.'de Hastaların NHBMÖ'nün madde puan ortalamalarının dağılımı gösterilmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %90,6'sının hemşirelerin mahremiyete gösterdikleri saygıdan "tamamen memnun" oldukları saptandı. Hastaların tamamen memnun olduğunu belirttikleri maddeler arasında en düşük yüzdenin ise "hemşirelerin yakınlarınızın ve arkadaşlarınızın sizinle ilgili endişelerini gidermesinden" maddesi olduğu bulundu (%46,1). Hastaların %1,9'u "hemşirelerin durumunuz ve tedaviniz hakkında sizi bilgilendirmelerinden" maddesine hiç memnun değilim şeklinde görüş bildirmişlerdir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Katılımcıların Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği madde puan ortalamalarının dağılımı

Ölçek Maddeleri	$\bar{X} \pm SS$	Hiç memnun değildim		Nadiren memnundum		Memnundum		Çok memnundum		Tamamen memnundum	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Hemşirelerin size ayırdığı süreden	4,29±0,80	0	0	4	2,6	22	14,3	53	34,4	75	48,7
2.Hemşirelerin işlerinde gösterdikleri yeterlilikten	4,25±0,85	1	0,6	4	2,6	23	14,9	53	34,4	73	47,4
3.Birine ihtiyaç duyduğunuz zaman etrafınızda daima bir hemşirenin bulunmasından	4,27±0,83	0	0	5	3,2	23	14,9	51	33,1	75	48,7
4.Hemşirelerin bakımınız konusundaki bilgi düzeylerinden	4,31±0,85	1	0,6	4	2,6	22	14,3	46	29,9	81	52,6
5.Hemşireleri çağırdığınız zaman yanınıza olabildiğince çabuk gelmelerinden	4,29±0,84	0	0	5	3,2	24	15,6	46	29,9	79	51,3
6. Hemşirelerin sizi evinizdeymiş gibi rahat ettirmelerinden	4,33±0,80	0	0	3	1,9	24	15,6	46	29,9	81	52,6
7.Hemşirelerin durumunuz ve tedaviniz hakkında sizi bilgilendirmelerinden	4,22±0,95	3	1,9	5	3,2	24	15,6	45	29,2	77	50,0
8. Hemşirelerin iyi olup olmadığınızı kontrol etme sıklığından	4,24±0,87	1	0,6	5	3,2	23	14,9	51	33,1	74	48,1
9. Hemşirelerin yardımseverliğinden	4,25±0,87	1	0,6	5	3,2	23	14,9	49	31,8	76	49,4
10. Hemşirelerin size açıklama yapma biçiminden	4,22±0,93	2	1,3	5	3,2	26	16,9	44	28,6	77	50,0

Tablo 4.4. (Devam) Katılımcıların Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği madde puan ortalamalarının dağılımı

Ölçek Maddeleri	$\bar{X} \pm SS$	Hiç memnun değildim		Nadiren memnundum		Memnundum		Çok memnundum		Tamamen memnundum	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
11. Hemşirelerin yakınlarınızın ve arkadaşlarınızın sizinle ilgili endişelerini gidermesinden	4,24±0,85	1	0,6	5	3,2	21	13,6	56	36,4	71	46,1
12. Hemşirelerin işlerini yaparken gösterdikleri tavırdan	4,26±0,87	1	0,6	5	3,2	23	14,9	48	31,2	77	50,0
13. Durumunuz ve tedaviniz hakkında size verdikleri bilginin içeriğinden	4,27±0,87	1	0,6	4	2,6	25	16,2	46	29,9	78	50,6
14. Hemşirelerin size karşı bir birey olarak davranış tarzlarından	4,28±0,89	1	0,6	5	3,2	24	15,6	43	27,9	81	52,6
15. Hemşirelerin sizin üzüntülerinizi ve endişelerinizi dinlemesinden	4,29±0,88	1	0,6	6	3,9	20	3,9	47	30,5	80	51,9
16. Serviste size sağlanan özgürlükten	4,85±4,42	0	0	0	0	4	2,6	15	9,7	135	87,7
17. Hemşirelerin isteklerinizi karşılama istekli olmalarından	4,31±0,87	1	0,6	5	3,2	21	13,6	44	28,6	83	53,9
18. Hemşirelerin mahremiyetinize (bireysel ve bedensel sınırlarınıza) saygı göstermesinden	4,88±0,42	1	0,6	0	0	0	0	13	8,4	140	90,6
19. Hemşirelerin ihtiyaçlarınızın farkında olmasından	4,33±0,84	1	0,6	3	1,9	23	14,9	43	27,9	84	54,5

$\bar{X}$: Ortalama, SS: Standart Sapma.

Tablo 4.5.'de hastaların THOÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının sosyodemografik değişkenlere göre karşılaştırılması gösterilmektedir. Hastaların THOÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarının sosyodemografik değişkenlere göre istatistiksel olarak anlamlı değişkenlik göstermediği belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 4.5.).

Tablo 4.5. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

Özellikler	Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği ve alt boyutları				
	Kişisel Durum $\bar{X} \pm SS$	Bilgi $\bar{X} \pm SS$	Baş Etme Yeteneği $\bar{X} \pm SS$	Beklenen Destek $\bar{X} \pm SS$	Ölçek Toplam $\bar{X} \pm SS$
Yaş					
50-65 yaş	6,10 $\pm$ 1,34	3,43 $\pm$ 3,59	7,62 $\pm$ 2,03	7,83 $\pm$ 2,06	6,25 $\pm$ 1,64
66 yaş ve üzeri	6,11 $\pm$ 1,30	4,25 $\pm$ 3,42	7,47 $\pm$ 2,11	7,64 $\pm$ 2,00	6,37 $\pm$ 1,70
t/p	-0,050/0,960	-1,434/0,154	0,437/0,662	0,571/0,569	-0,450/0,653
Cinsiyet					
Kadın	6,07 $\pm$ 1,31	3,83 $\pm$ 3,48	7,45 $\pm$ 2,10	7,66 $\pm$ 2,07	6,26 $\pm$ 1,70
Erkek	6,38 $\pm$ 1,34	4,02 $\pm$ 3,83	8,19 $\pm$ 1,73	8,22 $\pm$ 1,65	7,70 $\pm$ 1,44
t/p	-0,941/0,348	-0,214/0,831	-1,418/0,158	-1,087/0,279	-1,065/0,288
Eğitim Durumu					
Okur-yazar	6,25 $\pm$ 1,67	3,25 $\pm$ 3,78	7,50 $\pm$ 2,17	8,00 $\pm$ 2,11	6,43 $\pm$ 1,90
İlköğretim	6,00 $\pm$ 1,27	3,00 $\pm$ 3,48	8,00 $\pm$ 2,05	8,00 $\pm$ 2,03	6,25 $\pm$ 1,65
Lise	5,50 $\pm$ 0,95	3,00 $\pm$ 3,78	10,00 $\pm$ 2,30	10,00 $\pm$ 2,05	7,00 $\pm$ 1,81
Üniversite	7,50 $\pm$ 1,45	5,00 $\pm$ 3,71	8,00 $\pm$ 1,81	8,00 $\pm$ 1,81	6,75 $\pm$ 1,05
KW/p	4,055/0,256	0,189/0,904	0,599/0,897	1,080/0,782	1,611/0,657
Medeni Durum					
Bekar	6,00 $\pm$ 1,60	4,01 $\pm$ 3,11	7,12 $\pm$ 2,35	7,40 $\pm$ 2,43	6,13 $\pm$ 1,82
Evli	6,14 $\pm$ 1,22	3,81 $\pm$ 3,64	7,67 $\pm$ 1,96	7,83 $\pm$ 1,88	6,36 $\pm$ 1,62
t/p	-0,559/0,550	0,303/0,762	-1,304/0,198	-1,130/0,326	-0,741/0,460
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	6,09 $\pm$ 1,28	2,18 $\pm$ 3,31	7,77 $\pm$ 1,63	7,90 $\pm$ 1,64	5,68 $\pm$ 1,24
Çalışmıyor	6,11 $\pm$ 1,32	3,98 $\pm$ 3,51	7,52 $\pm$ 2,10	7,72 $\pm$ 2,06	6,33 $\pm$ 1,70
t/p	-0,059/0,953	-1,651/0,101	0,468/0,648	0,296/0,767	-0,666/0,506
Birlikte Yaşadığı Bireyler					
Tek	5,89 $\pm$ 1,09	3,21 $\pm$ 2,75	6,64 $\pm$ 2,49	6,50 $\pm$ 2,81	5,56 $\pm$ 1,58
Eşiyle	6,07 $\pm$ 1,27	3,86 $\pm$ 3,56	7,57 $\pm$ 2,01	7,76 $\pm$ 1,93	6,31 $\pm$ 1,67
Eşi ve çocuklarıyla	6,30 $\pm$ 1,03	3,45 $\pm$ 3,64	7,86 $\pm$ 1,92	8,03 $\pm$ 1,79	6,41 $\pm$ 1,38
Çocuklarıyla	6,13 $\pm$ 1,82	4,65 $\pm$ 3,62	7,57 $\pm$ 2,17	7,96 $\pm$ 1,99	6,58 $\pm$ 1,96
F/p	0,348/0,790	0,730/0,535	1,135/0,337	2,100/0,103	1,201/0,312
Gelir Durumu					
Gelir giderden fazla	6,54 $\pm$ 1,15	2,91 $\pm$ 2,40	7,33 $\pm$ 1,88	7,58 $\pm$ 1,76	6,09 $\pm$ 1,06
Gelir gidere eşit	6,13 $\pm$ 1,28	3,94 $\pm$ 3,43	7,72 $\pm$ 1,98	7,92 $\pm$ 1,95	6,43 $\pm$ 1,59
Gelir giderden az	5,95 $\pm$ 1,45	3,92 $\pm$ 3,98	7,19 $\pm$ 2,31	7,32 $\pm$ 2,24	6,09 $\pm$ 1,97
F/p	0,951/0,389	0,465/0,629	1,034/0,358	1,349/0,263	0,690/0,503

$\bar{X}$: Ortalama, SS: Standart Sapma, t: Bağımsız Örneklem t testi, KW: Kruskal Wallis testi, F: Varyans Analizi.

Ağrı ve yürümede zorlanma şikâyeti olanların ($4,40 \pm 3,53$) Bilgi alt boyutu puan ortalamaları yalnızca ağrı şikâyeti olan hastalara ($2,25 \pm 2,76$) göre daha yüksek olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p < 0,004$). Ameliyat deneyimi olanların olmayan katılımcılara göre Bilgi (sırasıyla $4,29 \pm 3,64$ ve $2,08 \pm 2,18$) ($p < 0,001$) ve Baş Etme Yeteneği (sırasıyla $7,74 \pm 2,04$ ve $6,73 \pm 2,01$) ($p = 0,016$) alt boyut ve THOÖ toplam puan ortalamaları (sırasıyla $6,51 \pm 1,71$ ve $5,47 \pm 1,18$) ($p < 0,001$) yüksek olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlendi. Hastaların sağlık algılarına göre Kişisel durum alt boyut puan ortalamaları değişiklik göstermektedir ($p = 0,002$). Sağlık durum çok iyi olarak algılayan hastaların ($6,38 \pm 1,24$) sağlık durumunu kötü olarak algılayan hastalara ($4,30 \pm 0,97$) göre ve sağlık durumunu iyi olarak algılayan hastaların ($6,02 \pm 1,30$) sağlık durumunu kötü olarak algılayan hastalara ($4,30 \pm 0,97$) göre Kişisel durum alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi ($p < 0,05$). Ağrısı olduğunu belirten hastaların ($5,99 \pm 1,31$) ağrısı olmadığını belirten hastalara ($6,54 \pm 1,25$) göre Kişisel Durum alt boyut toplam puanları düşük olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p = 0,034$).

Tablo 4.6. Katılımcıların bireysel ve operasyon sürecine ilişkin özelliklerine göre Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

Özellikler	Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği ve alt boyutları				
	Kişisel Durum	Bilgi	Baş Etme Yeteneği	Beklenen Destek	Ölçek Toplam
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
İtaki Skoru					
0-4 puan	$6,15 \pm 1,27$	$3,78 \pm 3,52$	$7,60 \pm 2,01$	$7,79 \pm 2,08$	$6,33 \pm 1,64$
5-11 puan	$6,08 \pm 1,36$	$3,92 \pm 3,52$	$7,50 \pm 2,13$	$7,68 \pm 1,99$	$6,29 \pm 1,70$
t/p	0,311/0,756	-0,240/0,811	0,297/0,767	0,329/0,743	0,127/0,899
Ameliyat Sonrası Defekasyona Çıkma Durumu					
Defekasyona çıktı	$5,95 \pm 1,27$	$4,67 \pm 3,90$	$7,34 \pm 2,04$	$7,41 \pm 2,09$	$6,34 \pm 1,76$
Defekasyona çıkmadı	$6,19 \pm 1,33$	$3,45 \pm 3,25$	$7,64 \pm 2,08$	$7,89 \pm 1,98$	$6,29 \pm 1,63$
t/p	-1,076/0,284	1,925/0,058	-0,852/0,396	-1,389/0,167	0,168/0,867
Ameliyat Öncesi Taburculuk Eğitimi Alma Durumu					
Eğitim aldı	$6,10 \pm 1,25$	$4,19 \pm 3,53$	$7,69 \pm 2,07$	$7,86 \pm 2,01$	$6,46 \pm 1,72$
Eğitim almadı	$6,14 \pm 1,45$	$3,16 \pm 3,42$	$7,24 \pm 2,05$	$7,47 \pm 2,04$	$6,00 \pm 1,53$
t/p	-0,171/0,864	1,724/0,087	1,271/0,206	1,119/0,265	1,605/0,111

Tablo 4.6. (Devam) Katılımcıların bireysel ve operasyon sürecine ilişkin özelliklerine göre Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

Özellikler	Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği ve alt boyutları				
	Kişisel Durum	Bilgi	Baş Etme Yeteneği	Beklenen Destek	Ölçek Toplam
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Kronik Hastalık					
Var	6,15±1,35	3,74±3,44	7,52±2,09	7,70±2,06	6,28±1,66
Yok	5,94±1,15	4,34±3,83	7,63±2,01	7,87±1,87	6,45±1,73
t/p	0,747/0,456	-0,822/0,412	-0,266/0,791	-0,427/0,670	-0,496/0,621
Ameliyat Öncesi Şikayeti					
Ağrı	5,96±1,56	2,25±2,76 ^a	8,03±2,16	8,25±1,92	6,12±1,67
Yürümde zorlanma	6,50±1,65	2,28±4,07	7,50±1,93	8,28±1,38	6,14±1,09
Ağrı ve yürümde zorlanma	6,13±1,23	4,40±3,53 ^a	7,41±2,05	7,55±2,07	6,37±1,70
F/p	0,498/0,609	5,765/0,004	1,117/0,330	1,749/0,178	0,317/0,729
Hospitalizasyon Deneyimi					
Var	6,18±1,31	4,02±3,63	7,58±2,09	7,75±2,05	6,38±1,76
Yok	5,82±1,31	3,15±2,94	7,37±2,02	7,65±1,95	6,00±1,19
t/p	1,298/0,196	1,200/0,232	0,478/0,633	0,231/0,818	1,396/0,168
Ameliyat Deneyimi					
Var	6,14±1,28	4,29±3,64	7,74±2,04	7,88±2,01	6,51±1,71
Yok	5,96±1,47	2,08±2,18	6,73±2,01	7,10±1,98	5,47±1,18
t/p	0,678/0,499	4,274/<,001	2,430/0,016	1,922/0,056	3,932/<,001
Taburcu Olma Süresi					
2-3 gün	6,21±1,37	3,97±3,51	7,76±2,03	7,92±2,03	6,46±1,62
4-15 gün	5,93±1,20	3,65±3,54	7,14±2,10	7,38±1,99	6,03±1,74
t/p	1,235/0,219	0,525/0,600	1,760/0,080	1,556/0,122	1,536/0,127
Ameliyat Olunan Bölge					
Sağ diz	6,00±1,30	3,00±3,54	8,00±2,24	8,00±2,25	6,37±1,71
Sol Diz	6,07±1,33	3,50±3,52	8,00±1,92	8,00±1,83	6,37±1,66
Bilateral	7,75±0,35	1,50±0,70	6,75±1,76	7,25±1,06	5,81±0,44
KW/p	3,823/0,148	1,360/0,507	0,237/0,888	0,812/0,666	0,284/0,868
İlk Mobilizasyon Günü					
Birinci gün	6,00±1,32	3,00±3,53	8,00±2,07	8,00±2,04	6,37±1,69
İkinci gün	7,00±1,02	1,00±2,25	6,00±1,85	7,25±1,86	5,37±0,83
Z/p	-1,714/0,087	-1,459/0,145	-1,393/0,164	-0,20/0,984	1,773/0,121
Yoğun Bakım Ünitesinde Takip Edilme Durumu					
Evet	5,25±2,47	2,25±1,76	7,75±3,18	9,00±1,41	6,06±1,32
Hayır	6,00±1,30	3,00±3,53	8,00±2,06	8,00±2,03	6,31±1,68
Z/p	-0,549/0,583	-0,405/0,686	-0,221/0,825	-0,943/0,346	-0,112/0,911

Tablo 4.6. (Devam) Katılımcıların bireysel ve operasyon sürecine ilişkin özelliklerine göre Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

Özellikler	Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği ve alt boyutları				
	Kişisel Durum	Bilgi	Baş Etme Yeteneği	Beklenen Destek	Ölçek Toplam
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Sağlık Algısı					
Çok iyi	6,38±1,24 ^a	4,11±3,39	7,92±1,97	8,04±1,91	6,61±1,70
İyi	6,02±1,30 ^b	3,86±3,62	7,29±2,09	7,48±2,07	6,16±1,62
Kötü	4,30±0,97 ^{ab}	0,70±1,56	7,20±2,58	8,20±2,48	5,10±1,60
F/p	6,718/0,002	2,211/0,113	1,785/0,171	1,483/0,230	2,725/0,069
Ağrı Varlığı					
Yok	6,54±1,25	4,30±3,63	8,12±1,87	8,18±1,81	6,78±1,72
Var	5,99±1,31	3,73±3,49	7,38±2,10	7,61±2,07	6,18±1,64
t/p	2,144/0,034	0,814/0,417	1,814/0,072	1,435/0,153	1,851/0,066
Ağrı şiddeti					
0-3 puan	6,22±1,27	4,01±3,66	7,67±2,02	7,74±2,09	6,41±1,78
4-10 puan	5,99±1,37	3,68±3,37	7,39±2,12	7,71±1,97	6,19±1,54
t/p	1,076/0,284	0,586/0,559	0,842/0,401	0,084/0,933	0,806/0,422

$\bar{X}$: Ortalama, SS: Standart Sapma, t: Bağımsız Örneklem t testi, KW: Kruskal Wallis testi (Posthoc analizde Tamhane T2 testi kullanıldı), F: Varyans Analizi (Posthoc analizde Tukey testi kullanıldı), Z: Mann-Whitney U Testi.

Tablo 4.7.'de NHBMÖ toplam puanları ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırılmış olup 50-65 yaş arasındaki hastaların ölçek puanları (89,73±12,56) 66 yaş ve üzerinde olan hastalara (84,38±16,08) göre yüksek olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlendi (p=0,023). Cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, birlikte yaşadığı bireyler ve gelir durumu değişkenlerine göre hastaların NHBMÖ puan ortalamalarının istatistiksel olarak benzer olduğu görüldü (p>0,05) (Tablo 4.7.).

Tablo 4.7. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

Özellikler	NHBMÖ $\bar{X} \pm SS$	Test değeri/p
Yaş		
50-65 yaş	89,73±12,56	t=2,304
66 yaş ve üzeri	84,38±16,08	p=0,023

Tablo 4.7. (Devam) Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre Newcastle

Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

Özellikler	NHBMÖ $\bar{X} \pm SS$	Test değeri/p
Cinsiyet		
Kadın	87,23±14,53	t=0,692
Erkek	84,67±16,22	p=0,490
Eğitim Durumu		
Okur-yazar	88,64±14,45	KW=3,208
İlköğretim	86,18±14,82	p=0,361
Lise	87,75±16,13	
Üniversite	96,42±8,00	
Medeni Durum		
Bekar/Dul	86,90±15,03	t=-0,016
Evlili	86,94±14,67	p=0,987
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	89,95±11,57	t=0,705
Çalışmıyor	86,70±14,93	p=0,482
Birlikte Yaşadığı Bireyler		
Tek yaşıyor	87,51±13,24	F=0,686
Eşi ile yaşıyor	87,79±14,94	p=0,562
Eşi ve çocukları ile yaşıyor	83,47±14,02	
Çocukları ile yaşıyor	87,85±15,68	
Gelir Durumu		
Gelir giderden fazla	91,49±12,73	F=0,659
Gelir gidere eşit	86,32±14,15	p=0,519
Gelir giderden az	87,06±16,52	

Hastaların İtiki skoru, ameliyat sonrası defekasyona çıkma durumu, ameliyat öncesi taburculuk eğitimi alma durumu, kronik hastalık varlığı, ameliyat öncesi şikayeti, hospitalizasyon deneyimi, ameliyat deneyimi, taburcu olma süresi, ameliyat olunan bölge,

ilk mobilize olma süresi, yoğun bakım ünitesinde takip edilme durumu, sağlık algısı, ağrı varlığı, ağrı şiddetine göre NHBMÖ puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulundu ($p>0,05$) (Tablo 4.8.).

Tablo 4.8. Katılımcıların bireysel ve operasyon sürecine ilişkin özelliklerine göre Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

Özellikler	NHBMÖ Toplam Puan $\bar{X} \pm SS$	Test değeri/p
İtahi Skoru		
0-4 puan (Düşük risk)	87,64±14,53	t=0,538
5-11 puan (Yüksek Risk)	86,35±14,91	p=0,591
Ameliyat Sonrası Defekasyona Çıkma Durumu		
Defekasyona çıktı	86,27±15,04	t=-0,392
Defekasyona çıkmadı	87,26±14,60	p=0,696
Ameliyat Öncesi Taburculuk Eğitimi Alma Durumu		
Eğitim aldı	87,67±15,44	t=0,902
Eğitim almadı	85,37±13,02	p=0,368
Kronik Hastalık		
Var	86,78±15,03	t=-0,261
Yok	87,59±13,42	p=0,794
Ameliyat Öncesi Şikâyet		
Ağrı	86,04±15,63	KW=0,315 p=0,854
Yürümede zorlanma	89,17±12,46	
Ağrı ve yürümede zorlanma	87,03±14,68	

Tablo 4.8. (Devam) Katılımcıların bireysel ve operasyon sürecine ilişkin özelliklerine göre Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

Özellikler	NHBMÖ Toplam Puan $\bar{X} \pm SS$	Test değeri/p
Hospitalizasyon Deneyimi		
Var	87,64±14,94	t=1,243
Yok	83,88±13,47	p=0,216
Ameliyat Deneyimi		
Var	87,65±14,99	t=1,258
Yok	83,84±13,25	p=0,210
Taburcu Olma Süresi		
2-3 gün	87,97±14,74	t=1,207
4-15 gün	84,96±14,59	p=0,229
Ameliyat Olunan Bölge		
Sağ diz	86,12±14,68	KW=1,142 p=0,565
Sol Diz	87,42±14,90	
Bilateral	96,31±5,21	
İlk Mobilize Olma Süresi		
Birinci gün	87,09±14,84	t=0,670
İkinci gün	82,98±11,10	p=0,504
Yoğun Bakım Ünitesinde Takip Edilme Durumu		
Evet	81,50±26,16	Z=-0,125
Hayır	83,54±18,40	p=0,900
Sağlık Algısı Durumu		
Çok iyi	88,28±1,67	F=0,424 p=0,655
İyi	86,06±16,03	
Kötü	85,68±9,19	

Tablo 4.8. (Devam) Katılımcıların bireysel ve operasyon sürecine ilişkin özelliklerine göre Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

Özellikler	NHBMÖ Toplam Puan $\bar{X} \pm SS$	Test değeri/p
Ağrı Varlığı		
Yok	85,16±12,50	t=-0,778
Var	87,42±15,27	p=0,438
Ağrı Şiddeti		
0-3 puan	87,53±14,16	t=0,531
4-10 puan	86,27±15,36	p=0,596
Hemşirelik Bakımında Değişikliği Algılama Durumu		
Daha önce hiç hemşirelik bakımı almadım	84,66±14,04	Z=2,675 p=0,445
Değişiklik var	87,49±15,67	
Değişiklik yok	88,32±7,28	
Kısmen gelişme var	90,00±11,54	
Taburculuk Sonrası Acil Servise Başvurma Durumu		
Başvurmuş	87,18±17,33	t=0,111
Başvurmamış	86,86±13,95	p=0,912
Taburculuk Sonrası Acil Servise Başvurma Nedeni		
Başvurmamış	86,97±13,94	F=0,622 p=0,538
Pansuman	85,04±18,97	
Miyalji	91,46±12,23	

NHBMÖ: Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği, **$\bar{X}$:** Ortalama, **SS:** Standart Sapma, **t:** Bağımsız Örneklem t testi (Posthoc analizde Tamhane T2 testi kullanıldı), **F:** Varyans Analizi, **KW:** Kruskal Wallis Test.

Araştırmada THOÖ toplam puanı ile Kişisel Durum alt boyutu arasında orta düzeyde, pozitif yönlü, anlamlı bir ilişki ($r=0,506$; $p<,001$); Bilgi alt boyutu arasında güçlü düzeyde, pozitif yönlü, anlamlı bir ilişki ($r=0,780$; $p<,001$); Baş Etme Yeteneği alt boyutu arasında güçlü düzeyde, pozitif yönlü, anlamlı bir ilişki ($r=0,826$; $p<,001$); Beklenen Destek alt boyutu arasında güçlü düzeyde, pozitif yönlü, anlamlı bir ilişki ($r=0,776$; $p<,001$) olduğu belirlendi ($p<0,05$). THOÖ toplam puanı ve alt boyut puan ortalamaları ile NHBMÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p=0,301$) (Tablo 4.9.).

Tablo 4.9. Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ile Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği	Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği
	$r=0,084$
	$p*=0,301$

*Pearson Korelasyon Analizi

5. TARTIŞMA

Diz artroplastisi uygulanan hastaların taburculuğa hazır olma durumları ve hemşirelik bakımından memnuniyetlerinin değerlendirildiği bu tanımlayıcı ve kesitsel araştırmadan elde edilen bulgular bu bölümde tartışılmıştır. Bahsi geçen çalışmalarda örnekleme oluşturan hastaların çoğunlukla kadın (89,107, 108), 65 yaş üstü (109) ve çeşitli komorbiditeleri olan (14,107) hastalar olduğu görülmektedir. Araştırma kapsamındaki hastaların sosyodemografik, bireysel ve operasyon sürecine ilişkin özelliklerinin, cerrahi geçiren hastalarla yürütülen benzer çalışmaların bulgularıyla tutarlı olduğu bulunmuştur.

5.1. Hastaların Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Tartışılması

Katılımcıların THOÖ toplam puan ortalamaları $6,31 \pm 1,67$ olarak saptandı. Ek olarak hastaların %61,7'sinin taburculuğa hazır olmadığı bulundu. Bu sonuçlar TDA uygulanan hastaların taburculuğa yeterli düzeyde hazır olmadıklarını göstermektedir. Benzer şekilde kalça ve diz artroplastisi uygulanan yaşlı hastalarda (81), kalça protezi ameliyatı olan hastalarda (4) ve dahiliye kliniklerinde tedavi edilen hastalarda (96) THOÖ toplam puan ortalamaları düşük belirlenmiştir. Literatürde hastaların taburculuğa hazır olmama oranı %52,2-%84 aralığında değişmektedir (81,110). Bu araştırmada ve önceki çalışmalarda hastaların taburculuğa yeterli düzeyde hazır olmadıkları görülmektedir. Araştırma sonucumuzdan farklı olarak hepatobiliyer cerrahi bölümünden tüple taburcu edilen 161 hastanın taburculuk hazırlığı düzeyi orta ve alt düzeyde belirlenirken (82), beyin tümörü nedeniyle ameliyat edilen hastalarda (84), TDA uygulanan hastalarda (111) ve kraniotomi yapılan hastalarda (14) taburculuğa hazır oluşluk orta düzeyde bulunmuştur. Bahsi geçen çalışmalarda hastaların taburculuğa hazır olma durumları düşük ya da orta düzeyde olup ancak istenen düzeyde değildir. Literatürdeki sonuçların farklılaşması; kurumların taburculuk eğitimi protokollerinin farklı olması, sağlık profesyonellerinin iş yükü nedeniyle eğitime ayırdığı zamanın değişken olması veya eğitimde kullanılan yöntem veya materyallerdeki farklılıktan kaynaklanmış olabilir. Diğer yandan istenilen düzeyde hazır oluşluğun sağlanamaması araştırmamızdaki gibi taburculuk eğitiminin tamamlanmadan (hekimlerin taburculuğa ilişkin bilgilendirme yapmadan önce verilerin toplanması) verilerin toplanması, hastaların sosyal desteklerinin olmaması ya da günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık gibi (112, 113) bireysel özelliklerinin etkisinden, hemşirelerin bakım

verdiği hasta sayısının fazlalığından (113) ya da eğitimin özelliklerinden (114) ya da taburculuk günü yaşadıkları ağrıdan kaynaklanmış olabilir.

Araştırmada katılımcıların THOÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; hastaların Kişisel Durum ve Bilgi alt boyutunda yetersiz taburculuğa hazır oldukları ve Baş Etme Yeteneği ile Beklenen Destek alt boyutundaysa yeterli düzeyde taburculuğa hazır oldukları belirlenmiştir. Bulgularımıza benzer şekilde literatürdeki çalışmalarda hastaların Kişisel Durum alt boyutunda (81) ve Bilgi alt boyutunda (14,81,96,107) düşük ortalama puana sahip oldukları bildirilirken, Baş Etme Yeteneği ve Beklenen Destek alt boyutundaysa (81,96) yeterli düzeyde taburculuğa hazır oldukları tespit edilmiştir. Mevcut araştırmada hastaların en yüksek Beklenen Destek ve en düşük Bilgi alt boyutunda puan ortalamalarına sahip olduğu belirlenmişken, bulgularımız literatürle uyumludur (75,115). Çalışma sonuçları hastaların taburculuk sonrası yeterli sosyal desteğe sahip olduklarına işaret etmekte ancak verilen taburculuk eğitiminin hastaların bilgi gereksinimlerini karşılamak için yetersiz olduğunu ortaya koymaktadır. Kliniğin rutin taburculuk eğitiminde yazılı materyallerle desteklenmiş sözlü eğitim yaklaşımı kullanılmaktadır. Lin ve ark. (114) stomalı hastalara geleneksel yöntemle ek olarak WeChat platformuyla bilgilendirme yapmış ve çalışmada hastaların Bilgi alt boyutunda yüksek puanlar elde edilmiştir (114). Radikal prostatektomi uygulanmış hastalar için zihin haritalama sağlık eğitimi stratejisinin video versiyonunun etkisinin incelendiği bir çalışmadaysa eğitim alan grubun Bilgi alt boyutu puan ortalamalarının yükseldiği görülmüştür (115). Multimedya araçlarla desteklenmiş eğitim alan hastaların evde sürdürecekleri öz bakım sürecine dair yeterli düzeyde teorik ve pratik donanıma sahip oldukları bu iki çalışma bulgusuyla ortaya koyulmuştur. Taburculuk eğitiminin kalitesi, taburculuğa hazır oluşu etkileyen önemli yordayıcılardan biri olduğundan (81,114,115), eğitimin geliştirilmiş ve teknolojiyle desteklenmiş olarak sunulması sonuçları iyileştirebilir.

5.2. Hastaların Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puan Ortalamalarının ve Madde Puan Ortalamalarının Tartışılması

Araştırmada NHBMÖ puan ortalaması $86,93 \pm 14,71$ olarak belirlenirken, hastaların hemşirelik bakımından memnun oldukları saptandı. Ortopedik cerrahi işlem uygulanan hastaların örneklemini oluşturduğu diğer çalışmalarda (109,116) NHBMÖ puanlarının yüksek seyrettiği görülmüştür. Dığın ve Özkan'ın (88) ortopedik cerrahi uygulanan yaşlı hastalarla yaptıkları çalışmada, açık kalp ameliyatı uygulanan hastalarla yapılan Öztepe ve Kanan'ın (117) çalışmalarında ve cerrahi hastalarında yürütülen diğer çalışmalarda (117-119) hastaların

hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi yüksek olarak belirlenmiştir. Hemşirelik bakımından memnuniyet bakım kalitesinin göstergesi olduğundan (120) yüksek hasta memnuniyeti daha kaliteli hemşirelik bakımını ortaya koymaktadır. Çalışma sonuçları hastaların hemşirelerin sunduğu bakım hizmetinden memnuniyet duyduklarını göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %90,6'sının hemşirelerin mahremiyete gösterdikleri saygıdan, %87,7'sinin serviste hastalara sağlanan özgürlükten, %54,5'inin hemşirelerin hastaların ihtiyaçlarının farkında olmasından tamamen memnun oldukları saptandı. Arslan ve Gürsoy'un (118) çalışmalarında hastaların %61,4'ünün hemşirelerin mahremiyete gösterdikleri saygıdan "tamamen memnun" oldukları saptanmıştır. Cerrahi hastalarıyla yürütülen çalışmalarda (121,122) en yüksek memnuniyet oranının mahremiyete gösterilen saygı olduğu bildirilmiştir. Hemşirelerin hastaların mahremiyetine özen göstermeleri, özgürlüklerine saygı duymaları ve gereksinimlerinin farkında olmaları hastalar tarafından yüksek düzeyde memnuniyetle sonuçlanmıştır.

5.3. Hastaların Bireysel ve Operasyon Sürecine İlişkin Özelliklerine Göre Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Puan Ortalamalarının Tartışılması

Hem ağrı hem yürümede zorlanma şikâyeti olan hastaların yalnızca ağrı şikâyeti olan hastalara göre Bilgi alt boyutu puan ortalamaları daha yüksek olarak belirlendi. Bu durum daha fazla ameliyat öncesi şikâyeti olan hastaların evde sürdüreceği öz bakım sürecine (ilaç kullanımı, tıbbi uygulamalar, aktivite kısıtlamaları ve ihtiyaç halinde sağlık profesyonellerine ulaşım gibi) dair sahip olduğu teorik ve pratik donanımın daha fazla olduğunu göstermektedir (73). Bu durum Sağlık İnanç Modeliyle açıklanabilir. Model; insanların kendilerini bir duruma karşı duyarlı olarak gördüklerinde (algılanan duyarlılık), bunun potansiyel olarak ciddi sonuçları olacağına inandıklarında (algılanan ciddiyet), kendilerine sunulan belirli bir eylem biçiminin duyarlılığı veya ciddiyeti azaltacağına veya diğer olumlu sonuçlara yol açacağına inandıklarında (algılanan faydalar) ve sağlık eylemiyle ilgili az sayıda olumsuz özellik algıladıklarında (algılanan engeller) hastalığı önlemek için harekete geçeceklerini öne sürmektedir (123). Bu bilgiden yola çıkarak ağrı ve yürümede zorlanma yaşayan ve günlük yaşam aktiviteleri kısıtlanan, bağımlılıkları artan hastaların bu şikâyete karşı duyarlılık gösterdikleri ve şikayetin olası ciddi sonuçları olacağını inandıkları ve dolayısıyla da sunulan bakım uygulamaları, tedaviler, bilgilendirme gibi hizmetleri daha fazla önemsedikleri düşünülmektedir.

Ameliyat deneyimi olanların THOÖ toplam, Bilgi ve Baş Etme Yeteneği alt boyut puan ortalamaları daha önce ameliyat olmamış hastalara göre daha yüksekti. Benzer şekilde, daha önce ortopedik cerrahi uygulanan hastaların ortopedik cerrahi deneyimi olmayan hastalara göre Bilgi ve Baş Etme Yeteneği alt boyutlarında taburculuğa daha hazır oldukları (108) belirlenmiştir. Dahili kliniklerde tedavi gören hastaların taburculuğa hazır oluş ve hemşirelik bakımından memnuniyet arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışmada (96) hastanede yatma deneyimine sahip hastaların taburculuğa hazır oluşluk düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar, hospitalizasyon deneyiminin ya da cerrahi hastaları için cerrahi işlem deneyiminin hastaların taburculuk süreçlerine tanıdık olmaları sebebiyle taburculuğa hazır olma durumlarını olumlu etkilediğini düşündürmektedir.

Sağlık durumunu çok iyi olarak algılayan hastaların sağlık durumunu kötü olarak algılayan hastalara göre ve sağlık durumunu iyi olarak algılayan hastaların sağlık durumunu kötü olarak algılayan hastalara göre Kişisel Durum alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi. Bu durum iyi sağlık algısına sahip hastaların fiziksel ve psikolojik açıdan iyilik halinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde literatürde hastaların sağlık durumunu daha iyi olarak ifade etmesiyle hastaneden taburcu olmaya daha fazla hazır olma durumu arasında önemli bir ilişkili bulunmuştur (110). Turan ve ark. (96) çalışmalarında genel sağlık durumlarını çok iyi olarak algılayanların taburculuğa hazır oluşlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (96). Çalışma sonuçlarına göre; iyi sağlık algısının kişisel olarakta taburculuğa hazır oluşluğu olumlu etkilediği beklenen bir durumdur.

Taburculuk gününde ağrısı olduğunu belirten hastaların ağrısı olmadığını belirten hastalara göre Kişisel Durum alt boyut toplam puanları düşük olduğu bulundu. Bu durum ağrı yaşayan hastaların ağrısı olmayan hastalara göre kendi fiziksel ve psikolojik iyilik haline yönelik öznel algısının daha kötü olduğunu göstermektedir (73). Taburculuk sırasında ağrısı olmayan hastaların Kişisel Durum alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuş ve ağrının taburculuğa hazır olmayı etkileyen bir faktör olduğu bildirilmiştir (107). Özsoy Durmaz ve Özbaş'ın (108) çalışmasındaki sonuca göre ağrısı olmayan hastaların taburculuğa hazır olma durumunun 0.671 kat daha fazla olması, ağrı kontrolünün taburculuk sürecindeki belirleyici rolünü desteklemektedir. Sonuç olarak; ağrı varlığı hastaların kendilerini taburculuğa hazır hissetmemelerine yol açabilir.

5.4. Hastaların Sosyodemografik, Bireysel ve Operasyon Sürecine İlişkin Özelliklerine Göre Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puan Ortalamalarının Tartışılması

Araştırmada 66 yaş üstü hastaların 50-65 yaş arasındaki hastalara göre hemşirelik bakımından daha az memnun oldukları belirlenmiştir. Benzer şekilde, Öztürk ve ark.'nın (124) çalışmalarında, genç yaş grubundaki hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin, 60 yaş üzeri hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde, Karaca ve Durna (125) 56 yaş ve üzeri hastaların diğer yaş gruplarına (18 yaş ve üstü gruplara) kıyasla daha düşük memnuniyet düzeyine sahip olduğunu bildirmiştir. Ayrıca Ürdün'de gerçekleştirilen bir çalışmada, yaş ile hemşirelik bakımının kalitesini arasında negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır (126). Bu bulgular, hastaların yaş gruplarına göre hemşirelik bakımını algılayışlarının farklılık gösterebileceğini ortaya koymaktadır. Aynı zamanda genç hastaların bakım sürecine daha aktif katılım göstermeleri ve sağlık profesyonelleri ile etkileşim içinde olmaları gençlerin memnuniyetini olumlu etkilemiş olabilir. Bununla birlikte, literatürde yaşlı bireylerin gençlere kıyasla sağlık hizmetlerinden daha yüksek memnuniyet duyduklarını bildiren çalışmalar (127,128) ve yaşın memnuniyetle ilişkisi olmadığını gösteren çalışmalarda (122,129) bulunmaktadır. Bu farklılık hasta memnuniyetinin yalnızca yaş ile açıklanamayacağı; bireyin sağlık durumu, bakım gereksinimleri ve kurumun özellikleri gibi faktörlerden de etkilendiğini düşündürmektedir (130,131). Bu bağlamda, araştırmamızda 66 yaş ve üzeri hastaların daha düşük memnuniyet bildirmeleri, artan bakım gereksinimleri ve bakım sürecine uyumda yaşanan güçlüklerle ilişkili olabilir.

5.5. Hastaların Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği ile Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği toplam puanıyla NHBMÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Benzer şekilde, Turan ve ark.'nın (96) dahiliye kliniklerinde tedavi alan hastalarla gerçekleştirdikleri çalışmada hasta bakımından memnuniyetle taburculuğa hazır oluş arasında ilişki bulunmamıştır (96). Bulgumuzdan farklı olarak, Güven ve Sevinç'in (132) günübirlik cerrahi hastalarının katılımıyla gerçekleştirdikleri çalışmalarında Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası ile değerlendirilen hasta memnuniyeti ile hastaların taburculuğa hazır olma durumları arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. Bulgumuz, hastaların hemşirelik bakım süreçlerini genel olarak olumlu değerlendirdiklerini göstermesine rağmen, memnuniyetin taburculuğa hazırlıkla direkt ilişkili

olmadığını göstermektedir. Hemşirelik bakımından memnuniyet yalnızca hemşirelikle ilişkili iken taburculuğa hazır olmak için multidisipliner bir süreç işlemektedir. Ayrıca taburculuğa hazır olma; hastalığa ilişkin özellikler ve psikososyal faktörler gibi kompleks değişkenlerden etkilendiğinden (112) çok yönlü ele alınması gereken bir kavram olarak düşünülmektedir.

Artroplastisi uygulanan hastaların taburculuğa hazır olma durumları ve hemşirelik bakımından memnuniyetlerini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgulara dayanılarak,

- Örnekleme oluşturan hastaların yaş ortalamasının $65,8 \pm 6,7$ yıl olduğu, çoğunluğunun kadın, 66 yaş ve üzerinde, ilköğretim mezunu olduğu (Tablo 4.1.) ve büyük çoğunluğunun ameliyat öncesi dönemde taburculuk eğitimi aldığı, kronik hastalığının var olduğu, sol dizinden ameliyat olduğu ve ameliyat sonrası birinci günde mobilize olduğu belirlendi (Tablo 4.2.),
- Hastaların THOÖ toplam puan ortalamaları $6,31 \pm 1,67$ olduğu ve %61,7'sinin taburculuğa hazır olmadığı bulundu (Tablo 4.3.),
- Elde edilen NHBMÖ toplam puan ortalaması $86,93 \pm 14,71$ ile hastaların hemşirelik bakımından memnun olduklarını gösterdi (Tablo 4.3.),
- Hastaların %90,6'sının hemşirelerin mahremiyete gösterdikleri saygıdan “tamamen memnun” oldukları saptandı (Tablo 4.4.),
- THOÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının sosyodemografik değişkenlere istatistiksel olarak değişiklik göstermediği belirlendi (Tablo 4.5.),
- THOÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları bireysel ve operasyon sürecine ilişkin özelliklere göre karşılaştırıldığında ağrı ve yürümede zorlanma şikâyeti olanların Bilgi alt boyutu puan ortalamaları yalnızca ağrı şikâyeti olan hastalara göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunurken, ameliyat deneyimi olanların olmayanlara göre Bilgi ve Baş Etme Yeteneği alt boyut ve THOÖ toplam puan ortalamalarının yüksek oluşu istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Tablo 4.6.),
- Sağlık durumunu çok iyi olarak algılayan hastaların sağlık durumunu kötü olarak algılayan hastalara göre ve sağlık durumunu iyi olarak algılayan hastaların sağlık durumunu kötü olarak algılayan hastalara göre Kişisel durum alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görüldü. Ağrısı olduğunu belirten hastaların ağrısı olmadığını belirten hastalara göre Kişisel Durum alt boyut toplam puanları düşük olarak belirlendi (Tablo 4.6.),

- 50-65 yaş arasındaki hastaların NHBMÖ ölçek puanlarının 66 yaş ve üzerinde olan hastalara göre yüksek oluşu istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Tablo 4.7.),
- THOÖ toplam puanı ile NHBMÖ toplam puanı arasında bir ilişki olmadığı belirlendi (Tablo 4.9).

Elde edilen sonuçlar artroplastisi uygulanan hastaların taburculuğa yeterli düzeyde hazır olmadıklarını ancak hemşirelik bakımından memnun olduklarını ve taburculuğa hazır oluşukla hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri arasında ilişki olmadığını ortaya koymaktadır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Ameliyat deneyimi olmayan hastaların taburculuğa hazırlık süreçlerinde yeteri kadar desteklenmeleri sağlanmalı,
- Hastaların taburculuğa hazır olmalarını sağlamak için fiziksel ve psikolojik sağlıklarına yönelik algıları geliştirmeli,
- Ağrı deneyimleyen hastaların ağrılarını kontrol altına almak için gerekli hemşirelik girişimlerinde bulunulmalı,
- 66 yaş ve üzeri hastaların memnuniyet düzeyindeki düşüklüğün nedenleri sorgulanmalı ve memnuniyeti geliştirici önlemler alınmalı,
- Farklı örneklem gruplarında hastaların taburculuğa hazır oluşunu geliştirebilecek yöntemlerin etkinliğini araştıran çalışmaların ya da taburculuğa hazır oluşu olumsuz etkileyen durumları ortaya çıkartabilecek ve hasta deneyimlerini yansıtabilecek nitel çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Makimoto K, Fujita K, Konno R. Review and synthesis of the experience of patients following total hip or knee arthroplasty in the era of rapidly decreasing hospital length of stay. *Jpn J Nurs Sci.* 2020;17:e12361. doi:10.1111/jjns.12361.
2. Larsson F, Strömbäck U, Gustafsson SR, Engström Å. Postoperative recovery: Experiences of patients who have undergone orthopedic day surgery. *J Perianest Nurs.* 2022;37:515-20. doi:10.1016/j.jopan.2021.10.012.
3. Rahmahwati IN, Maria R, Herawati T. Hospital discharge readiness on patients post hip surgery. *Enferm Clin.* 2021;31:122-5. doi:10.1016/j.enfcli.2020.12.005.
4. Nguyen HP, Mai BH. Readiness for hospital discharge on people after hip replacement surgery in Vietnam: A cross-sectional study. *Nursing Practice Today.* 2024;11:353-60.
5. Zhang R, Wang D, Zhu L, He Y, Cheng L, Ma J, et al. Research trends in readiness for hospital discharge between 2002 and 2021: A bibliometric analysis. *Nurs Open.* 2023;10:7676-93. doi:10.1002/nop2.2009.
6. Galvin EC, Wills T, Coffey A. Readiness for hospital discharge: A concept analysis. *J Advanced Nurs.* 2017;73:2547-57. doi:10.1111/jan.13324.
7. Wainwright TW, Gill M, McDonald DA, Middleton RG, Reed M, Sahota O, et al. Consensus statement for perioperative care in total hip replacement and total knee replacement surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. *Acta Orthop.* 2020;91:3-19. doi:10.1080/17453674.2019.1683790.
8. Kaya S, Sain Guven G, Teleş M, et al. Validity and reliability of the Turkish version of the readiness for hospital discharge scale/short form. *J Nurs Manag.* 2018; 26: 295–301. <https://doi.org/10.1111/jonm.12547>
9. Pogue CA, Schlak AE, McHugh MD. Effect of discharge readiness on 30-day readmissions among older adults living with multiple chronic conditions. *Med Care.* 2024;62:205-12. doi: 10.1097/MLR.0000000000001976.
10. Schmocker RK, Holden SE, Vang X, Levenson GE, Stafford LMC, Winslow ER. Association of patient-reported readiness for discharge and hospital consumer assessment of health care providers and systems patient satisfaction scores: A retrospective analysis. *J Am Coll Surg.* 2015;221:1073-82. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2015.09.009.
11. Li Y, Li Y, Wang S, Li W, Feng L, Liu Z, et al. Current status and factors influencing analysis on readiness of hospital discharge among elderly patients following hip and knee arthroplasty under the concept of enhanced recovery after surgery: A cross-sectional study. *Geriatr Nurs.* 2026;69:103835. doi:10.1016/j.gerinurse.2026.103835.
12. Kang E, Gillespie BM, Tobiano G, Chaboyer W. General surgical patients' experience of hospital discharge education: A qualitative study. *J Clin Nurs.* 2020;29:e1-e10. doi:10.1111/jocn.15057.
13. Kang E, Tobiano GA, Chaboyer W, Gillespie BM. Nurses' role in delivering discharge education to general surgical patients: A qualitative study. *J Adv Nurs.* 2020;76:1698-707. doi:10.1111/jan.14379.

14. Baksi A, Sürücü HA, Damar HT, Sungur M. Examining the relationship between older adults' readiness for discharge after surgery and satisfaction with nursing care and the associated factors. *Clin Nurs Res*. 2021;30:1251-62. doi:10.1177/10547738211011768.
15. Causey-Upton R, Howell DM, Kitzman PH, Custer MG, Dressler EV. Factors influencing discharge readiness after total knee replacement. *Orthop Nurs*. 2019;38:6-14. doi:10.1097/NOR.0000000000000513.
16. Weiss ME, Costa LL, Yakusheva O, Bobay KL. Validation of patient and nurse short forms of the Readiness for Hospital Discharge Scale and their relationship to return to the hospital. *Health Services Research*. 2014;49:304-17. doi:10.1111/1475-6773.12092.
17. Prathap Kumar J, Arun Kumar M, Venkatesh D. Healthy gait: Review of anatomy and physiology of knee joint. *Int J Curr Res Rev*. 2020;12:1-8. doi:10.31782/IJCRR.2020.12061.
18. Hirschmann M, Müller W. Complex function of the knee joint: The current understanding of the knee. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2015;23:2780-88. doi:10.1007/s00167-015-3619-3.
19. Esmer AF, Başarır K, Binnet M. Diz ekleminin cerrahi anatomisi. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi*. 2011;10:38-44.
20. Gupton M, Imonugo O, Black AC, Launico MV, Terreberry RR. Anatomy, bony pelvis and lower limb, knee [E-Book]: Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 [Cited Date: 04.06.2026]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK500017/>
21. Yıldırım A, Şendir M. Total diz protezi ameliyatı olan hastalarda postoperatif ağrının tanılanması ve ağrı yönetimi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*. 2019;1:157-64.
22. Leifer VP, Katz JN, Losina E. The burden of OA-health services and economics. *Osteoarthritis Cartilage*. 2022;30:10-6. doi:10.1016/j.joca.2021.05.007.
23. Gavrilovski A, Dimovska AG, Spasov M, Kostov H, Igor IM, Jonoski K, et al. Alternative treatment of gonarthrosis: Proximal fibular osteotomy. *Pril (Makedon Akad Nauk Umet Odd Med Nauki)*. 2024;45:13-8. doi:10.2478/prilozi-2024-0002.
24. Carlesso LC, Feldman DE, Vendittoli PA, LaVoie F, Choinière M, Bolduc M, et al. Use of IMMPACT recommendations to explore pain phenotypes in people with knee osteoarthritis. *Pain Med*. 2022;23:1708-16. doi:10.1093/pm/pnac044.
25. Ögce Aktaş F, Turhan Damar H. Kırıklar ve osteoartrit. Editör: Eti Aslan F. Kanıt temelli-cerrahi bakım vaka analizleri ile birlikte. 3.Baskı. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2024. s.721-34.
26. Valenzuela-Molina G, Gutiérrez-Urrea MS, Tecuanhuey-Tlahuel H. Quality of life and its relationship with joint functionality in patients with bilateral gonarthrosis. *Archivos en Medicina Familiar*. 2024;26:41-5.
27. Köse G, Güler S. Kas iskelet sistemi cerrahisinde bakım. Editörler: Karadağ M, Bulut H. Kavram Haritası ve Akış Şemalı Cerrahi Hemşireliği. 2. Baskı. Ankara: Vize Yayıncılık; 2021. s.635-98.
28. Cho W. Knee Joint Arthroplasty, Section 1: Patient Selection. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2014. p.1-12. doi:10.1007/978-3-642-39389-1.

29. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. OECD Indicators Report. OECD Publishing. Organisation for Economic Co-operation and Development. 2023. p. 118-119. Available from: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/11/health-at-a-glance-2023_e04f8239/7a7afb35-en.pdf.
30. Kamu Hastaneleri İstatistik Raporu 2017. İstatistik Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü. 2021. Available from: <https://khgm.saglik.gov.tr/TR,40113/kamu-hastaneleri-istatistik-raporu--2017.html>.
31. St John K, Hughes A, Queally J. A study of population trends and future projections for the hip and knee arthroplasty service in the Republic of Ireland. *Surgeon*. 2025;23:216-19. doi:10.1016/j.surge.2025.02.005.
32. Changjun C, Xin Z, Yue L, Liyile C, Pengde K. Key elements of enhanced recovery after total joint arthroplasty: A reanalysis of the enhanced recovery after surgery guidelines. *Orthop Surg*. 2023;15:671-78.
33. Choi YS, Kim TW, Chang MJ, Kang SB, Chang CB. Enhanced recovery after surgery for major orthopedic surgery: A narrative review. *Knee Surg Relat Res*. 2022;34:8. doi:10.1186/s43019-022-00137-3.
34. Akboğa Ö, Arslan S. Diz ve kalça artroplastisinde kanıta dayalı hemşirelik bakımı. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi*. 2025;24:101-13. doi:10.5578/totbid.dergisi.2025.17.
35. Albayrak G, Bardakçı Mİ, Özkara fakılı MA. Cerrahi hastalarında ameliyat öncesi pulmoner risk değerlendirmesi. *Journal of Medicine and Palliative Care*. 2024;5:135-43. doi:10.47582/jompac.1447357.
36. Sampsonas F, Antonogiannaki M, Vittorakis S, Kyriakopoulos C, Boutlas S, Boutou A et al. Preoperative evaluation of the respiratory system: A narrative review based on Hellenic Thoracic Society guidelines. *Pneumon*. 2023;36:18. <https://doi.org/10.18332/pne/163183>.
37. Sun H, Li Y, Liu K, Xin D, Chen H, Niu X, Gao S. Effect of perioperative nursing for artificial knee replacement on patients with osteosarcoma of the distal femur. *Am J Transl Res*. 2021;13:10356-62.
38. Vu JV, Lussiez A. Smoking cessation for preoperative optimization. *Clin Colon Rectal Surg*. 2023;36:175-183. doi:10.1055/s-0043-1760870.
39. Nag DS, Swain A, Sahu S, Sahoo A, Wadhwa G. Multidisciplinary approach toward enhanced recovery after surgery for total knee arthroplasty improves outcomes World J Clin Case. 2024;12:1549–54. doi:10.12998/wjcc.v12.i9.1549.
40. Damar HT, Bilik Ö. Roy Uyum Modeli'ne temellendirilmiş total diz protezi ameliyatına hazırlık programı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2014;7:321-29.
41. Dubé MD, Rothfusz CA, Emara AK, Hadad M, Surace P, Krebs VE et al. Nutritional assessment and interventions in elective hip and knee arthroplasty: A detailed review and guide to management. *Curr Rev Musculoskelet Med*. 2022;15:311-22. doi:10.1007/s12178-022-09762-7.

42. Dutta S, Ambade R, Wankhade D, Agrawal P. Rehabilitation techniques before and after total knee arthroplasty for a better quality of life. *Cureus*. 2024;16:e54877. doi:10.7759/cureus.54877.
43. Kaya AD, Durutürk N, Bozkurt M. Geriatrik bireylerde total diz protezi ameliyatı öncesi verilen hasta eğitiminin ağrı ve hareket korkusu üzerine etkisi: Randomize kontrollü çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*. 2025;10:97-105.
44. Hanish SJ, Kirwan MJ, Hou N, Coble TJ, Mihalko WM, Holland CT. Surgical site preparation using alcohol with chlorhexidine compared with povidone iodine with chlorhexidine results in similar rate of infection after primary total joint arthroplasty. *Antibiotics*. 2025;14:155. doi:10.3390/antibiotics14020155.
45. Atay Doyğacı AG, Güler S. Ortopedi hastalarında mobilizasyon ve önemi. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi*. 2025;24:222-6. doi:10.5578/totbid.dergisi.2025.32.
46. Önal N, Bilik Ö, Savcı A, Altıparmak, Ö. Kuzu P, Kar Z, et al. Ortopedi hastalarında nörovasküler izlem sıklığı ne olmalı? *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2015;8:176-83.
47. Kalkan N, Karadağ M. Cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemede güncel yaklaşımlar ve hemşirelere yönelik önleme girişimleri algoritması. *Gümüşhane Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017;6:280-9.
48. Tantillo TJ, Klein B, Wilson M, Grewal KS, Bitterman AD, Sgaglione NA. Orthopaedic surgical dressings. *Orthoplastic Surgery*. 2021;5:9-17. doi:10.1016/j.orthop.2021.06.002.
49. Altıntaş F, Uluçay Ç, Kılınçoğlu V. Total diz artroplastisinin endikasyonları, kontrendikasyonları ve komplikasyonları. *Türkiye Klinikleri Orthopaedics and Traumatology-Special Topics*. 2009;2:55-62.
50. Sadoghi P, Koutp A, Prieto DP, Clauss M, Kayaalp ME, Hirschmann MT. The projected economic burden and complications of revision hip and knee arthroplasties: Insights from national registry studies. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2025;33:3211-7. doi:10.1002/ksa.12678.
51. Al-Shaer DS, Ayoub O, Ahamed NA, Al-Hibshi AM, Baeesa SS. Cerebral fat embolism syndrome following total knee replacement causing a devastating neurocognitive sequelae. *Neurosciences Journal*. 2016;21:271-4. doi:10.17712/nsj.2016.3.20150716.
52. Basa CD. Total diz protezi komplikasyonlarının epidemiyolojisi ve sınıflaması. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi*. 2019;18:102-7. doi:10.14292/totbid.dergisi.2019.12.
53. Shih HW, Tseng HS, Hsu CL, Lien SB. Peroneal nerve injury after total knee arthroplasty: Uncommon complication of total knee arthroplasty case report. *Journal of Medical Sciences*. 2021;41:243-6. doi: 10.4103/jmedsci.jmedsci_296_20.
54. Haffar A, Goh GS, Fillingham YA, Torchia MT, Lonner JH. Treatment of arthrofibrosis and stiffness after total knee arthroplasty: An update dreview of the literature. *Int Orthop*. 2022;46:1253-79. doi:10.1007/s00264-022-05344-x.

55. Uzel K, Azboy İ. Total diz protezi sonrası gelişen enfeksiyonlarda alınacak önlemler, tanı ve tedavi yöntemleri. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi*. 2021;20:603-8. doi:10.14292/totbid.dergisi.2021.93.
56. Özkurt B, Utkan A. Primer total diz artroplastisi sonrası yara yeri sorunları ve yüzeysel enfeksiyon. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi*. 2019;18:128-37. doi:10.14292/totbid.dergisi.2019.15.
57. Fırat A, Tecimel O. Enfekte total diz artroplastisine yaklaşım. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Dergisi*. 2015;14:119-23. doi:10.14292/totbid.dergisi.2015.17.
58. Lombardo DJ, Siljander MP, Sobh A, Moore DD, Karadsheh MS. Periprosthetic fractures about total knee arthroplasty. *Musculoskelet Surg*. 2020;104:135-43. doi:10.1007/s12306-019-00628-9.
59. Barış A, Öztürkmen Y. Total diz protezi sonrası komplikasyonlar. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi*. 2021;20:589-95. doi:10.14292/totbid.dergisi.2021.91.
60. Akel İ, Atilla B. Total diz protezi sonrası instabilite. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi*. 2019;18:179-85. doi:10.14292/totbid.dergisi.2019.21.
61. Villanueva M, Ríos-Luna A, Pereiro J, Fahandez-Saddi H, Pérez-Caballer A. Dislocation following total knee arthroplasty: A report of six cases. *Indian J Orthop*. 2010;44:438-43. doi:10.4103/0019-5413.69318.
62. Majid N, Lee S, Plummer V. The effectiveness of orthopedic patient education in improving patient outcomes: a systematic review protocol. *JBIR Database System Rev Implement Rep*. 2015;13:122-33. doi:10.11124/jbisrir-2015-1950.
63. Ergün A. Taburculuk planlaması ve evde bakım. Editörler: Karadakovan A, Aslan FE. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 3. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2014. s.25-34.
64. Graham LA, Illarmo S, Gray CP, Harris AH, Wagner TH, Hawn MT, et al. Mapping the discharge process after surgery. *JAMA Surg*. 2024;159:438-44. doi:10.1001/jamasurg.2023.7539.
65. Rowland T, Lindberg-Larsen M, Santy-Tomlinson J, Jensen CM. A qualitative study of patients' experiences before, during and after surgical treatment for periprosthetic knee joint infection; "I assumed it had to be like that...". *Int J Orthop Trauma Nurs*. 2023;48:100992. doi:10.1016/j.ijotn.2022.100992.
66. Altınbaş BC, Serpici A, Gürsoy A, Sarımehtmet D. Thoughts and attitudes of surgical nurses on planned discharge education and influencing factors. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2023;12:1855-62. doi:10.37989/gumussagbil.1275511.
67. Luther B, Wilson RD, Kranz C, Krahulec M. Discharge processes: What evidence tells us is most effective. *Orthop Nurs*. 2019;38:328-33. doi:10.1097/NOR.0000000000000601.
68. Saunders R, Dineen D, Gullick K, Seaman K, Graham R, Finlay S. Exploring orthopaedic patients' experiences of hospital discharge: Implications for nursing care. *Collegian*. 2022;29:78-83. doi: 10.1016/j.colegn.2021.05.001.
69. Taşocak G. Hasta Eğitimi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi Müdürlüğü; 2012. s.1-94.

70. Sayar S. Ortopedi hastalarında taburculuk eğitimi ve yenilikçi uygulamalar. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi*. 2025;24:129-35. doi:10.5578/totbid.dergisi.2025.20.
71. Rahayu U, Ibrahim K, Herman H. Exploring the learning needs for discharge planning among postoperative orthopedic patients: A scoping review. *Patient Prefer Adherence*. 2025;19:1881-91. doi:10.2147/PPA.S529228.
72. Feldbusch H, Schmidt M, Steeb EM, Paschek N, Nemesch M, Sartory Y, et al. Theoretical concepts and instruments for measuring hospital discharge readiness: A scoping review. *Heliyon*. 2024;10:e26554. doi:10.1016/j.heliyon.2024.e26554.
73. Weiss ME, Piacentine L. Psychometric properties of the Readiness for Hospital Discharge Scale. *J Nurs Meas*. 2006;14:163-80. doi:10.1891/jnm-v14i3a002.
74. Li S, Chen R, Zhang L, Li H, Gong Y, Hang Y, et al. Relationships between quality of discharge teaching, readiness for hospital discharge, self-efficacy and self-management in patients with first-episode stroke: A cross-sectional study. *J Clin Nurs*. 2025;34:2830-9. doi:10.1111/jocn.17481.
75. Chen N, Zou Q, Gu C, Cheng Q. Requirements of patients undergoing unicompartmental knee arthroplasty in preparation for discharge from the hospital -a qualitative study. *Patient Prefer Adherence*. 2025;19:741-52. doi:10.2147/PPA.S498119.
76. Specht K, Agerskov H, Kjaersgaard-Andersen P, Jester R, Pedersen BD. Patients' experiences during the first 12 weeks after discharge in fast-track hip and knee arthroplasty- a qualitative study. *Int J Orthop Trauma Nurs*. 2018;31:13-9. doi:10.1016/j.ijotn.2018.08.002.
77. Reay PA, Horner B, Duggan R. The patient's experience of early discharge following total hip replacement. *Int J Orthop Trauma Nurs*. 2015;19:131-9. doi:10.1016/j.ijotn.2015.02.003.
78. Sjøveian AKH, Leegaard M. Hip and knee arthroplasty- patient's experiences of pain and rehabilitation after discharge from hospital. *Int J Orthop Trauma Nurs*. 2017;27:28-35. doi:10.1016/j.ijotn.2017.07.001.
79. Gündüz ES, Durmaz M, Aydın BK. The predictive effect of the level of psychological resilience on the level of readiness for discharge in patients undergoing orthopaedic surgery. *J Clin Nurs*. 2025;34:1398-408. doi:10.1111/jocn.17454.
80. Baker E, Xyrichis A, Norton C, Hopkins P, Lee G. The processes of hospital discharge and recovery after blunt thoracic injuries: The patient's perspective. *Nurs Open*. 2022;9:1832-43. doi:10.1002/nop2.929.
81. Dalkılıç M, Savcı A, Turhan Damar H. The effect of fear of falling and kinesiophobia on older patients' readiness for discharge after total joint arthroplasty. *Orthop Nurs*. 2025;44:286-95. doi:10.1097/NOR.0000000000001151.
82. Qian J, Qian M, Ren Y, Ye L, Qian F, Jin L, et al. Readiness for hospital discharge and influencing factors: A cross-sectional study on patients discharged with tubes from the department of hepatobiliary surgery. *BMC Surg*. 2021;21:121. doi:10.1186/s12893-021-01119-0.

83. Gledhill K, Hanna L, Nicks R, Lannin NA. Defining discharge-readiness from subacute care from all stakeholders' perspectives: A systematic review. *Disabil Rehabil.* 2021;43:3127-34. doi:10.1080/09638288.2020.1733107.
84. Qin YH, Shi XM. Status quo and influencing factors of readiness for hospital discharge in patients with brain tumours after surgery. *Front Oncol.* 2024;14:1324810. doi:10.3389/fonc.2024.1324810.
85. Buus AAØ, Hejlsen OK, Dorisdatter Bjørnes C, Laugesen B. Experiences of pre- and postoperative information among patients undergoing knee arthroplasty: A systematic review and narrative synthesis. *Disabil Rehabil.* 2021;43:150-62. doi:10.1080/09638288.2019.1615997.
86. Mitchell K. Impact of reengineered discharge toolkit on patients undergoing total joint surgeries. *Rehabil Nurs.* 2022;47:121-8. doi:10.1097/RNJ.0000000000000375.
87. Williams B, Coyle J, Healy D. The meaning of patient satisfaction: An explanation of high reported levels. *Social Science & Medicine.* 1998;47:1351-9. doi:10.1016/s0277-9536(98)00213-5.
88. Dığın F, Özkan ZK, Fidan G. Satisfaction of elderly patients undergoing orthopedic surgery in terms of nursing care and affecting factors. *Journal of Clinical Medicine of Kazakhstan.* 2021;18:50-5. doi:10.23950/jcmk/11327.
89. Koçak T, Akboğa GA. Ortopedik cerrahi geçiren hastalarda perioperatif bakım kalitesi ve hasta memnuniyeti ilişkisinin belirlenmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası.* 2022;75:361-7. doi:10.4274/atfm.galenos.2022.98705.
90. Gunaratne R, Pratt DN, Banda J, Fick DP, Khan RJK, Robertson BW. Patient dissatisfaction following total knee arthroplasty: A systematic review of the literature. *J Arthroplasty.* 2017;32:3854-60. doi:10.1016/j.arth.2017.07.021.
91. Bourne RB, Chesworth BM, Davis AM, Mahomed NN, Charron KD. Patient satisfaction after total knee arthroplasty: who is satisfied and who is not? *Clin Orthop Relat Res.* 2010;468:57-63. doi:10.1007/s11999-009-1119-9.
92. Kahlenberg CA, Nwachukwu BU, McLawhorn AS, Cross MB, Cornell CN, Padgett DE. Patient satisfaction after total knee replacement: A systematic review. *HSS J.* 2018;14:192-201. doi:10.1007/s11420-018-9614-8.
93. Halawi MJ, Jongbloed W, Baron S, Savoy L, Williams VJ, Cote MP. Patient dissatisfaction after primary total joint arthroplasty: The patient perspective. *J Arthroplasty.* 2019;34:1093-6. doi:10.1016/j.arth.2019.01.075.
94. Wang Y, Liu C, Wang P. Patient satisfaction impact indicators from a psychosocial perspective. *Front Public Health.* 2023;11:1103819. doi:10.3389/fpubh.2023.1103819.
95. Koçaşlı S, Kayış CN. Türkiye'de ortopedi ve travmatoloji ameliyatı geçiren hastaların memnuniyetlerine ilişkin yapılan lisansüstü tezlerin incelenmesi. *Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2025;6:235-53. doi:10.59244/ktokusbd.1667164.
96. Bahçecioğlu Turan G, Özer Z, Atan G. Nursing care satisfaction and readiness for hospital discharge states of patients hospitalized in internal medicine clinics: Descriptive cross-sectional research example. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences.* 2021;13:947-57. doi: 10.5336/nurses.2021-81438.

97. Korkmaz E, Eti Aslan F. Cerrahide ağrı yönetimi. Editör: Eti Aslan F. Kanıt temelli-cerrahi bakım vaka analizleri ile birlikte. 3.Baskı. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2024. s. 167-74.
98. Barış VK, Seren İntepeler Ş, İleri S, Rastgel H. İTAKİ Düşme Riski Ölçeği'nin psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2020;13:214-21. doi:10.46483/deuhfed.732097T.C.
99. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta Kalite Standartları Hastane (Versiyon 5, revizyon 1). 2. baskı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2016. s. 406-408.
100. Lau D, Padwal RS, Mujumdar SR, Pederson JL, Belga S, Kahlon S, et al. Patient-reported discharge readiness and 30-day risk of readmission or death: a prospective cohort study. Amer J Med. 2016;129:89-95. doi:10.1016/j.amjmed.2015.08.018.
101. Kaya S, Güven GS, Kar A, Aydan S, Korku C. Taburculuğa hazır olmanın boyutları: Belirleyicileri, hasta sonuçları ve hastane harcamaları ile ilişkisi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2018;21:305-34.
102. Thomas LH, McColl E, Priest J, Bond S, Boys RJ. Newcastle satisfaction with nursing scales: an instrument for quality assessments of nursing care. Qual Health Care. 1996;5:67-72. doi:10.1136/qshc.5.2.67.
103. Akın S, Erdoğan S. The Turkish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale used on medical and surgical patients. J Clin Nurs. 2007;16:646-53. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01583.x.
104. Ural A, Kılıç İ. Bilimsel araştırma süreci ve SPSS ile veri analizi. Ankara: Detay Yayıncılık; 2013. s.244.
105. Tabachnick BG, Fidell LS. Using Multivariate Statistics. 6 ed. Boston: Pearson Education; 2013.
106. Kılıç S. Cronbach's alpha reliability coefficient. Psychiatry and Behavioral Sciences. 2016;6:47-8. doi:10.5455/jmood.20160307122823.
107. Deniz Doğan S, Yurtseven Ş, Arslan S, Akçam AT. Elektif cerrahi geçiren genel cerrahi hastalarının taburculuğa hazır olma durumları ve etkileyen faktörler: Tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışma. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2024;15:380-7. doi:10.22312/sdusbed.1484074.
108. Özsoy Durmaz M, Özbaş A. Ortopedik cerrahi hastalarının taburculuğa hazır olma durumlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Journal of Innovative Healthcare Practices. 2023;4:22-33.
109. Yılmaz Güven D. Perception of nursing care and satisfaction levels of orthopedics and traumatology patients. Turk Geriatri Derg. 2024;27:271-9. doi: 10.29400/tjgeri.2024.400.
110. Mabire C, Bachnick S, Ausserhofer D, Simon M, Match RN Study Group. Patient readiness for hospital discharge and its relationship to discharge preparation and structural factors: A cross-sectional study. Int J Nurs Stud. 2019;90:13-20. doi:10.1016/j.ijnurstu.2018.09.016.
111. Li N, Moreira P, Guo M, You S, Dsouza B, Ji H. What influences patients readiness for discharge: The case of total knee arthroplasty: A cross-sectional study. J Nurs Manag. 2024;2024:8032254. doi: 10.1155/2024/8032254.

112. Aliane U, Maonga EM, Esperance D, Niringiyimana A. Readiness for hospital discharge and its influencing factors: A review. *EAS Journal of Nursing and Midwifery*. 2024;6:65-72. doi:10.36349/easjnm.2024.v06i03.001.
113. Mehraeen P, Jafaraghaee F, Paryad E, Kazemnejad Leyli E. Comparison of nurses' and patients' readiness for hospital discharge: A multicenter study. *J Patient Exp*. 2022;18:23743735221092552. doi:10.1177/23743735221092552.
114. Lin L, Zheng J, Lin Z, Xiao H. Understanding the challenges of readiness for hospital discharge in stoma patients: A mixed-methods study. *J Clin Nurs*. 2025;34:1704-12. doi:10.1111/jocn.17654.
115. Tang A, Xing Y, Zhang Y, Dong L, Xu F. Enhanced readiness for hospital discharge following the implementation of a video version of a mind mapping health education strategy. *J Mens Health*. 2024;20:68-74.
116. Tekin F, Yıldız Fındık U. Level of perception of individualized care and satisfaction with nursing in orthopaedic surgery patients. *Orthop Nurs*. 2015;34:371-4. doi:10.1097/NOR.000000000000194.
117. Öztepe K, Kanan N. Evaluation of nursing care satisfaction of patients who underwent open heart surgery. *Florence Nightingale J Nurs*. 2021;29:285-93. doi:10.5152/FNJN.2021.19164.
118. Arslan S, Gürsoy A. Hastaların hemşirelik bakım memnuniyetleri: Cerrahi hastaları örneği. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*. 2021;4:21-8. doi:10.38108/ouhcd.836914.
119. Aşık A, Dikmen B. Surgical patients' satisfaction level with nursing care. *Surgical and Vascular Nursing*. 2023;17:152-7. doi: 10.5114/pchia.2023.132005
120. Ünver S. Cerrahi hastasının hemşirelik bakımından memnuniyeti. Editör: Gürkan A. *Cerrahi Hemşireliğinde Bakıma Duyarlı Kalite Göstergeleri*. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2023. s.80-6.
121. Kayrakçı F, Özşaker E. Cerrahi hastalarının hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. *Florence Nightingale J Nurs*. 2014;22:105-13.
122. Aldemir K, Gürkan A, Taşkın Yılmaz F, Karabey G. Examination of satisfaction from nursing care of inpatients in the surgical clinics. *Journal of Health and Nursing Management*. 2018;5:155-63.
123. Jones CL, Jensen JD, Scherr CL, Brown NR, Christy K, Weaver J. The Health Belief Model as an explanatory framework in communication research: Exploring parallel, serial, and moderated mediation. *Health Commun*. 2015;30:566-76. doi:10.1080/10410236.2013.873363.
124. Öztürk H, Demirsoy N, Sayligil O, Florczak, K. L. Patients' perceptions of nursing care in a university hospital. *Nurs Sci Q*. 2020;33:12-8. doi:10.1177/0894318419881798.
125. Karaca A, Durna Z. Patient satisfaction with the quality of nursing care. *Nurs Open*. 2019;6:535-45. doi:10.1002/nop2.237.
126. Al-Hammouri F, Hamdan KM, Haymour AM, Ibrahim MO, Malkawi A, Al-Hiary SS, et al. Quality of nursing care: Predictors of patient satisfaction in a national sample. *Nurs Open*. 2024;11:e2252. doi:10.1002/nop2.2252.

127. Guo S, Chang Y, Chang H, He X, Zhang Q, Song B, et al. Patient satisfaction with nurses' care is positively related to the nurse-patient relationship in Chinese hospitals: A multicentre study. *Front Public Health* 2023;10:1109313. doi:10.3389/fpubh.2022.1109313.
128. Tomaszewska K, Majchrowicz B, Serwin A. Assessment of Patient Satisfaction with Nursing Care with the Newcastle Scale. *Nursing in the 21st Century*. 2023;22:8-13. doi:10.2478/pielxxiw-2023-0002.
129. Cerit B. Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2016;3:27-36.
130. Kraska RA, Weigand M, Geraedts M. Associations between hospital characteristics and patient satisfaction in Germany. *Health Expect*. 2017;20:593-600. doi:10.1111/hex.12485.
131. Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Savino MM, Amenta P. Determinants of patient satisfaction: A systematic review. *Perspect Public Health*. 2017;137:89-101. doi:10.1177/1757913916634136.
132. Güven B, Sevinç CK. Examining the relationship between perceived readiness for hospital discharge and quality of perioperative nursing care in ambulatory surgery patients. *Medical Journal of Bakırköy*. 2024;20:271-9. doi:10.4274/BMJ.galenos.2024.2024.4-2.

EKLER

EK 1: Cerrahi Girişim Sayıları

EK 2: Hasta Bilgi Formu

EK 3: Sayısal Derecelendirme Ölçeği

EK 4: İtaki Düşme Risk Ölçeği

EK 5: Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği

EK 6: Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği

EK 7: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

EK 8: Etik Kurul İzni

EK 9: Kurum İzni

EK 10: Ölçek Kullanım İzinleri

EK 1: Cerrahi Girişim Sayıları



T.C.
EDİRNE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Edirne Sultan I. Murat Devlet Hastanesi Başhekimliği



Sayı : E-79320446-042-289258712
Konu : Dilekçe Hk.

25.09.2025

Sayın Elif Sevdik KAPTIKAÇTI

22.09.2025 tarih 289046204 sayılı dilekçenizde belirttiğiniz 'Artroplasti Uygulanan Hastaların Taburculuğa Hazır Olma Durumları ve Hemşirelik Bakımından Memnuniyetleri' konulu araştırma dosyanızda kullanılmak üzere talep ettiğiniz kurumuzda gerçekleştirilen Diz Artroplastisi sayıları ekli tablomuzda yer almaktadır.

Bilgilerinize rica ederim.

TARİH	AMELİYAT SAYISI
01 Ocak-31 Aralık 2024	578
01 Ekim 2024- 31 Temmuz 2025	518

Uzm. Dr. Zehra Gülsevin ŞİMŞEK
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile onaylanmıştır.
Belge doğrulama kodu: 29467DBE-A591-4CC7-AD21-F366E713441F
Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>
Fatih Mah. Alparslan Türkeş Cad. No 3 İç Kapı No 1 Merkez/EDİRNE 22000
Telefon No: 02842145510 Faks No: 02842145518
e-Posta: edirnedhs4@saglik.gov.tr İnternet Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/>
Kep Adresi: edirneitsaglik@hs01.kep.tr
Bilgi için: Banu KARABULUT
Sağlık Teknikeri
Telefon No: 02842145510 - 1843



EK 2: Hasta Bilgi Formu

Anket No:

Değerli katılımcı,

Bu yüksek lisans tez araştırması Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi Ortopedi servisinde diz eklem değiştirme işlemi uygulanan hastaların taburculuğa hazır olma durumlarını ve hemşirelik bakımından memnuniyetlerini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Sorulara verilen yanıtlar ve kişisel bilgiler tamamen gizli kalacaktır. Bu çalışmada sadece bilimsel amaç esas alınmıştır. Katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

Araştırmacılar

Hemşire Elif SEVDİK

Doç. Dr. Zeynep KIZILCIK ÖZKAN

A) Sosyo-demografik özellikler

1) Yaşınız:

2) Cinsiyetiniz: 1) Kadın 2) Erkek

3) Eğitim durumunuz: 1) Okur-yazar 2) İlköğretim 3) Lise 4) Üniversite

4) Medeni durumunuz: 1) Bekar 2) Evli

5) Çalışma durumunuz: 1) Çalışıyorum 2) Çalışmıyorum

6) Kiminle yaşıyorsunuz: 1) Tek başına 2) Eşim ile 3) Eşim ve çocuklarım ile

4) Çocuklarım ile 5) Diğer.....

7) Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

1) Gelir giderden fazla 2) Gelir gidere eşit 3) Gelir giderden az

B) Bireysel ve ameliyata ilişkin özellikler

1) Ameliyat sonrası büyük tuvaletinizi yaptınız mı? 1) Evet 2) Hayır

2) Ameliyat öncesinden başlanarak ara sıra sağlık çalışanları tarafından size yara bakımı, ağrı yönetimi, yürüteç kullanımı, ev düzeni vb. konular hakkında bilgi verildi mi? 1) Evet verildi 2) Hayır verilmedi.

- 3) Kronik hastalığınız var mı? 1) Evet 2) Hayır
- 4) Ameliyat olmanıza karar verilen şikâyetiniz neydi?
- 5) Daha önce hastanede yattınız mı? 1) Evet 2) Hayır
- 6) Daha önce herhangi bir ameliyat oldunuz mu? 1) Evet 2) Hayır
- 7) Ameliyat sonrası yatış süresi (taburcu edildiği gün):.....
- 8) Tıbbi tanı (dosyadan yazılacaktır):
- 9) Ameliyat bölgesi (dosyadan yazılacaktır): 1) Sağ diz 2) Sol diz 3) Her iki diz
- 10) Ameliyat sonrası ilk ne zaman ayağa kalktınız? gün
- 11) Ameliyat sonrası yoğun bakım ünitesinde takip edildiniz mi? 1) Evet 2) Hayır
- 12) Uygulanan anestezi tipi (dosyadan yazılacaktır): 1) Genel anestezi 2) Spinal anestezi
- 13) Şu anda sağlığınız nasıl hissediyorsunuz? Çok iyi 2) İyi 3) Kötü 4) Çok kötü
- 14) Ağrı varlığı 1) Var 2) Yok
- 15) Otuz gün içerisinde acil servise başvurma durumu? 1)Evet. Nedeni:..... 2) Hayır

EK 3: Sayısal Derecelendirme Ölçeği

Bugünkü ağrı řiddetiniz?

0 (hiç ağrım yok) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (dayanılmaz ağrı)



EK 4: İtaki Düşme Risk Ölçeği

 İtaki DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ		Hastanın Adı Soyadı
		Yatılı Bölüm
		Risk Değerlendirme Tarihi
Değerlendirme Zamanı		
☐ İlk Değerlendirme ☐ Post-Operatif Dönem ☐ Hasta Düşmesi ☐ Bölüm Değişikliği ☐ Durum Değişikliği		
RİSK FAKTÖRLERİ		PUAN
1.	65 yaş ve üstü.	1
2.	Bilinci kapalı.	1
3.	Son 1 ay içinde düşme öyküsü var.	1
4.	Kronik hastalık öyküsü var.*	1
5.	Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var.	1
6.	Üriner/fekal kontinans bozukluğu var.	1
7.	Görme durumu zayıf.	1
8.	4'den fazla ilaç kullanımı var.	1
9.	Hastaya bağlı 3'ün altında bakım ekipmanı var.**	1
10.	Yatak korkulukları bulunmuyor/çalışmıyor.	1
11.	Yürüme alanlarında fiziksel engel(ler) var.	1
12.	Bilinç açık, koopere değil.	5
13.	Ayakta/yürürken denge problemi var.	5
14.	Baş dönmesi var.	5
15.	Ortostatik hipotansiyonu var.	5
16.	Görme engeli var.	5
17.	Bedensel engeli var.	5
18.	Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var.**	5
19.	Son 1 hafta içinde riskli ilaç kullanımı var.***	5
TOPLAM		
RİSK DÜZEYİ BELİRLEME TABLOSU		
☐	Düşük Risk	Toplam Puanı 5'in altında
☐	Yüksek Risk	Toplam Puanı 5 ve 5'in üstünde (Dört Yapraklı Yonca figürü kullanılır)
Değerlendirmeyi yapan Hemşire Adı-Soyadı: İmza:		

İtaki Düşme Riski Ölçeği Bilgilendirme Tablosu	
*Kronik hastalıklar	• Hipertansiyon • Diyabet • Dolaşım Sistemi Hastalıkları • Sindirim Sistemi Hastalıkları • Artrit • Paralizi • Depresyon • Nörolojik Hastalıklar
**Hasta Bakım Ekipmanları	• IV İnfüzyon • Solunum Cihazı • Kalıcı Kateter • Göğüs Tüpü • Dren • Perfüzatör • Pacemaker vb.
***Riskli İlaçlar	• Psikotropalar • Narkotikler • Benzodiazepinler • Nöroleptikler • Antikoagülanlar • Narkotik Analjezikler • Diüretikler/Laksatifler • Antidiyabetikler • Santral Venöz Sistem İlaçları (Digoksin vb.) • Kan Basıncını Düzenleyici İlaçlar

EK 5: Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği

Hissettiklerinizi en iyi ifade eden rakamı yuvarlak içine alınız. Cevaplar, 0-10 aralığındaki 10'lu bir ölçek üzerinden verilmektedir. Rakamların altında bulunan ifadeler 0 ve 10'un ne anlama geldiğini göstermektedir.

Örneğin, 7 rakamını yuvarlak içine almanız, 10 rakamında belirtilen ifadeye 0 rakamının seçimine oranla daha fazla katıldığınız ancak tamamen de o şekilde hissetmediğiniz anlamına gelmektedir.

Sorular	Cevaplar
1. Eve gitmeye fiziksel olarak ne kadar hazırsınız?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hazır değilim. Tamamen hazırım
2. Bugünkü enerjinizi nasıl tarif edersiniz?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Düşük enerji Yüksek enerji
3. Eve gitmenizin ardından oluşabilecek sorunlarla ilgili ne kadar bilgi sahibisiniz?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiçbir fikrim yok. Her şeyi biliyorum.
4. Eve gitmenizin ardından uymanız gereken kısıtlamalarla (yapabileceğiniz şeyler ve yapmanıza izin verilmeyen şeyler) ilgili ne kadar bilgi sahibisiniz?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiçbir fikrim yok. Her şeyi biliyorum
5. Evde hayatın taleplerini ne kadar iyi karşılayabileceksiniz?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Karşılayamayacağım. Son derece iyi karşılayabileceğim.
6. Evde kişisel bakımınızı (örneğin hijyen, banyo, tuvalet, beslenme) ne kadar iyi yapabileceksiniz?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Yapamayacağım. Son derece iyi yapabileceğim.
7. Eve gitmenizin ardından, ihtiyacınız olursa, kişisel bakımınıza ne kadar yardımcı olunacak?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç Çok
8. Gerekirse, tıbbi bakım ihtiyaçlarınıza ne kadar yardımcı olunacak (tedaviler, ilaçlar)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç Çok

EK 6: Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği

Bu araştırma, sizin hastanede kaldığınız sürede aldığınız hemşirelik bakımına ait düşüncelerinizi belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen her bir soru için, düşüncenizi en iyi ifade eden sayıyı yuvarlak içine alınız. **Verdiğiniz cevaplar gizli tutulacaktır. Formlar üzerine isminizi veya herhangi bir kimlik bilgisi belirtmeyiniz.** Gösterdiğiniz ilgi için teşekkür ederiz.

		Hiç Memnun Değilim	Biraz Memnunum	Oldukça Memnunum	Çok Memnunum	Fazlasıyla Memnunum
1.	Hemşirelerin size ayırdığı süreden	1	2	3	4	5
2.	Hemşirelerin işlerinde gösterdikleri yeterlilikten	1	2	3	4	5
3.	Birine ihtiyaç duyduğunuz zaman etrafınızda daima bir hemşirenin bulunmasından	1	2	3	4	5
4.	Hemşirelerin bakımınız konusundaki bilgi düzeylerinden	1	2	3	4	5
5.	Hemşireleri çağırdığınız zaman yanınıza olabildiğince çabuk gelmelerinden	1	2	3	4	5
6.	Hemşirelerin sizi evinizdeymiş gibi rahat ettirmelerinden	1	2	3	4	5
7.	Hemşirelerin durumunuz ve tedaviniz hakkında sizi bilgilendirmelerinden	1	2	3	4	5
8.	Hemşirelerin iyi olup olmadığınızı kontrol etme sıklığından	1	2	3	4	5
9.	Hemşirelerin yardımseverliğinden	1	2	3	4	5
10	Hemşirelerin size açıklama yapma biçiminden	1	2	3	4	5

11	Hemşirelerin yakınlarınızın ve arkadaşlarınızın sizinle ilgili endişelerini gidermesinden	1	2	3	4	5
12	Hemşirelerin işlerini yaparken gösterdikleri tavırdan	1	2	3	4	5
13	Durumunuz ve tedaviniz hakkında size verdikleri bilginin içeriğinden	1	2	3	4	5
14	Hemşirelerin size karşı bir birey olarak davranış tarzlarından	1	2	3	4	5
15	Hemşirelerin sizin üzüntülerinizi ve endişelerinizi dinlemesinden	1	2	3	4	5
16	Serviste size sağlanan özgürlükten	1	2	3	4	5
17	Hemşirelerin isteklerinizi karşılamada istekli olmalarından	1	2	3	4	5
18	Hemşirelerin mahremiyetinize (bireysel ve bedensel sınırlarınıza) saygı göstermesinden	1	2	3	4	5
19	Hemşirelerin ihtiyaçlarınızın farkında olmasından	1	2	3	4	5

EK 7: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bir araştırma projesine davet edilmektesiniz. Bu araştırmanın yürütülmesi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun 01.04.2024 tarih ve 2024/135 sayılı kararı ile onaylanmıştır. Araştırmaya katılmaya karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını anlamanız çok önemlidir. Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük ilkesine bağlı olup katılmayı reddetmeniz herhangi bir cezaya ya da elde edilecek herhangi bir yararın kaybedilmesine kesinlikle yol açmayacaktır. Aynı şekilde araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra da araştırmanın herhangi bir yerinde hiçbir neden göstermeksizin herhangi bir zarar ya da elde edilmesi beklenen bir yarar kaybına yol açmadan araştırmadan çekilebilirsiniz. Araştırma kapsamında yapılan işlemlerin mali giderleri araştırmacılar tarafından karşılanacak olup size ya da sosyal güvenlik kurumunuza hiçbir mali yük getirmeyecektir. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun ve araştırmaya katılmak isteyip istemediğinize karar vermek için lütfen biraz düşünün.

- **Araştırmanın bilimsel adı:** Diz Artroplastisi Uygulanan Hastalarda Taburculuğa Hazır Olma Durumları İle Hemşirelik Bakımından Memnuniyetleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi
- **Araştırmanın anlaşılabilir basit adı:** Diz Protezi Ameliyatı Uygulanan Hastaların Taburculuğa Hazır olma durumları ile hemşirelik bakımından memnuniyetleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.
- **Sorumlu Araştırmacının adı ve görev yeri:** Doç. Dr. Zeynep Kızılcık Özkan, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi.
- **Araştırmanın amacı:** Diz artroplastisi uygulanan hastalarda taburculuğa hazır olma durumları ile hemşirelik bakımından memnuniyet arasındaki ilişkiyi değerlendirmek.
- **Araştırmanın niteliği (klinik, laboratuvar, epidemiyolojik, tez çalışması vb.):** Bu araştırma bizlerin planladığı bir bilimsel çalışmadır.
- **Araştırmanın başlama tarihi ve öngörülen süresi:** 15.10.2024-31.08.2025
- **Araştırmaya katılması beklenen gönüllü sayısı:** 154
- **Araştırma sırasında uygulanacak olan invaziv yöntemler dahil olmak üzere gönüllüye uygulanacak yöntem, girişim ve tedavilerin tümü:** Bu çalışmaya katılmayı kabul ederseniz, sizinle yüz yüze bir görüşme yapılacaktır. Görüşmede size birkaç soru sorulup

yanıtlamanız istenecektir. Görüşme yaklaşık 20-25 dakika sürecektir. Bunun dışında size herhangi bir uygulama yapılmayacaktır. Bu görüşme ortopedi ve travmatoloji servisinde odanızda taburculuk kararı verildiği gün içerisinde hasta odasında gerçekleştirilecektir. Anlamadığınız kısımlar için sorular sorabileceksiniz. Sizden alınan bilgiler yalnızca bilimsel araştırma için kullanılacaktır ve araştırmacıların dışındaki üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Bilgilerin korunmasından saklanması araştırmacılar sorumlu tutulacaktır.

- **Araştırmanın deneysel kısımları:** Yok
- **Farklı uygulama ve girişimler için gönüllülerin araştırma gruplarına rastgele atanma olasılığı:** Araştırmada size farklı bir uygulama ya da herhangi bir girişim yapılmayacaktır.
- **Katılımcının araştırmaya dahil edilme nedeni:** Ortopedi ve travmatoloji servisinde diz artroplastisi ameliyatı sonrası yatarak tedavi edilen, taburculuk kararı verilen, diz artroplastisi ameliyatı deneyimi olan veya olmayan, 18 yaşını doldurmuş hastalar, çalışmaya katılmaya gönüllü olan hastalar, mental yeterliliği olan hastalar, Türkçe iletişim problemi olmayan hastalar.
- **Araştırmadan doğrudan gönüllü için beklenen yarar:** -
- **Gönüllünün sorumlulukları:** Araştırmada sizden görüşme boyunca sorulan sorulara yanıt vermeniz beklenecektir. Ameliyatınızın üstünden 30 gün geçtikten sonra araştırmacı hemşire hastane bilgi yönetim sistemi üzerinden kurumun acil servisine başvurma durumunuzu ve nedenizi kontrol edecek ve forma işleyecektir. Başka yapmanız gereken bir uygulama olmayacaktır.
- **Gönüllünün (araştırma hamilelerde veya lohusalarda yapılacaksa ise embriyo, fetüs veya süt çocuklarının da) maruz kalabilecekleri riskler veya rahatsızlıklar:** Çalışmanın herhangi bir riski yoktur.
- **Risklere karşı alınan önlemler:** -
- **Gönüllüye alternatif olarak uygulanabilecek olan diğer yöntemler ve bunların olası yarar ve zararları:** Bulunmamaktadır.
- **Araştırmaya bağlı olarak bir zarar oluştuğunda verilecek tazminat ve sağlanacak tedaviler:** Çalışmanın herhangi bir zararı yoktur.
- **Gönüllülere yapılacak ulaşım, yemek gibi masraflara ilişkin ödemeler:** Size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

- **Gönüllünün araştırmaya katılımının sona erdirilmesini gerektirecek durumlar veya nedenler:** Çalışmadan geri çekilmek istediğinizi belirtmeniz halinde çalışma derhal sonlandırılacaktır.
- **Araştırma sonunda gönüllülere bilgi verilecek mi?** Araştırma sonucunda bilgi almak istediğinizi belirtirseniz araştırmacılar tarafından size daha sonra bilgi verilecektir.
- **Gönüllülerin araştırma hakkında, kendileri hakkında ya da araştırmayla ilgili herhangi bir beklenmedik olay hakkında daha fazla bilgi edinebilmesi için temasa geçebileceği kişi ve kendisine günün 24 saatinde erişebileceği telefon numarası:** Sorumlu araştırmacı Zeynep KIZILCIK ÖZKAN, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İletişim No: 0 5xxxxxxxxxx
- **Gönüllülerden elde edilecek olan biyolojik materyallerin hangi amaçlarla kullanılacağı:** Sizlerden biyolojik materyal alınmayacaktır.
- Yukarıda açıkça tanımlanan çalışmanın ne amaçla, kimler tarafından ve nasıl gerçekleştirileceği anlayabileceğim bir ifade ile bana anlatıldı. Bu araştırmadan elde edilen bilgilerin bana ve başka insanlara sağlayacağı yararlar bana anlatıldı. Araştırma sırasında meydana gelebilecek riskler ve rahatsızlıklar bana anlayabileceğim bir dille anlatıldı. Araştırma sırasında oluşabilecek zarar durumunda gerçekleştirilecek işlemler bana anlatıldı. Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ve haklarım konusunda 24 saat bilgi alabileceğim bir yetkilinin adı ve telefonu bana verildi. Araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik ve testler ile tıbbi bakım hizmetleri için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyeceği bana anlatıldı. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi. Sorumlu araştırmacı / hekime haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı / hekim ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmalim nedeniyle, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabileceğini biliyorum. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun gerekli gördüğünde, gizliliğimin korunması ilkesine uygun olarak, araştırma konusuyla ilişkili orijinal tıbbi kayıtlarıma

doğrudan erişimde bulunabileceğini biliyorum. İlgili yasal düzenlemeler gereğince kimliğimi ortaya çıkaracak kayıtların gizli tutulacağı, kamuoyuna açıklanmayacağı; araştırma sonuçlarının bilimsel toplantılarda sunulabileceği ya da yayınlanabileceği, ancak, bu tür durumlarda kimliğimin kesin olarak gizli tutulacağı bana açıklandı. Araştırma konusuyla ilgili olarak, çalışmaya devam etme isteğimi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde bana ya da yasal temsilcime zamanında bilgilendirme yapılacağı bana açıklandı. Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu adlı metni kendi anadilimde okudum. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Yukarıda konusu belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'nun tam imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün; (El yazısı ile)

Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya faks numarası):

...

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için; (El yazısı ile)

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Adresi (varsa telefon ve/veya faks numarası):

.....

Tarih:

Açıklamaları yapan araştırmacının

Unvanı, Adı- Soyadı: (El yazısı ile)

Görev yaptığı bölüm:

İmzası:

Tarih:

EK 8: Etik Kurul İzni

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI GİRİŞİMSSEL OLMAYAN BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Kararı, Türkiye			
ARAŞTIRMA BAŞVURUSU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-GÖRMEK, 2024/13	
	PROTOKOL ADI	Antropometri Uygulanması Hastaların Tabiratağına Hastalıkları Dönüşleri ve Hareketlilik Bakımından Akademiye	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ADYANI / ADI	Dr. Öğr. Üyesi Zeynep KIZILCIK ÖZKAN	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:8478	Tarih:01.04.2024	
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Dr. Öğr. Üyesi Zeynep KIZILCIK ÖZKAN'ın teklif ettiği ve yapıldığı planlanan ve yukarıda kayıtlı bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Elif SEVDİK'in tez çalışmasının araştırma kapsamı dışındaki ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yöntem ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin bilgilerin gizliliği ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenenliği konusunda ve veri toplama ve/veya analizleri için gerekli olan diğer sınırların sona ermesiyle ilgili olarak etik bilimsel standartlar açısından sakıncalı bulunmadığına kanaatle oy birliği ile karar verilmiştir.		
ETİK KURULU BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASLARI	Bilimsel bilimsel, İki Klinik Uygulamalar Esasları, TÜTF-GÖRMEK, Yabancı		

DYETLER

Davranış/Adı Soyadı	Ünvanlık Derecesi	Kurumu	Çinçet	Bilgi(*)	Katılım (**)	İmza
Doç. Dr. Fatma Gülşen ÖNAL Bilgi	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Hakan GÜRKAN Bilgi	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Selçuk BÖRÜKMAZ Öye	Biyokimya	T.Ü.T.F. Biyokimya A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Mehmet Errol YARDAR Öye	Kan Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Kan Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÖMET Öye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Serhat TOPALOĞLU Öye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Serap SARILAYA SOLAK Öye	Deri ve Zührevi Hastalıklar	T.Ü.T.F. Deri ve Zührevi Hastalıklar A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Olcay KAYA Öye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Özgür KURULU Öye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Rıdvan DURAN Öye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Sinan ATİŞ Öye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Serap HEKİMOĞLU ŞAHİN Öye	Asitleri ve Renkleri	T.Ü.T.F. Asitleri ve Renkleri A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Doğan ALBAYRAK Öye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Aygün KURT Öye	Protetik Diş	T.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi	K	E H	E H	
Doç. Dr. Halil KIZILCIK Öye	Protetik-Diğer ve Biyomekanik	T.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi	K	E H	E H	
Ankara Emine NİRELI Öye		T.Ü. Biyokimya	K	E H	E H	
Emekli Öğretim Üyesi SEÇKİN Öye	Enfeksiyon	Seçkin Öye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilgili

**Toplantıya Katılımı

EK 9: Kurum İzni



T.C.
EDİRNE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-98308410-806.01-249827904
Konu : Dilekçe Hk.

30.07.2024

Sayın Elif SEVDİK
(sevdikelif@gmail.com)

İlgi : 16.05.2024 tarihli ve BİLA sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı dilekçeniz ile gönderilen, “*Artroplasti Uygulanan Hastaların Taburculuğa Hazır Olma Durumları ve Hemşirelik Bakımından Memnuniyetleri*” konulu araştırma dosyanız incelenmiştir. Araştırmanın gerçekleştirileceği Edirne Sultan I.Murat Devlet Hastanesi Başhekimi ile ilgili klinik sorumlusunun onayı ve diğer araştırma başvuru belgelerinin tam olduğu görülmüştür. Söz konusu araştırma, Edirne Sultan I.Murat Devlet Hastanesi ortopedi servisi hastalarına yönelik anket formu doldurularak yapılacağından; gönüllü katılım esasına dayalı olarak, hasta mahremiyetine özen gösterilerek, verilerin kullanımı sırasında 24/3/2016 tarihli ve 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanuna ve 21/6/2019 tarihli ve 30808 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik hükümlerine uygun, birim çalışma usul ve düzenini bozmayacak şekilde gerçekleştirmenizde sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Dr. Ali Fatih SELVİ
İl Sağlık Müdürü a.
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: E17BBBF8-E2B6-4977-87F4-02FB6F447732

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Sarıcaapa Mahallesi Sarıcaapa Cami Sokak – EDİRNE/Merkez 22000
Telefon No: 02842149010
e-Posta: edirne@saglik.gov.tr İnternet Adresi: <https://edirneism.saglik.gov.tr/>
Kep Adresi: edirneis saglik@hs01.kep.tr

Bilgi için: Asiye YAVUZ
Sağlık Teknikeri
Telefon No:



EK 10: Ölçek Kullanım İzinleri

Fwd: Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Hasta Öz Değerlendirme Formu Kullanım İzni

Kimden : Sıdika Kaya

08 Oca 2024 Pzt 19:55

Konu : Fwd: Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Hasta Öz
Değerlendirme Formu Kullanım İzni

Kime :

Sayın Elif Sevdik,

Linkteki TABURCU OLMAYA HAZIR OLMA ÖLÇEĞİ'ni kullanabilirsiniz.



Validation of patient and nurse short forms of the readiness for hospital discharge scale and their relationship to return to the hospital

Weiss, Marianne
Alıcı: Elif Sevdik

17 Ocak 2024 18:59

Thank you for your email.. All of the approved translations are on our website – not modifications are permitted. The permission to use statement is on the website as well.

<https://www.marquette.edu/nursing/hospital-discharge-scales-general.php>

All the best for successful research

Best regards

Marianne Weiss, DNSc, RN
Professor Emerita
Marquette University College of Nursing
Milwaukee, Wisconsin, USA
847-514-2798

Ölçek İzni: NSNS**Kimden :** semiha akin

11 Oca 2024 Per 21:56

Konu : Ölçek İzni: NSNS

4 ek

Kime :

Sayın Sevdik,

Öncelikle yapmayı planladığınız bu araştırma için sizi tebrik ederim.

Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği çalışmanızda kullanmanızdan mutluluk duyarız.

Size ölçeği ve ölçek ile ilgili elimdeki tüm kaynakları gönderiyorum.

İyi günler dilerim

Prof. Dr. Semiha AKIN EROĞLU

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Hamidiye Hemşirelik Fakültesi

Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane, Selimiye Mah. Tıbbiye Cad. No:38, 34668 Üsküdar/İstanbul

Telefon:

ÖZGEÇMİŞ

Unvanı / Adı Soyadı: Öğrenci/ Elif SEVDİK KAPTIKAÇTI

Doğum Tarihi / Yeri:

Öğrenim Durumu: Yüksek Lisans

Derece	Alan	Üniversite/Fakülte/Enstitü	Yıl
Doktora			
Yüksek Lisans	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği	Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	
Lisans	Hemşirelik	Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Başlangıç – Bitiş Yılı)
Hemşire	Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi	

Yabancı Dili	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	Yabancı Dil Puanı (KPDS/ÜDS/.....)
İngilizce	ORTA	ZAYIF	ZAYIF	-

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

BENZERLİK RAPORU

Elif Sevdik Benzerlik Raporu

ORJİNALLIK RAPORU

%**13**

BENZERLİK ENDEKSİ

%**10**

İNTERNET KAYNAKLARI

%**9**

YAYINLAR

%**4**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

dergipark.org.tr

İnternet Kaynağı

%**3**

2

acikbilim.yok.gov.tr

İnternet Kaynağı

%**2**

3

Submitted to Trakya University

Öğrenci Ödevi

%**1**

4

avesis.trakya.edu.tr

İnternet Kaynağı

%**1**

5

İşeri, Özge. "Karaciğer Transplantasyonu Yapılan Hastalarda Roy Uyum Modeline Göre Temellendirilen Hemşirelik Girişimlerinin Bakım Sonuçlarına Etkisi", Dokuz Eylül Üniversitesi (Turkey), 2024

Yayın

<%**1**

6

hdl.handle.net

İnternet Kaynağı

<%**1**

7

earsiv.odu.edu.tr

İnternet Kaynağı

<%**1**

8

cdn.comu.edu.tr

İnternet Kaynağı

<%**1**

9

369485e5-78d9-4695-8ee7-77e624124993.filesusr.com

İnternet Kaynağı

<%**1**

10

Bozkurt, Tuğçe. "Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Olan Hastalarda Görülen

<%**1**