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

Tez Yöneticisi
Yrd. Doç. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK

ORTOPEDİK CERRAHİ HASTALARININ BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ BAKIMI ALGILAMA VE HEMŞİRELİK BAKIMINDAN MEMNUNİYET DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Fatma TEKİN

EDİRNE – 2011

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

Tez Yöneticisi
Yrd. Doç. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK

ORTOPEDİK CERRAHİ HASTALARININ BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ BAKIMI ALGILAMA VE HEMŞİRELİK BAKIMINDAN MEMNUNİYET DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Fatma TEKİN

Destekleyen Kurum :

Tez No :

EDİRNE – 2011

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

O N A Y

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde ve Yrd. Doç.Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Fatma TEKİN tarafından tez başlığı "Ortopedik Cerrahi Hastalarının Bireyselleştirilmiş Bakımı Algılama ve Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi" olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı 29/06/2011 tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından **"Yüksek Lisans Tezi"** olarak kabul edilmiştir.

İmza
Unvanı Adı Soyadı
JÜRİ BAŞKANI
Doç. Dr. Serap ÜNSAR

İmza
Unvanı Adı Soyadı
ÜYE
Yrd. Doç.Dr. Tülin YILDIZ

İmza
Unvanı Adı Soyadı
ÜYE
Yrd. Doç.Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Levent ÖZTÜRK
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Araştırmanın yürütülmesinde, Lisans ve Yüksek Lisans eğitiminin boyunca yardım ve desteğini esirgemeyen, beni sabır ve anlayış ile yönlendiren, daima teşvik ve özveride bulunan değerli hocam ve tez danışmanım **Sayın Yrd.Doç.Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK'a**,

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam sırasında desteklerini esirgemeyen **Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Elemanlarına**,

Çalışmanın veri toplamanın her aşamasında destek veren **İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği** ile **Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Yönetici ve Servis Hemşirelerine,**

Verilerin analizinde yardımlarından dolayı **Sayın Doç.Dr. Necdet SÜT'e, ç**alışmanın her aşamasında bana destek veren **Sayın Öğr.Gör. Sacide YILDIZELİ TOPÇU'ya,**

Sabır ve desteklerini hiç esirgemeyen **aileme ve arkadaşlarıma**,

En içten duygularım ile teşekkür ederim.

Fatma TEKİN

EDİRNE, 2011.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ…….1

GENEL BİLGİLER…….....3

ORTOPEDİK HASTALIKLARDA CERRAHİ GİRİŞİMİN YERİ……...6

CERRAHİ GİRİŞİM UYGULANAN ORTOPEDİ HASTALARINDA HEMŞİRELİK BAKIMI……...…….16

ORTOPEDİK CERRAHİ GİRİŞİMLERDE AMELİYAT ÖNCESİ BAKIM…….……18

ORTOPEDİK CERRAHİ GİRİŞİMLERDE AMELİYAT SONRASI BAKIM…….....…….....21

ORTOPEDİK CERRAHİ GİRİŞİM GEÇİREN HASTALARDA BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ BAKIM…….…....27

ORTOPEDİK CERRAHİ GİRİŞİM GEÇİREN HASTALARDA HEMŞİRELİK BAKIMINDAN MEMNUNİYET……..…….29

GEREÇ VE YÖNTEMLER…….……..32

BULGULAR…….…….....36

TARTIŞMA…….50

SONUÇ VE ÖNERİLER……61

ÖZET……...…….64

SUMMARY……..……66

KAYNAKLAR…….....68

TABLOLAR DİZİNİ……..77

ÖZGEÇMİŞ…….79

EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

Ark. : Arkadaşları

BBÖ : Bireyselleştirilmiş Bakım Ölçeği

BBSA : Hemşirelik Eyleminin Farkına Varma

BBSB : Bireyselleştirilmiş Bakımı Algılama

BT : Bilgisayarlı Tomografi

CRP : C-Reaktif Protein

DM : Diabetes Mellitus

DVT : Derin Ven Trombozu

HBMÖ : Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği

HBYÖ :Hemşirelik Bakımı İle Yaşananlar Ölçeği

HT : Hipertansiyon

İ.Ü. : İstanbul Üniversitesi

KVC : Kardiyovasküler Cerrahi

MR :Manyetik Rezonans

NHMÖ : Newcastle Hemşirelikten Memnuniyet Ölçeği

Ort. : Ortalama

PCA : Patient Controlled Analgesia (Hasta Kontrollü Analjezi)

SEER : Surveillance, Epidemiyology, End Results

SS : Standart Sapma

TDP : Total Diz Protezi

THD : Türk Hemşireler Derneği

TKP : Total Kalça Protezi

Ünv. : Üniversite

GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık, kişinin fiziksel iyilik ve yeterlilik halinin yanı sıra bireysel ve çevresel kaynaklara bağlı olarak bireyin ihtiyaçlarını karşılayabilme, çevre ile baş edebilme ve çevreyi değiştirebilme düzeyi ile ilişkilidir. Hastalık ise bireyin fiziksel, ruhsal, entelektüel, sosyal gelişim evrelerinde ya da spiritüel fonksiyonlarında gerilemeye veya azalmasına neden olan bir durumdur (1,2,3). Hastalıklar ve yaralanmaların tedavi yöntemleri içinde cerrahi girişimler geniş bir alanı oluşturmaktadır. Günümüzde, cerrahi girişimler hastalıkların tedavisinde ve sağlığın geliştirilmesinde kullanılan yaygın bir yöntem haline gelmiştir (4).

Kas iskelet sistemi cerrahisi, kas iskelet sistemi yaralanmaları ve hastalıklarının tedavisinde sıklıkla başvurulan uygulamalar arasında yer almaktadır. Kas iskelet sistemi hastalıklarında en temel unsur hareketliliğin bozulmasıdır. Hareket, organizmada yer alan sistemlerin yeterli düzeyde işlev görebilmesi ve bireyin gereksinimlerini karşılayabilmesi için gereklidir (5). Bu nedenle, ortopedi hemşirelerinin ortopedi hastalarına bu gereksinimi karşılama yönünde bakım vermesi önemlidir (6,7). Ortopedi hastalarının günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilmesi, kaliteli yaşama geri dönmesi uzun zaman almaktadır. Bireyler, bireylerin yanı sıra yakınları da bu durumdan fizyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel ve ruhsal olarak olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu bağlamda ortopedi hemşireleri de, kas iskelet sistemine ilişkin sorun yaşayan bireye özel bakım uygulamalıdırlar (8,9,10). Bireye özgü bakım ya da bireyselleştirilmiş bakım kavramı, hasta bireyin inançları, değerleri, duyguları, düşünceleri, tercihleri, deneyimleri ve algılarına göre hemşirelik bakımının uyarlanması olarak tanımlanmıştır (11,12,13). Bakımda bireyselliğin sağlanması ve

sürdürülmesi, hasta bireyin kişisel durum, genel sağlık durumu, kapasite ve karar verme tercihleri gibi etkenler göz ününe alınarak belirlenen sorunların çözümlenmesine yönelik yardım işlevlerinde, girişimlerin bireye özgü planlanarak uygulanması ve hastanın bakım kararlarına katılımının sağlanması ile olasıdır. Sağlık politikasının temeli için, sağlık bakımında etik sorunlarla karşılaşıldığında bireyselleştirilmiş bakımın kullanılması farklı bakış açıları oluşturarak daha derin anlamlar kazandırmaktadır (14,15,16,17,18). Bireylerin kendine özgü özelliklerini dikkate alarak sunulan bireyselleştirilmiş bakım; kişisel sağlık ve sağlığın işleyişi, hizmet kalitesi, özerklik, hastaların yaşam kalitesi ve memnuniyetini sağlama ve otonomilerini kullanma becerilerini geliştirecektir (8,10,15,19,20). Bireyselleştirilmiş bakım oldukça karmaşık bir dönem olan ortopedik cerrahi girişim sonrasında hastanın memnuniyetini arttıracaktır. Hemşirelik bakım kalitesinin bir göstergesi olan hemşirelik bakımından memnuniyet de bireyselleştirilmiş bakımdan olumlu yönde etkilenecektir.

Bu bağlamda bu araştırmanın amacı, ortopedik cerrahi girişim geçiren hastaların bireyselleştirilmiş bakımı algılama ve hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerini belirlemektir.

GENEL BİLGİLER

Sağlık uygulamaları içinde hastalıklar, yaralanmalar ve tedavi yöntemleri geniş bir çeşitlilik göstermektedir. Bazı cerrahi ve işlemsel girişimlerde bu çeşitlilik içinde yer alır. Günümüzde, cerrahi girişimler hastalıkların tedavisinde ve sağlığın geliştirilmesinde kullanılan yaygın bir yöntem haline gelmiştir. İnsan var olduğundan bu yana nasıl hastalıklar varsa, cerrahi de ilk yaralanan insanla başlamıştır. Cerrahi girişim ya da ameliyat; hastalığı tedavi etmek veya mümkün olduğu kadar azaltmak, bir hastalığın veya sağlık durumunun kendine özgü yapısını tanılamak, bir bozukluğu onarmak veya gidermek, şekil ve işlevi arttırmak, tedavinin mümkün olmadığı zamanlarda hastalık bulgularını hafifletmek veya rahatı sağlamak gibi birçok nedenle yapılabilir (21,22).

Cerrahi girişimler tarih öncesi dönemlerden beri uygulanmaktadır. Eski dönemlerde cerrahlar, genellikle başarısızdı ve tedavide en son çare olarak cerrahiye başvurulurdu. Çünkü çeşitli din ve kültürlerde ölü bedenin kesilmesi yasak olduğundan anatomi bilgisi gelişememiş, bu da cerrahinin gelişmesini engellemişti. Rönesans döneminde anatomi alanındaki gelişmelerle cerrahi alanında başarılar sağlanmıştı (23,24). Günümüzde, cerrahi girişimlerde, anestezi tekniklerinde ve ameliyat sonrası bakımdaki gelişmeler sonucunda, cerrahi en son başvurulan tedavi yöntemi olmaktan çıkmış ve rutin olarak uygulanmaya başlanmıştır. Cerrahi girişim, bu gün birçok nedene bağlı olarak birçok alanda uygulanabilir. Bunlar; toraks cerrahisi, abdominal cerrahi, kardiyovasküler cerrahi, beyin cerrahisi, üroloji, plastik cerrahi ve ortopedik cerrahidir (25,26,27,28).

Cerrahi operasyon, cerrahi girişimin amacı ve aciliyeti esas alınarak yapılır (2). Geçmişte cerrahi girişimlerin çoğu, uzun dönem hastane yatışlarıyla sağlanmaktaydı. 1990'lı yıllardan itibaren hastaneye yatırılarak yapılan birçok girişim günübirlik cerrahi düzeninde ve hekim muayenehanesinde yapılabilmektedir. Elektif cerrahinin yaklaşık %60'ı günübirlik cerrahi düzeninde uygulanmaktadır. Günümüzde birçok hasta cerrahinin yapılacağı sabah hastaneye gelmekte ve anesteziden çıktıktan sonra anestezi sonrası bakım biriminden evlerine gitmektedirler. Günübirlik cerrahi sayesinde hastaların hastaneye yatmasıyla oluşan bilinmeyen korkusu azalmakta, hastalar daha az stres yaşamaktadırlar. Ayrıca hastaların erken dönemde ayağa kaldırılmasının flebit, pnömoni gibi ameliyat sonrası komplikasyonları ve hastane enfeksiyonunun gelişmesini önlemektedir (28,29,30).

Cerrahinin Hasta Üzerindeki Etkileri:

Cerrahi girişim büyük ya da küçük, acil ya da planlanmış olsun, hastayı hem psikolojik hem de fizyolojik olarak etkiler. Her ameliyat kendine özgü sorunlar yaratabilir. Bunun yanı sıra ameliyatın hasta üzerinde bazı genel etkileri vardır (26).

Ameliyata karşı stres tepkisinin oluşması: Ameliyata bağlı stres tepkisinin oluşmasında hem psikolojik (anksiyete, bilinmeyen korkusu gibi) hem de fizyolojik (kan kaybı, anestezi gibi) stresörler rol oynar. Ameliyat için hastaneye yatmak, ameliyat olmayı beklemek, anestezi korkusu, işlev bozukluğu, rol performansında değişim ve ölüm korkusu gibi nedenler ameliyat öncesi dönemde nöroendokrin tepkinin gelişmesine neden olabilirler. Bu durum fizyolojik olarak örneğin kalp hızının artması, kan basıncının yükselmesi gibi ve iştahsızlık, halsizlik gibi psikolojik davranış değişikliği belirti ve bulgularıyla izlenebilirler. Cerrahi travmanın kendisi ve kanama da ameliyat sonrası dönemde stres tepkisinin gelişmesine neden olan önemli stresörlerdendir. Kanamaya bağlı hipovolemik şok gelişebilir ve önlem alınmazsa ölümle sonuçlanabilir (26,29).

Enfeksiyona karşı direncin azalması: Ameliyat, bedenin mikroorganizmalara karşı ilk savunma organı olan derinin yapısını bozarak enfeksiyona neden olabilir. Sağlık ekibi üyeleri enfeksiyonu önleyici tedbirleri alsalar bile, ameliyat olacak hasta için enfeksiyon riski daima vardır (26,29).

Vasküler sistemin bozulması: Ameliyat sırasında dokuların kesilmesi kan damarlarının kesilmesine neden olur. Tüm ameliyatlarda bir miktar kan kaybı yaşanır ancak aşırı kan kaybı ameliyat sırasında ya da ameliyat sonrası dönemde şoka neden olabilir (26,29).

Organ fonksiyonlarının bozulması: Ameliyat sırasında organın ellenmesi ya da bir kısmının ya da tamamının çıkarılması bedenin fizyolojik fonksiyonlarında değişikliklere neden olabilir (26,29).

Beden imajının değişmesi: Bir ekstremitenin ampute edilmesi, şekil bozukluğuna neden olan bir ameliyat ya da şekil bozukluğuna neden olmayıp psikolojik ya da sembolik önemi olan bir organın çıkarılması beden imajında değişikliğe neden olabilir. Bu tür hastalara ameliyat öncesi ve sonrasında danışmanlık hizmeti verilmelidir (26,29).

Yaşam tarzının değişmesi: Bazı ameliyatlar, hastanın yaşam tarzında örneğin total kalça protezi (TKP) uygulamasından sonra hasta uzun bir süre koltuk değneği ve yürüteç ile yürüyeceğinden evin yüksek katta olması, merdiven sayısının fazla olması, fazla eşya olması hastanın hareketini kısıtlayacaktır. Bu durumlar hastanın hayat tarzında değişiklik yapılmasını gerektirebilirler. Başarılı bir cerrahi hemşiresi de; ameliyata gereksinim duyulan hastalıklar ve buna eşlik eden süreci, hastaların bu stresli duruma tepkilerini, ameliyat öncesi uygun tanı testleri ve bunların sonuçlarını değerlendirmeyi, cerrahi işlem ile ilgili yan etkileri, mümkün olan riskleri ve bu konuda alınacak önlemleri bilmelidir. Ameliyat öncesi dönemde hastayla yüz yüze görüşerek fiziksel ve duygusal değerlendirme yapılmalı; ameliyat öncesi, anestezi ve ameliyat sonrası dönemle ilgili eğitimler verilmelidir (3,26,29).

Cerrahi, birçok alanda uygulanmaktadır. Bu yöntem ile birçok insan organı nakledilebilmekte, mekanik araçlar yerleştirilebilmekte ve vücut parçaları yeniden yerlerine dikilebilmektedir. Bu sayede, kişilerin yaşam kalitelilerinin arttırılması, vücut fonksiyonlarının maksimum düzeye çıkarılması, bozulan beden imajının düzeltilmesi, ağrının giderilmesi ve yaşam süresinin uzaması sağlanabilmektedir (31). Kalça eklemindeki dejeneratif değişikliklere bağlı olarak eklemlerin normal fonksiyonunu yapamaması, şiddetli ağrı ve hareket kısıtlılığı, bireylerin yürümesini, uykusunu ve diğer günlük yaşam aktivitelerini etkileyerek, erken dönemde günlük yaşamdan uzak kalmalarına neden olmaktadır. Bu da gösteriyor ki, ortopedik girişimler sonrası hastaların ağrılarında azalma, hareket yeteneğinde artma, dış görünüşlerinde düzelme, fiziksel aktivitelerini kendi başına yerine getirme gibi durumların sağlanmasıyla memnuniyet ve yaşam kalitesi olumlu yönde etkilenecektir (3,31).

ORTOPEDİK HASTALIKLARDA CERRAHİ GİRİŞİMİN YERİ

Toplumda kas iskelet sistemi yaranmaları ve hastalıkları sık görülen durumlardır. Ortopedi de kas-iskelet sistemi fonksiyonlarının korunması ya da bu sistemin bozulan fonksiyonlarının düzeltilmesiyle ilgilenen bir cerrahi dalıdır. Ortopedik cerrahi, uzun dönem ağır ve fiziksel sakatlıklara bunun sonucunda da ciddi harcamalara sebep olmaktadır. Batı toplumlarında travma dışında tüm sağlık harcamalarının %25'i kas iskelet sistemi ile ilgili sağlık sorunları için yapılmaktadır. Birçok ülkede kas-iskelet sistemi ile ilgili sağlık sorunları hekime başvuru nedenleri arasında ikinci sırada, işgücü kayıpları bakımından ilk sırada yer almaktadır. Erken emeklilik nedenleri arasında %60 ile kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları ilk sıradadır. Kas-iskelet sistemi ile ilgili sağlık sorunları, Birleşik Devletlerde rapor edilen hareket kısıtlılığı ve iş sakatlığı nedenlerinin ilk beşinde yer almaktadır. (9,26,29).

Eklemlerdeki dejeneratif değişikliklere bağlı olarak eklemlerin normal fonksiyonunu yapamaması, hareketsiz haldeyken ağrı, doğuştan kalça çıkıklığı, yürümeyi olumsuz etkileyen sabit diz problemleri ve aynı zamanda işlevsiz veya ağrılı romatizmalı ekstremiteler, bireylerin hareketini olumsuz yönde etkilemektedir (31,32,33,34,35,36). Hareket, organizmada yer alan sistemlerin yeterli düzeyde işlev görebilmesi ve bireyin gereksinimlerini karşılayabilmesi için en temel unsurdur. Vücudumuzdaki organ ve sistemler, özel bir düzen ve denge içinde hareket fonksiyonunu gerçekleştirecek şekilde organize olmuştur. Hareket yeteneğinin azaldığı durumlarda vücudun bu durumdan olumsuz etkilenmesi kaçınılmazdır (37). Bu olumsuzlukların oluşmasındaki en temel nedenlerden biri yaşlılıktır. Kemikte yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan osteoporoz ve osteoporotik kırıklar ile eklem ve kıkırdak hastalığı olan osteoartrit tabloları sıklıkla görülmektedir. Tüm bu sorunlar kişilerin hareket yeteneğini kaybetmesine ve bunun sonucunda da kişilerin günlük yaşam aktivitelerinin ve yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır (38,39,40).

Ortopedi ve travmatoloji, spesifik olmayan elektif cerrahiler, eklem artroplastisi, travmalar, kemik tümörleri, romatoloji, spinal hastalıklar, ayak deformiteleri, omuz problemleri, deformasyon veya omurga hasarının düzletilmesi ve çocuk ortopedisi gibi konuları içermektedir (8,9,10,41,42).

Artroz

Ortopedi hastalıklarında en çok cerrahi tedavi gerektiren durumların başında artrozlar gelir. Artroz, eklem kıkırdağında dejeneratif değişikliklerle aşınma ve eklem kenarlarında kemiksel büyümelerle (osteofit) karakterize bir eklem hastalığıdır. Artroz sebeplerine göre; sebebi belli olmayan primer ya da dejeneratif osteoartroz ve herhangi bir neden sonucu ortaya çıkan sekonder osteoartroz olarak sınıflandırılır (43,44).

Primer osteoartrozda genellikle genetik faktörlerle ortaya çıksa da şişmanlık, diyabet, gut ve klimakteriumun da etkili olduğu kabul edilir. Sekonder osteoartroz da eklem deformiteleri, iltihabi eklem hastalıkları, eklemin aşırı kullanılması, hemofili, eklem kusurları ve mekanik sorunlar nedeniyle oluşabilir. Osteoartrozun görülme sıklığı yaşla birlikte artar ve en çok kalça, diz ve diğer eklemlerde görülür (43,44).

Kalça ekleminde oluşan dejeneratif değişikliklere koksartroz denir. Koksartroz oluşumunda ilk akla gelen neden femur başı ile asetabulum arasında uyumsuzluktur. Bununla birlikte gelişimsel kalça displazisi sekeline bağlı olarak gelişen kalça çıkığı, kalça eklemini ilgilendiren intraartiküler ve ekstraartiküler kırıklar, aseptik femur başı nekrozu, aşırı kilo ve romatizmal hastalıklar da koksartroza neden olabilir. Tüm bu nedenlere bağlı olarak kalça eklem kıkırdağı zamanla aşınır ve subkondral kemik ortaya çıkar. Subkondral kemiğin ortaya çıkmasıyla kemik içerisindeki kemik uçları irrite olur ve ağrı başlar. İleriki dönmelerde kıkırdak tahribatı artıp artroz ilerleyince ağrı artar, ağrıya bağlı topallama oluşur ve eklem hareketleri kısıtlanır (44,45).

Diz ekleminde oluşan dejeneratif değişikliklere de diz osteoartrozu, osteoartriti veya gonartroz denir. Osteoartrozun en sık görüldüğü eklemdir. Kadınlarda ve özellikle kısa boylu ve şişman kadınlarda daha fazla görülür. En önemli şikâyet dizde ağrıdır. İlk dönemlerde sadece aktivite-yorgunluk ile ortaya çıkan yakınmalar, daha ileri yıllarda, otururken ve uyku esnasında, eklem çevresi kas tonüsünün azalması sonucu istirahatta da görülmeye başlar. Diğer bir bulgu sabah tutukluluğu adı verilen; uzun süreli hareketsizlikten sonra ve birkaç adımda açılan eklem sertliğidir. Hareketler esnasında krepitasyon olur. Krepitasyon, kıkırdaktaki çatlaklar ve subkondral kemiğin ortaya çıkmasına bağlı olarak gelişir. Hareketler giderek kısıtlanır, ağrı artar ve yürüme güçlüğü oluşur. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji polikliniğine 2009 eylül-2010 eylül tarihleri arasında 19050 kişinin başvurduğu bununda 1860'ının diz ağrısı şikayetiyle başvurduğu saptanmıştır (44,46,47).

Artrozun konservatif tedavisinde hastanın normal kilosuna inmesi, eklem hareketlerinin arttırılması ve eklem çevresindeki kasların kuvvetlendirilmesine çalışılır. Konservatif yöntemlerle hastaların semptomları yeterince kontrol edilemediği durumlarda cerrahi tedavi uygulanır. Cerrahi öncesi uygulanan konservatif tedavinin cerrahinin başarısında etkisi vardır. Cerrahi tedavi olarak yapılan işlemlerden bazıları şunlardır:

Artroskopi: Eklem içinde serbest halde bulunan, kıkırdak artıklarının osteofit parçalarının ve kıkırdak matriksi degrade eden, degradasyon enzimleri diye isimlendirilen lizozomal enzimlerin eklem içerisinden uzaklaştırılmasını sağlar. Bu yöntem, ağrı yönünden hastadan hastaya değişmekle birlikte kısa süreli iyilik oluşturabilir (44).

Osteotomi: Eklem aksının bozulduğu durumlarda yapılacak bir tibia veya femur osteotomisi ile ekleme gelen yüklenme azaltılır. Böylece osteoartroz gelişmesi önlenir, başlamışsa ilerlemesi durdurulur veya yavaşlatılır (44).

Artrodez: Eklem hareketinin ortadan kaldırılması işlemidir. Bu şekilde hastanın ağrısı yok edildiği ve kontraktür sonucu gelişen deformite düzeldiği için fonksiyonlarda belirgin bir düzelme olur. Ancak o eklemde hareket kalmadığından artroplasti için uygun olmayan olgulara uygulanır (43,44).

Artroplasti: Eklem yüzleri suni protezle değiştirilerek ağrı ortadan kaldırılır ve hareket normale yakın olur. En sık kullanılan, en radikal tedavi yöntemidir (43,48). En sık olarak kalça ve diz eklemine uygulanır.

Total kalça protezi (TKP) uygulamalarında protezin kemik içine yerleştirilmesinde dolgu maddesi özelliğinde olan kemik çimentosu veya polietilen kap kullanılır. Son yıllarda, geç dönemde komplikasyona yol açabilen kemik çimentosu ve polietilen kap kullanımı yerine çimentosuz protezlerin, seramik veya metal kap ve femur başlarının kullanılması protezin ömrünün uzamasına ve daha genç hastalarda da TKP uygulanmasına imkân sağlamaktadır. Başarılı bir TKP ameliyatından sonra hastanın ağrısı ortadan kalkmakta ve eklem hareketleri normale dönmektedir (26,45,49).

Total diz protezi (TDP) de daha çok 60 yaş üstü olmak üzere her yaş grubundaki erişkin hastalara uygulanabilir. İyi yapılmış bir operasyon olsa bile ortalama protez sağkalımı 20-25 yıl arasındadır. TDP uygulamasında femoral ve tibial protez kompanentlerinin arasına yüksek

molekül ağırlıklı polietilenden yapılan plastik bir parça koyarak kemikler arasındaki sürtünmeyi engellemek amaçlanır (45,49).

Osteonekroz

Ortopedi de karşımıza çıkan sorunlardan biri de osteonekrozlardır. Genellikle gelişmekte olan kemiğe oturan, etyolojisi bilinmeyen, ancak septik olmayan veya başka bir deyimle patojen bir mikroorganizmanın bulunmadığı, bir grup lokal kemik nekrozlarının bulunması osteonekroz olarak adlandırılır. ABD'de her yıl 10.000-20.000 yeni osteonekroz vakası vardır (43,49). Hastalığın nedeni, aseptik veya iskemik bir nekrozdur. İskemi oluşmasına embolik damar tıkanmaları, kan akımını kesen gizli bir enfeksiyon, eklem kapsülü bölümlerinde nedbesel büzüşmelerin yol açtığı damar daralmaları-tıkanmaları, nekrozun bulunduğu bölgedeki kanamalarla birlikte olan travmalar, damar spazmları veya damar felçleri ve ilgili damarların travmatik lezyonlar neden olmaktadır. Bununla birlikte nekrozun oluşmasında alkol tüketimi, kortikosteroid kullanımı, sigara, orak hücreli anemi, mikroskopik yağ embolisi de etkilidir (43,45).

Osteonekroz bulunan kemikte yumuşamayla birlikte bu kemik bölgesinde şekil bozukluğu ortaya çıkar. Genellikle hastalığın başladığı devrelerde, az veya çok oranda, hastalık bölgesinin zorlanmasıyla artan karakterde ağrı görülür. Teşhis sırasında bölgeye parmak basıncı veya perküsyon ile ağrı oluşması, burada duyarlı bir bölge olduğunu gösterir (43,48).

Tedavi olarak spesifik bir tedavisi yoktur. Tedavi prensiplerinin önünde, hasta bölgenin mekanik zorlanmalardan korunması ve kalıcı sakatlık yapacak deformasyonlardan sakınmak gelir. Hastalık bölgesinin yüzeyel olduğu hallerde, bölgenin dolaşımını arttırmak ve ağrıyı azaltmak için, iyontoforez, diatermi, kısa dalga, lazer, ultrason, diadinamik, lokal infiltrasyon denenebilir. Revaskülarizasyonu hızlandırmak için perforaj, çivileme, kemik greftleme gibi cerrahi girişimlerde yapılır (43,48).

Kas-İskelet Sistemi Enfeksiyonları

Kas iskelet sistemi enfeksiyonları sık görülen enfeksiyonlar olup hareket sisteminin her bölgesini tutabilen, tehlikeli ve hatta hayatı tehdit edici ciddiyette olabilir.

Kemik veya kemik iliğinin iltihabına osteomiyelit adı verilir. Osteomiyelitler hastalığın başlangıç ve seyrine göre akut veya kronik osteomiyelit olarak ikiye ayrılır (29).

Akut osteomiyelit: Kemik ve kemik iliğinin hematojen yolla gelen piyojen bakterilerle olan akut iltihabıdır. Daha çok bebek ve çocuklarda görülür. Genellikle büyüyen uzun kemiklerin metafizine yerleşir ve kemikte hızla harabiyet yapar. Osteomiyelit bazen komşu bölgede bir enfeksiyon odağından direkt yayılma ile veya açık bir kırıkta olduğu gibi mikroorganizmanın dışarıdan içeri girmesiyle oluşabilir.

Osteomiyelit en çok femur alt ve tibia üst ucunun metafiz bölgesine yerleşir. İlk ve en önemli belirti kemiğin metafiz bölgesinde devamlı ve şiddetli ağrıdır. Bu bölge üzerinde lokal hassasiyet vardır. Ağrı hareketle artar. İlk 24 saat içinde septisemiye bağlı halsizlik, isteksizlik, iştahsızlık ve ateş gibi sistemik belirtiler ortaya çıkar (29,45).

Tedaviye öncelikle alınan kültür sonuçlarına göre uygun antibiyotik seçilerek başlanır. Patojen ajan çoğunlukla (%80) stafilokoktur. Uygun antibiyotik tedavisi ayarlandıktan sonra hasta mutlak yatak istirahatına alınır. Bununla birlikte hastalıklı ekstremite bir atel ya da alçı ile fonksiyonel pozisyonda tespit edilir. Antibiyotik tedavisine cevap alınamadığında, teşhiste gecikme olduğunda, yumuşak doku şişliği geliştiğinde, aspirasyon ile abse elde edildiğinde veya radyografide kemik destrüksiyonunu gösteren değişiklikler olduğunda cerrahi tedavi uygulanır. Cerrahi olarak absenin olduğu bölgenin drenajı veya kapalı irrigasyon yapılır (45,48,49).

Kronik osteomiyelit: Kronik osteomiyelit genellikle akut osteomiyelitin yetersiz tedavisi sonucu ortaya çıkar. Bundan başka, açık kırıklarda veya kemik ameliyatlarında kemiğin direkt olarak dışarıdan bakteri ile enfeksiyonuna bağlı olarak gelişir. Kronik osteomiyelit, şiddetli kemik ağrıları ve bir fistülden zaman zaman veya devamlı akıntı ile karakterize bir hastalıktır.

Kemik normal şeklini kaybetmiş, düzensiz bir yüzey ve kenarlar gösterir. Cilt nedbeli, parlak elastikiyetini kaybetmiş ve ufak travmalara meyilli bir hal almıştır. Akıntı görülür. Enfeksiyon alevlendiğinde, geceleri daha da fazla olan lokal ağrı, hassasiyet, yumuşak dokular üzerinde şişme, kızarıklık ve ısı artışı görülür.

Tedavide, enfeksiyonun iyileşebilmesi için bakterileri içinde barındıran sekestr iltihabı, granülasyon dokusu tamamıyla ekside edilir, abse boşaltılır ve bölge iltihabi dokulardan temizlenir. Enfeksiyon çok aşırı ve kontrol edilemiyorsa ampütasyon düşünülebilir (43,45,50).

Ortopedide antibiyotikler enfeksiyon tedavisinin yanı sıra çeşitli amaçlarla uygulanmaktadır.

Koruyucu tedavi: Ameliyat sonrası sepsisi önlemek için kullanılır. Temiz cerrahi yaralarda bir saat önce başlanır ve ameliyat sonrası 24 saat devam edilir. Metal implant kullanılacaksa vakalarda ameliyat sırasında 1. Kuşak sefalosporin kullanımı etkindir (48).

Açık travmatik yaralarda başlangıç tedavisi: Tip I ve II açık kırıklar 1. kuşak sefalosporin gerektirir. Tip IIIA açık kırıklarda 1. kuşak sefalosporin ve aminoglikozid kombinasyonu, ileri derecede kirli Tip IIIB açık kırıklarda bunlara ek olarak penisilin de verilmektedir (48).

Kanıtlanmış enfeksiyonların tedavisi: Gonokokal olmayan septik artrit ve osteomiyelitte başlıca etken S. aureustur. Etkene uygun antibiyotik tedavisi ile başarılı sonuçlara ulaşılmaktadır (48).

Antibiyotikli tespit ve alan doldurucular (specer): Enfekte total eklem artroplastisi veya kemik defekti olan osteomiyelitte, antibiyotik emdirilmiş kemik çimentosu kullanılır. Antibiyotik, mikroorganizmanın tipine göre ayarlanır ve her iki toz karıştırılır. Kemik çimentosu ile kullanılan antibiyotikler tobramisin, gentamisin, sefazolin ve diğer sefalosporinlerdir. Antibiyotikli çimento specer'ların enfekte TDP'de implantın çıkarılması sonrası yumuşak doku kontraktürlerini önlemede faydası vardır (48).

Kemik tüberkülozu: Daima vücudun başka bir yerinde tüberküloz enfeksiyonuna bağlı olarak oluşur. Tüberkülozlu hastaların yaklaşık %10'unda iskelet sistemi tutulumu olur ve bunların da yaklaşık %50'si omurga tutulumudur. İskelet sistemi tüberkülozunda iştahsızlık, halsizlik, kilo kaybı, gece terlemesi, ateş gibi genel belirtilerin yanında tutulan eklemlerde hassasiyet, şişlik, hareket kısıtlılığı ve alt ekstremite eklem tutulmalarında yürüme güçlüğü olabilir. Tedavi uygun kemoterapi, cerrahi tedavi, eklemin istirahata alınması ve rehabilitasyon şeklindedir (44,45,48).

Septik artrit: Sıklıkla hematojen yayılımla ya da çocuklarda metafizyel osteomiyelitin yayılımına bağlı olarak gelişir. Tanısal veya tedavi edici bir uygulamanın komplikasyonu olarak da gelişebilir. Bebekler ve çocuklarda daha çok kalça ekleminde görülür, daha sonra diz ve dirsekte görülür. Bebeklerde daha çok streptokoklar etkendir. Daha az olarak pnömokok, meningokok, salmonella, brusella, influenza ve kolon basilleri septik artrite yol

açabilir. Hastada genellikle son zamanlarda geçirilmiş bir travma, orta kulak iltihabı veya üst solunum yolları enfeksiyonu gibi bir öyküleri vardır (44,48).

Semptomlar genellikle akut olarak başlar. Eklem bölgesinde şiddetli ağrı olur ve ağrı birkaç saat içinde artar. Eklem hareketleri ve yürüme ile ağrı ve topallama oluşur. Akut enfeksiyonun genel belirtileri olan ateş, titreme, terleme, kızarıklık ve iştahsızlık vardır. Tanı konmasında fizik muayene, sedimantasyon değeri, kemik grafisi, BT ve aspirasyon etkindir.

Tedavisinin temelini cerrahi drenaj ve günlük aspirasyon oluşturur. Septik artritin geç sekeli yumuşak doku kontraktürüdür ve bazen yumuşak doku cerrahisi gerektirebilir. Hastanın yaşı ve özel durumuna göre kültür sonucundan önce ampirik tedaviye başlanır (45,48).

Ortopedik Onkoloji

Ortopedik onkoloji tanım olarak kas iskelet sisteminin ekstremite ve trunkal bölgelerinde (toraks, omurga ve pelvis) meydana gelen kemik ve yumuşak doku tümörlerinin etyoloji, tanı ve tedavisini kapsar. Tümör oluşumu çoğunlukla mezenşimal hücrelerden köken almaktayken daha az sıklıkta endoderm ve ektoderm kaynaklı gelişmektedir. Sırasıyla bakıldığında, ABD'de her yıl 6000 ve 3000 yeni yumuşak doku ve kemik sarkomu vakası görülmektedir. National Cancer Institute's Surveillance, Epidemiyology, End Results (SEER) Program'a göre 1990 yılında 3100'ü ölümlerle bağlantılı olmak üzere ABD'de yaklaşık 5700 yeni yumuşak doku vakası bildirilmiştir (51). Bununla birlikte kemik kanser insidansı hem genç hem de yaşlı nüfusta artmaktadır. Primer kemik kanseri sıklıkla adölosan ve genç erişkinlerde görülür ve akut başlangıçlıdır. Şiddetli ağrılara yol açabilir, hastaların ve ailelerin üzerinde olumsuz etkiler yaratır. Teknolojik gelişmelerin meydana gelmesiyle primer kanserlerde yaşam süresi uzamakta ve metastatik lezyonlar yaşlı erişkinlerde daha yaygın hale gelmektedir (51,52).

Ortopedik onkoloji kemik ve yumuşak doku tümörlerini bening ve maling olarak sınıflandırdığımızda da şöyle bir sınıflandırma karşımıza çıkar.

Bening kemik tümörler: Fibröz kortikal defekt, Enkondrom, Osteid osteoma, Osteoblastom, Osteokondrom, Kondroblastom, Kondromiksoid fibrom, Dev hücreli tümör, Anevrizmal kemik kisti, Soliter kemik kisti (53).

Maling kemik tümörleri: Osteosarkom, Kondrasarkom, Ewing sarkom, Retikulum hücreli sarkom, Miyelom, Metastatik kemik tümörleri, Fibrosarkom'dur (53).

Kemik tümörlerinde en önemli belirti ağrıdır. İyi huylu tümörlerde genellikle ağrı olmaz veya hafif olur. Ancak patolojik ağrı geliştiği zaman ağrı görülür. Kötü huylu tümörlerde ise ağrı en önemli belirtidir. Başlangıçta hafif ve aralıklıdır. Tümör büyüdükçe ağrı şiddetlenir ve devamlı olur. Bununla birlikte ele gelen şişlik veya kitle ve eklem hareketlerinde kısıtlık da tümör belirtisidir (43,44).

Tümör tedavisinde etkili olan kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi, kemik tümörlerinde de etkilidir. Kemoterapi ve radyoterapi tedavi edici ya da diğer tedavi yöntemlerine yardımcı bir yöntem olarak kullanılır. Cerrahi tedavi de lokal cerrahi işlemler ve ampütasyonlar iki şekilde uygulanır (43,44).

Lokal cerrahi işlemler: Cerrahi yaklaşımlar maling tümörlerde minimal lokal nüks riskiyle lezyonun çıkarılması esasıyla yapılır.

İntrakapsüler eksizyon: Lezyon, kapsül ya da yalancı kapsülün içinden çıkarılır. Kemikte yapılan bu işlem küretaj, yumuşak dokuda yapılan da debulking ismini alır. Bu işlem çoğunlukla inaktif bening tümörün tanı ve evrelendirilmesinde kullanılır. Aktif lezyonlarda yapılırsa çevre dokuda mikroskobik lezyon kalabilir, bu da nüks oluşmasına sebep olur.

Marjinal lokal eksizyon: Aktif olan bening tümörlere yapılır. Tümörün inaktif bölgesinden geçilerek aktif bölgedeki, inflamatuar hücreler, ödem, fibröz doku ve tümör hücreler çıkarılır.

Geniş lokal eksizyon-rezeksiyon: Lezyon, normal dokular içinden geçilerek çıkarılır. İyi huylu agresif tümörlerde uygulanır. Kötü huylu, yavaş seyirli tümörlerde yapılırsa nüks olasılığı oluşur. Bu yüzden cerrahiye yardımcı işlemlerle birlikte uygulanır.

Radikal lokal rezeksiyon: Tümör ve onun içinde bulunduğu kompartıman tümüyle çıkartılır. Kötü huylu, hızlı seyirli tümörlerde uygulanır. Tümör kompartıman dışına geçmişse, geçmiş olduğu tüm kompartıman da çıkartılır (45,48,49).

Pelvik tümörlerde ve vertebra primer tümörlerinin çoğunda tam bir rezeksiyon olanaklı değildir. Pelvik osteosarkomların çoğu hemipelvektomi ile tedavi edilir. Daha merkezi yerleşimli pelvik tümörlerin, özellikle de sakrumu tutanların rezeke edilmeleri cerrahi olarak zordur. Ancak çok az sayıda pelvik osteosarkom, ekstremite koruyucu bir rezeksiyon (internal hemipelvektomi) ile tedavi edilebilirler. Tümörde, sakral plexus ile birlikte geniş bir kemik

dışı yayılımı veya büyük damarların tutulması söz konusu ise rezeksiyon yapılaması sakıncalıdır. Nadir durumlarda, vertebral ve sakral rezeksiyonlarda denenebilir (53,54).

Amputasyon: Amputasyon geçmişte kemik tümörlerinin çoğunun tedavisi için standart yöntem olarak kabul edilirken, 1980'li yıllarda osteosarkom gibi malign kemik tümörlerinin çoğu için ekstremite koruyucu cerrahi girişimler ön plana çıkmasıyla uygulanırlığı azalmıştır. Tümörün lokalizasyonu, büyüklüğü veya ekstra medüller tutulumu, metastaz varlığı, hastanın yaşı, iskelet gelişimi ve yaşam tarzı göz önünde bulundurularak amputasyon ile ekstremite koruyucu cerrahi arasında seçim yapılarak tedavi planlanır (51,53).

Ampütasyon, yaşamı kurtarma amacıyla tümörlü dokuların uzaklaştırılması, kalan ekstremite dolaşımının sağlanması ve geride sağlıklı doku bırakarak fonksiyonel protez kullanmasına olanak sağlayacak bir kök oluşturmak amacıyla gerçekleştirilir. Ampütasyon uygulanan bireyde sakat kalma duygusu, bir ekstremiteyi kaybetme üzüntüsü, bağımsızlığını kaybedip bağımlı hale gelme gibi birtakım duygular ortaya çıkar. Hastanın mevcut durumu kabullenmesinde ve uyum sağlamsında hemşirenin yeri çok önemlidir (26,48,51,56).

Kırık

Kas iskelet sistemi travmalar, tüm travmaların üçte ikisini oluşturur ve Amerika Birleşik Devletlerinde sakatlıkların temel nedenlerinden biri olarak gösterilir. Travmaların içinde de kırıklar önemli bir konudur. Dıştan veya içten etki eden kuvvetlerle kemik dokusunda oluşan ayrılmaya veya bu sebeplerle kemiğin anatomik bütünlüğünün ve devamlılığının bozulmasına "**Kırık**" denir. Bu tablo yumuşak doku hasarları ile birçok kemiğin kırılmasıyla oluşan basit kas gerilmeleri arasında değişmektedir. Kırıklar, hastanın hareketliliğine, travmanın şiddet derecesine ve yaralanma kapsamına bağlı olarak hastaya farklı derecede zarar verirler. Yaralanmalar ayrıca ödemin sinir uçlarına baskı yapması sonucunda his kaybına da neden olabilir. Bazı olgularda periferik sinir sistemi, kas iskelet sistemi yaralanmaları sonucunda doğrudan hasar görmektedir (44,57).

Kırığı oluşturan sebepler ile kırık lokalizasyonları yaşlara göre farklılıklar gösterir. Yeni doğan döneminde; doğum travmaları, çocuklarda düşme, dövülme ve trafik kazaları, gençlerde spor ve trafik kazaları, orta yaşlarda trafik ve iş kazaları ve ileri yaşlarda düşmeler ve tümöral olaylar kırık oluşumuna neden olan başlıca nedenlerdir. Yeni doğanlarda doğum travmasına bağlı olarak en çok klavikula, femur cismi, humerus kırıkları görülür. Çocuklarda humerus suprakondiler kırıkları başta olmak üzere dirsek çevresi ve önkol kemikleri ile femur

cismi kırıkları daha sık gelişir. Genç ve orta yaşlarda tibia, femur ve radius distali en çok kırılan bölgelerdendir. İleri yaşlarda femur boynu, trokanterik bölge, humerus proksimali ve radius distali en çok kırık görülen bölgelerdendir. Toplumda yaşlı popülasyonda görülen artışla paralel olarak kalça kırıklarının insidansında da bir artış görülmektedir (44,58).

Kırıklar açık veya kapalı kırıklar olarak sınıflandırılabilir. Açık kırıklar, deri ve derialtı yaralanması ile birlikte olan ve kemiğin direk kendisinin veya kemik hematomunun dış ortamla temas halinde olduğu kırıklardır. Açık kırık tedavisinde dört ana prensip mevcuttur. Bunlar; sağ kalım, ekstremitenin korunması, enfeksiyondan korunma ve fonksiyon kaybının önlenmesidir. Açık kırıklarda kırık derecesine göre hemen antibiyotik profilaksisi başlanmalıdır. Tetanoz profilaksisi mutlaka uygulanmalıdır (44,45,57,58).

Kırık tedavisi alçı ve traksiyon uygulamaları ve internal ve eksternal fiksasyonu (tespit) kapsar.

Alçı: Kırık tedavisinde yaklaşık 150 yıldır kullanılan bir tespit materyalidir. Alçıların kullanılmalarındaki temel amaç yaralanmış bölgede hareketsizliği ve bölgenin korunmasını sağlamaktır. Alçı uygulamada plaster of Paris, fiberglas ve plastik gibi materyaller kullanılmaktadır. Fiberglaslar daha hafif olması, güçlü, çabuk kuruma ve suya karşı daha dayanıklı olma gibi avantajlara sahiptirler (7,59,60).

Traksiyon: Eklem yüzeylerini veya kemik fragmanlarını ayırarak ve çevre yumuşak dokuyu gerip, uzatacak şekilde bir gücün veya güç sistemlerinin uygulandığı bir tekniktir. Çoğunlukla alt ekstremite kırıklarında veya büyük eklem çıkıklarında hastanın naklinde etkilenen ekstremitenin üzerine uygulanır (61,62,63). Traksiyon kas spazmını ortadan kaldırır, ağrıyı hafifletir ve ekstremitenin en iyi fonksiyonel durumda istirahatını sağlar. Ayrıca yaralı kısmın hareketini azaltarak kemik ve yumuşak dokuların iyileşmesine yardımcı olur. Traksiyon, cilt ve iskelet traksiyonu olarak iki şekilde uygulanır.

a). Cilt traksiyonu; kısa veya uzun dönem, geçici ya da kalıcı olarak hareketsiz olan vücut parçasının direkt olarak üstüne uygulanır. Traksiyon, yapışkan bantlar**,** bandajlar ve traksiyon aparatıyla çekerek uygulanır. Sirküler bandajlar uygulandığında ekstremitenin arterial kan akımı ve venöz dönüşü potansiyel olarak risk altına girmektedir. Maximum 3- 4 kg ağırlık uygulanmalıdır. Daha fazla ağırlık cilt hasarına ve yumuşak dokularda bası nekrozuna yol açabilir. Cilt traksiyonu sırasında alt ekstremitenin genellikle dış rotasyona gitme eğilimi

nedeni ile oluşan peroneal sinir basısı bulguları cilt traksiyonunda en sık rastlanan komplikasyondur (64,65).

b). İskelet traksiyonu; lokal anestezi altında kemik içinden metal ince bir tel veya steinmann çivisi geçirilerek uygulanır. Bu tele bağlanan yarım halka ve halkaya bağlanan çekme ipi ile oluşturulan mekanizma ile kırık olan bölgeye traksiyon kuvveti uygulanır. Traksiyon uygulanmadan önce ekstremitenin nörovasküler muayenesi yapılmalıdır. Nörovasküler sorunu olan hastaya iskelet traksiyonu uygulanmaz. İşlem sırasında asepsi ilkelerine kesinlikle uyulmalı ve işlem tamamlandıktan sonra iğne ya da telin her iki ucuna steril pansuman uygulanmalıdır. İşlem enfekte olmuş cilt üzerinden asla uygulanmamalıdır (66,67).

İnternal tespit: Açık redüksiyon uygulanan hastalarda tel, vida, çivi, plak, protez kullanarak, kemik uçlarının tespit edilmesidir. Kemik kaynama sürecini tamamladıktan sonra, metal donanım, kırıkların yeri ve tipine bağlı olarak çıkarılabilir (26,51).

Eksternal tespit: Kırığın proksimal ve distal bölgelerinden kemiğe dışarıdan uygulanan çivi, vida veya tellerin yardımıyla, dışarıda metal cihazlarla bunlar birbirine bağlanıp, fragmanlara hâkim olunması ve tespit sağlanması yöntemidir. Kırık yeri açılmadan bu işlem yapılabildiği için, kırık iyileşmesini bozmama ve açık cerrahinin komplikasyonlarından kaçınma avantajları vardır.

Eksternal fiksasyon işlemi ameliyathanede, ameliyat hazırlığı yapılarak ve anestezi altında yapılır. Bugün eksternal fiksatörlerle kırıklara her planda hâkim olunabilmekte, duruma göre kırığa distraksiyon ya da kompresyon uygulanabilmekte, kırık kaynaması bir miktar sağlandıktan sonra dinamik duruma getirilerek kaynamanın daha çabuk gerçekleşmesi sağlanabilmektedir. Özellikle açık kırıklarda, enfekte kaynamamalarda ve psödoartrozlarda, pelvis kırıklarında, uzatma ameliyatlarında sıklıkla kullanılmaktadır. Bazı intraartiküler kırıklarla peri artiküler kırıklarda, çok parçalı diyafiz kırıklarında da kullanılabilir. Bakımı düzgün yapılmak şartıyla, kırık kaynaması yeterli sağlamlığa ulaşıncaya kadar kalabilmektedir. (26,48,51).

CERRAHİ GİRİŞİM UYGULANAN ORTOPEDİ HASTALARINDA HEMŞİRELİK BAKIMI

Çağdaş hemşirelik, bireyin ve toplumun sağlığını geliştirmek, yükseltmek, korumak, kişinin hastalığa uyumunu kolaylaştırmak ve hastalığın iyileşmesine yardım etmek için yürütülen hizmetleri kapsar (68,69,70). Yalnızca genel insan yaşantısı değil, aynı zamanda

bireye özgü yaşantılar da hemşireliğin konu alanına girer (71). Türk Hemşireler Derneği (THD) 1981 yılında hemşireliği " bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik, hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesi ve bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu; bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplinidir" olarak tanımlamıştır (70,72).

Ortopedi hastaları, diğer cerrahi hastalarından daha uzun süre hastanede yatmaktadır. Bu da bireylerin kendilerini, arkadaşlarını ve yakınlarını fizyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel, ruhsal ve ekonomik durumlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Ortopedi hemşireleri de en çok bireylerin fizyolojik, psikolojik, sosyal-kültürel ve ruhsal durumlarını olumsuz yönde etkileyen deformasyon, sakatlık, enfeksiyon gibi sorunlarla karşılaşmaktadırlar (8,9,10,41,42). Bu nedenle ortopedik sorunu olan hastanın gereksinimlerini belirleyip karşılamak, komplikasyonları önlemek ve istenmeyen durumları en aza indirmek için bütüncül bir ekip yaklaşımı gerekmektedir. Hemşireler de bu ekibin temel üyelerinden biridir. Bunun için hemşireler, hastaların ihtiyaçlarının karşılanmasında, kas-iskelet sistemi hastalarının bakım almalarında, hastanedeki ilk müdahalelerinde, cerrahi sonrası bakımlarında, komplikasyonların önlenmesinde uzman bilgiye sahip olmalıdırlar (32,73). Ortopedi hemşireliği bebeklikten yaşlılığa kadar tüm yaş grubundaki hastalarla karşılaşılabilen bir topluluğa hizmet vermektedir. (8,9,41,42,74).

Kas iskelet sistemi hastalıklarının ve dolayısıyla ortopedi hastaları ve ortopedi hemşirelerinin merkezini hareketlilik oluşturmaktadır. Hareketlilik, hemşirelik bakımında, hasta bakım planlarında ve ortopedi hemşireliği literatüründe sık sık tartışılan önemli bir kavramdır. Hareket, organizmada yer alan sistemlerin yeterli düzeyde işlev görebilmesi ve bireyin gereksinimlerini karşılayabilmesi için en temel unsurdur. Ancak bağımsız bakımın merkezini oluşturan hemşirelik, sık sık ortopedik koşullar, travma ve cerrahi nedeniyle ciddi şekilde zarar görmektedir. İnsan sağlığı da hareket yeteneğinin uygun şekilde kullanılmasıyla yakından ilişkilidir. Bunun için ortopedi hemşiresi özel anlamda bireyin postür ve hareketlerinin kas iskelet sistemine etkilerini bilmeli ve bu hastaların hemşirelik bakım ihtiyaçlarını belirlemelidir (51).

Love (75) yapmış olduğu araştırmada ortopedi hemşiresinin hem genel hem de bütünsel kalitede hemşirelik bakımı sağlayabilmesi için hem genel hem de uzmanlık becerileri elde etmesi gerektiğini belirlemiştir. Uygulamada en iyi süreci elde etmek ve en iyi bakım

sonucunu almak için araştırmaya dayalı bilgiye başvurma, klinik uzmanlık ve hasta tercihleri gibi hususları uygulamanın içine alınmalıdır. Bunu gerçekleştirmek için hali-hazırdaki araştırma kanıtlarına, hemşirenin klinik uzmanlığına ve hastanın tercihlerine dayalı "en iyi pratiği" neyin oluşturduğuna dair delillere ihtiyaç olduğunu belirlemiştir. (75,76).

Ortopedik Cerrahi Girişimlerde Ameliyat Öncesi Bakım

Hastaların ameliyat öncesi iyi bir şekilde değerlendirilmesi ameliyat sırasında ve ameliyat sonrasında karşılaşılabilecek sorunlar hakkında bilgi vermesi nedeniyle önemlidir. Ortopedi hastalarının ameliyat öncesi dönemini; hastanın ameliyata hazırlığı ve ameliyat öncesi eğitim olarak incelenmektedir (21).

Hastanın ameliyata hazırlığı: Ameliyat öncesi hazırlık döneminde hasta, fiziksel olarak değerlendirilmekte, tanı koymak için birtakım testler uygulanmaktadır. Bunlar tamamlandıktan sonra hastanın aydınlatılmış onamı kontrol edilmeli, hastanın varsa özel durumları (ilaçları, yaşlılık vs.) gözden geçirilmeli ve ameliyat hazırlığı yapılmalıdır (22,23,25).

a). Hastanın Fiziksel Hazırlığı: Ameliyat öncesi dönemde, hastayı değerlendirme, yönetme ve ameliyat sırasında hastanın optimal sağlık düzeyinde olması hedeflenmektedir. Ameliyat öncesi, kardiyovasküler, solunum, renal ve hepatik fonksiyonlara yönelik olarak tam bir değerlendirme yapılmaktadır. Hastanın mevcut hastalıkları özellikle yaşlı olan hastalar için sıvı elektrolit dengesindeki bozukluklar ve kardiyopulmoner problemler tedavi planını etkilemektedir (29,32). Yaş, obezite, bacak ödemi, derin ven trombozu hikâyesi ve varikoz venler ameliyat sonrası derin ven trombozu ve pulmoner ödem açısından risk oluşturmaktadır (31). Bunun yanında cerrahi sırasında etkili olabilecek cildin durumu ve ekstremitenin kanlanması gibi detaylar da incelenmelidir. Hastanın beslenme ve boşaltım durumu, hipertansiyon, diyabetus mellitus, artrit gibi hastalıkların varlığı, ağrının derecesi, ilaç kullanımı, travma olup olmadığı ve sağlık alışkanlıklarının belirlenmesi de önemlidir (32). Hastanın kullandığı ilaçların anesteziye etkisi mutlaka incelenmelidir. Ameliyattan yaklaşık iki hafta öncesinde, doktor önerisiyle aspirin ve antienflamatuar ilaçların alımı sonlandırılmalıdır. Bununla birlikte hastanın herhangi bir ilaç ya da maddeye karşı alerjisi olup olmadığı da öğrenilmelidir. Hastada enfeksiyon olup olmadığı da değerlendirilmelidir. Eğer cerrahi girişim planlanmasından 2-4 hafta öncesinde herhangi bir enfeksiyon var ise ameliyatın ertelenmesi söz konusu olabilir (6,25,31).

b). Tarama testleri: Genel olarak ameliyat öncesi hazırlık akciğer grafisi, kan gazı seviyesi, kan grubu tayini yapılması gereken testlerdir. Ortopedi ameliyatlarında ek olarak öncelikle cerrahi girişim uygulanacak ekstremitenin grafisi, gerekirse MR, BT grafileri, bununla birlikte C-Reaktif Protein (CRP) ve eritrosit sedimentasyon hızını belirleyen laboratuar testleri yapılmalıdır. Laboratuar testleri, enfeksiyon, tümör veya romatoid bir sürecin olup olmadığını belirlemek için kullanılmaktadır. Bu testlerin negatif olması söz konusu şikâyetin sistemik bir hastalık olmadığını, daha lokalize bir hastalık olabileceği düşündürmektedir. Bununla birlikte hastaya tam kan sayımı da yapılmalıdır. Bu test hastanın genel durumunu, anemi veya enfeksiyöz süreç olup olmadığı hakkında bilgi vermektedir. Ortopedik vakaların önemli bir testi de sinovial sıvı analizidir. Sinovial sıvı analizinde biyokimyasal inceleme yanında kültür ve antibiyotik hassasiyetinin öğrenilmesi de önemlidir. Hastalığın kaynağının enfeksiyon odaklı olduğunda hücre sayımı, yayma, protein ve şeker içeriğinin ölçülmesi gerekmektedir. Beyaz küre sayımı, albümin, pre-albümin düzeyi ve serum demir transferin düzeyi ölçülerek fikir sahibi olunmalıdır (45,48).

c). Cilt Hazırlığı: Cilt hazırlığı, ameliyat edilecek olan bölgedeki deri üzerinde bulunan tüylerin ameliyattan önceki gece ya da ameliyathane ortamında tıraşlanmasıdır. Cilt hazırlığının amacı, ameliyat öncesi cilde zarar vermeden bölgedeki bakterileri azaltmaktır. Tıraş yapılmadan önce cilt mutlaka temizlenmeli, eğer mümkünse hastanın banyo yapması sağlanmalıdır. Tüylerden arındırılacak bölge sadece ameliyatın yapılacağı alan değil ekstremitenin tamamını kapsamalıdır. Dolaşım ve dokuların oksijenlenme problemlerinin kolayca belirlenmesi için, ruj, oje vb. makyaj malzemeleri çıkarılmalı ve hasta bu konuda bilgilendirilmelidir (43,45,70).

d). Gastrointestinal Sistem Hazırlığı: Ameliyattan sonra bulantı ve kusmayı önlemek amacıyla hastanın gece saat 24:00' ten sonra oral alımı kesilmekte ve barsak boşaltımını sağlamak amacıyla lavman uygulanmaktadır. Lavman uygulamasının temel amacı; bağırsağın boş olmasını sağlayarak travmayı ve diğer organların kontaminasyonunu engellemektir. Bazı tümör ameliyatlarında ve büyük cerrahi girişim uygulanacak (total hemipelvektomi, femur amputasyonu, vb.) hastalarda lavman uygulamasına ek olarak oral laksatifler de kullanılabilmektedir. Oral laksatif kullanımına ameliyattan önceki gün başlanır (70,77).

Hasta Eğitimi: Preoperatif dönemde eğitim, hastanın anksiyetesini ve postoperatif komplikasyonları azaltmak, ameliyat ile ilgili memnuniyeti arttırmak amacıyla yapılmaktadır. Hasta eğitimi hastanın bulunduğu duruma uyum sağlamayı ve iyileşme sürecine bireysel

katılımı amaçladığından, hastanın hastanede kalış süresini kısaltarak hem birey hem de kuruma ekonomik kazanımlar sağlamaktadır. Bu şekilde hastanın hem günlük yaşam aktivitelerine erken dönemde dönmesi sağlanmakta hem de verilen bakıma gerçek anlamda bireysellik katılmaktadır (3,31).

Orr (77) ve Santavirta ve ark. (78) tarafından yapılan çalışmalarda da total kalça protezli hastalara uygulanan eğitimin anksiyeteyi azalttığına, hastanın uyumunu ve postoperatif iyileşmesini olumlu yönde etkilediğine ve ayrıca hastaların kendi bakımlarına katılmaları ile olumlu psikolojik yararlar sağladıklarına ve iyileşmelerini değerlendirdiklerine yönelik bulgulara yer verilmiştir (70,77,78).

Uzun dönem hareket yeteneğinin kısıtlanmasına neden olabilen ortopedi ameliyatlarından sonra hastaların istenmeyen komplikasyonlarla karşılaşmaması için hastaların ameliyat öncesi dönemde eğitimlerin verilmesi önemlidir. Bu eğitimlerin başında; bacak egzersizleri, solunum ve öksürük egzersizleri gelmektedir (70,78).

a). Bacak egzersizleri: Bacak egzersizleri kas zayıflığının önlenmesine yardımcı olmakta, venöz dönüşü arttırmakta ve venöz durgunlukla ilgili komplikasyonların oluşma riskini azaltmaktadır (69).

Bacak egzersizlerinde hastaya öncelikle ayaklarını bilekten ileriye (plantar fleksiyon) ve arkaya doğru (dorsifleksiyona) pedal gibi hareket ettirmesi ve bileklerini dairesel hareketlerle sağa ve sola doğru döndürmesi, daha sonra dizlerinden bükerek ve uzatarak hareket ettirmesi ve ayakları dorsifleksiyonda iken dizlerinin arka kısımlarını yatak üzerine bastırması öğretilir. Hasta ayak bilekleri ve dizleri ile ilgili egzersizleri bitirdikten sonra yatağında yatarken bacaklarını yatak yüzeyinden yükseltir ve tekrar eski pozisyonuna getirir (26,29,69).

Bununla birlikte fiksatör veya traksiyon cihazları ile tedavi görerek hareket yeteneği kısıtlanmış olan hastalarda kas gücünü devam ettirmek için el bileği, ayak bileği ağırlıkları ve makara sistemleri gibi yardımcı cihazlarla egzersizler yapılmalıdır. Progresif dirençli egzersizlerde, 10 tekrarlı 3 set halinde (orta düzeyde) ağırlıklı egzersizler önerilmektedir (69).

b). Spirometre (triflow) ile solunum egzersizi: Solunum egzersizleri, akciğer ventilasyonunu ve oksijenlenmeyi düzeltmek, solunum sekresyonlarını yumuşatmak ve kollabe alveolleri şişirerek atelektaziyi önlemek ya da tedavi etmek amacıyla yardımcı araçlar kullanarak yapılmalıdır. Böylece operasyon sonrası oluşabilecek akciğer enfeksiyon riski

azaltılır. Cerrahi sonrası solunum komplikasyon prevalansı, hastanın preoperatif durumu, uygulanan cerrahi ve anestezinin özellikleri ve gelişen komplikasyon tipine bağlı olarak %6-76 arasında değişmektedir. Spirometre (triflow) akciğerlerin genişlemesine, havayolu ile anestetik gazların ve mukusun çıkmasına ayrıca dokuların oksijenlenmesine yardımcı olan araçlardır. Tüm spirometreler yavaş ve maksimum inspirasyonu desteklemektedir (21,69,78,79).

Spirometre ile egzersizde hasta ve spirometre dik pozisyona getirilir. Spirometre, inspiryum esnasında düz tutulup ve hastanın spirometre ağızlığı ağzında iken ağzından derin nefes alıp, nefesi bir süre tutması ve burnundan nefesi vermesi şeklinde uygulanır. Spirometre ekspiryum esnasında ters çevrilir ve hastanın spirometre ağızlığı ağzındayken burnundan derin nefes alıp, nefesi 2-3 saniye tutması ve ağzından yavaşça akciğerlerindeki tüm havayı üfleyecek biçimde nefes vermesi şeklinde yapılır. Bu işlem her 1-2 saatte bir, 5-10 kez tekrarlamasının önemi, hastaya anlatılmalıdır (22,69).

c). Öksürme egzersizleri: Öksürme egzersizleri, akciğerlerde sekresyon birikme riskini azaltmak ve solunum komplikasyonlarının gelişmesini engellemek amacıyla yapılmaktadır. Hasta yatar ya da oturur pozisyonda iken hastadan derin nefes alması ve nefesi öksürerek çıkartması, daha sonra 3-5 kez normal nefes alarak yavaşça vermesi ve sakinleşmesi şeklinde yapılır. Bu işlem 3 kez tekrar ettirilmelidir. Ameliyattan sonrada akciğer sekresyonlarını temizleyebilmek için de her iki saatte bir yaptırılmalıdır (22,26).

Ortopedik Cerrahi Girişimlerde Ameliyat Sonrası Bakım

Ameliyat Sonrası Erken Dönem Bakım: Hasta ameliyattan hemen sonra, anestezi sonrası bakım ünitesine (ayılma ünitesi) alınır. Hastanın anestezi sonrası bakım ünitesinde; solunum, kardiyovasküler fonksiyonlar, santral sinir sistemi, sıvı dengesi, yara durumu ve genel durumu her 15 dakikada bir değerlendirilir. Herhangi bir sorun gözlenmediği durumda, hastanın yutma ve öğürme refleksi geri geldiğinde, solunum yolu açıklığının devamlılığı sağlandığında hasta kliniğe alınır (22,29).

Hasta kliniğe geldiğinde yaşam bulguları alınmalı, solunum, kardiyovasküler sistem, nörolojik fonksiyonlar tekrar değerlendirilmelidir. Hastanın damar yolu, cerrahi yaranın durumu, mevcut drenler veya tüplerin açıklığı kontrol edilmeli ve hastaya ameliyatına uygun pozisyon (vertebra ameliyatlarında yastıksız sırtüstü, kalça protezlerinde bacaklar abdüksiyonda, vb.) verilmelidir (29,43,44). Hasta, ilk bir saat içinde 15 dakikada bir, ikinci

saatte 30 dakikada bir yaşam bulguları ölçülüp kaydedilmelidir. Hasta stabil durumda ise bu süreden sonra daha uzun aralıklarla ölçülebilir (29). Hastanın bulantı kusması varsa başı yana çevrilmeli, çenesinin altına böbrek küvet verilmeli ve antiemetik ilaç uygulanmalıdır. Farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler ile ağrı yönetimi yapılmalıdır. Parenteral sıvılar, antibiyotik, antikoagülan, analjezik vb. ilaçlar isteme göre hastaya uygulanmalıdır. Hastada üriner kateter varlığı kontrol edilmeli, varsa klempi açılmalı, idrar miktarı ölçülmeli, idrar retansiyonu açısından hasta gözlenmelidir. Solunum sesleri 2-4 saatte bir dinlenmeli, ortalama 2 saatte bir öksürük ve derin solunum egzersizlerini yapması için hasta desteklenmelidir. Hemovak dren varsa serbest drenaja bırakılmalıdır. Özellikle ameliyat sonrası erken dönemde yaşam bulguları sık sık alınmalı, dren miktarı ve yara yeri pansumanı kontrol edilmelidir (23,26). Ortopedik ameliyatlarda özellikle diz protezi, kalça protezi gibi ameliyatlarda kanama miktarı fazla olabilmektedir. Aşırı bir drenaj varsa hekime bildirilmelidir (44,45). Ameliyat edilen ekstremitenin nörovasküler durumu 4 saatte bir kontrol edilmeli, herhangi bir değişiklik durumunda hekime haber verilmelidir. Hasta stabil ise barsak sesleri duyulmaya başladıktan sonra ve bulantı kusması olmadığında az miktarda su ile oral alıma başlanabilir. Daha sonra komposto, meyve suyu gibi sulu gıdalara, sonra çorba, yoğurt, muhallebi gibi yumuşak gıdaları ve en sonunda da normal diyete geçebilir (25,29). Hastanın pozisyonu istemde yer aldığı gibi 2 saatte bir değiştirilmeli, kemik çıkıntıları koruyucu malzemelerle desteklenmelidir. Ameliyat sonrası dönemin başından itibaren ameliyat bölgesine buz uygulaması yapılmalıdır. Gerektiğinde kan ve idrar tetkikleri alınmalı ve grafi çekilmelidir (7,22,51).

Bu girişimlerle birlikte olarak ortopedi hastalarına özel uygun hemşirelik tanıları belirlenmeli ve girişimler uygulanmalıdır. Bunlar:

a). Ağrı: Cerrahi girişimler önemli bir ağrı nedenidir. Bu nedenle ağrı, postoperatif dönemde hastaların en sık yaşadığı problemlerden biridir. Ortopedik ameliyatlar sonrası da hastalar düzenli olarak şiddetli yoğunlukta ağrı yaşamaktadırlar. Bunun nedeni, kemik travması, ameliyat sırasında uygulanan turnikenin gevşetilmesinden sonra reaktif hipereminin oluşması ve kas dokusu bütünlüğünün bozulmasıdır. Hemşirelerin diğer sağlık ekibi üyelerinden daha uzun süre hasta ile birlikte olması nedeniyle, ağrı ile baş etmede hastaya rehberlik yapmalı, uygulamaların sonuçlarını izlemeli ve empati becerilerini kullanarak ağrı kontrolünde etkin rol üstlenmelidir. Literatürde, ağrının hafifletilmesinde hemşirelerin etkin rolü olduğunu belirtilmektedir (31,32,80,81). Ortopedi hemşireleri gereksiz analjezik

uygulamaya ihtiyaç duymadan konforu sağlayabilmek için ağrı yönetimini ve değerlendirmeyi çeşitli şekilde kullanabilmektedirler. Bunun için başlıca hemşirelik girişimleri;

- Gereksiz hareketlerden kaçınarak, hasta yastıklar ve rulo bezlerle destekleyerek uygun pozisyon verilmelidir.
- Hareket ettirme esnasında hastaya nazik davranılmalıdır
- Kontrendikasyon yoksa yaralanan ekstremite elevasyona alınmalıdır.
- Hastanın ağrısına ilişkin fiziksel belirtilerini değerlendirmek ve hekim istemine uygun ağrı yönetimi uygulanmalıdır.
- Ortopedik cerrahide ağrı şiddeti yoğun olduğundan hasta kontrollü analjezi (PCA) ile narkotik analjezikler uygulanabilmektedir. Hastaya PCA uygulaması hakkında bilgi verilmelidir.
- İlaçların etkileri ve yan etkileri izlenmeli ve kaydedilmelidir.
- Özellikle erken ameliyat sonrası dönemde ağrıyı azaltmak için doktor istemine göre soğuk uygulama yapılmalıdır. Soğuk uygulama anestezi etkisi yaratarak ağrının daha az hissedilmesini sağlamaktadır. Ayrıca vazokonstruksiyonu sağlayarak ödemin ve kanamanın azalmasına da yardımcı olmaktadır (31,82,83,84,85).

b). Bozulmuş fiziksel hareketlilik: Hareketlilik bağımsız bakımın merkezini oluşturmaktadır. Ancak sık sık ortopedik koşullar, travma, ağrı, alçı/traksiyon uygulamalarının varlığı, cerrahi operasyon sonrasında ağrı, rahatsızlık ve hareket etmede isteksizlik gibi nedenlerle hareketliliği ciddi şekilde zarar görmektedir (40,51,87). Hastaların hareketliliğini sağlamak için yapılması gereken hemşirelik girişimleri şunlardır:

- Hareketliliği bozulan hastanın bağımsızlık sınırları belirlenerek zarar görmüş tüm ekstremiteler yatak içi egzersizler yaptırılmalıdır.
- Yatak başı trapez kullanımı konusunda hasta ve ailesine yardımcı olunmalıdır.
- Kalça ameliyatlarında; kalça eklemi fleksiyonunun 45 derece açı ya da daha az olması sağlanmalıdır. Bacak arası yastık koyularak bacakların abduksiyonda kalması sağlanmalıdır. Bacakların dış rotasyon ve adduksiyonundan kaçınılması konusunda hasta ve yakınlarına eğitim verilmelidir (42,43).
- Diz ameliyatlarında; bacağın fleksiyon ve hiperekstansiyonundan kaçınılmalıdır. Bacağın kalçadan itibaren elevasyonu sağlanmalı, çoğunlukla hastalara ameliyat

sonrası birinci günde izometrik kuadriceps egzersizlerine başlanmaktadır. Ameliyat sonrası 48. saatte hastanın genel durumu da uygunsa drenin alınmasından sonra da yatak kenarına oturularak izotonik kuadriceps egzersizlerine geçilmektedir (43,44).

- Total omuz ameliyatlarında; hasta semifowler pozisyonda, ameliyat olan kol askıda şekilde elevasyona alınmalıdır. Gerekirse kol omuz-kol askısı ile desteklenmelidir (43).
- Ayak ameliyatlarında; ayak elevasyonu önemlidir. Ayak yataktan 45 derecelik açıyla yükseltilmelidir (44).
- Vertebra veya omurga ile ilgili operasyonlarda da; hasta kesin yatak istirahatına alınmalı ve sırt üstü yatması sağlanmalıdır. Hastanın hareket ettirilmesi gerektiğinde hasta bir bütün halinde sağa ya da sola çevrilmelidir. Hasta ayağa kaldırılacağında mutlaka korseyle desteklenmelidir (44).
- Hasta doktorunun izniyle yürümeye başladığında yardımcı araçları (koltuk değneği, wolker) nasıl kullanacağı ve bu araçlarla nasıl yürüyeceği hastaya öğretilmelidir (40,43,44,45,88).

c). Deri Bütünlüğünde Bozulma Riski: Ortopedi hastaları özellikle femur boyun kırığı olan hastalar deri bütünlüğü bozulma açısından yüksek riskli hastalardır. Musculoskeletal travma hastalarında kesin yatak istirahatı, alçı ve traksiyon uygulaması, protez, dinamik kalça vidası, ameliyat pozisyonu ve ameliyat sonrası pozisyon kısıtlılığı hastaların uzun süre aynı pozisyonda yatmasına neden olmaktadır. Bu da basınç yarası oluşma riskini arttırmaktadır (42). Ameliyathanede de hipotermi, hemodinami, ameliyat tipi, ameliyat pozisyonu, anestezi tipi, deri hazırlığı ve zaman gibi faktörlerde basınç yarasını arttıran faktörlerdendir (89,90). Basınç yaralarının oluşmasının önlenmesinde ve bakımında hemşirenin rolü çok önemlidir. Turgay (90) yapmış olduğu çalışmada basınç yaralarının hemşirelik bakımıyla büyük oranda azaldığını belirlemiştir. Basınç yaralarında basınç yarasının oluşmadan gerekli önlemler şu şekildedir:

- Vücudun hareketsiz bölgelerindeki deri, kızarıklık ve deri bütünlüğünde bozulma riski yönünden izlenmelidir (özellikle kemik uç noktalarını içeren skapula, spina, sakrum, iskium ve trokanter).
- Derinin rengi, ısısı, nemliliği ve yara oluşumu izlenmelidir.
- Uygun aralıklarla hasta döndürülmeli ve pozisyon değişikliği sağlanmalıdır.
- Hasta yatağı için havalı yatak tercih edilmelidir.

- Etkilenen bölgedeki deri, temiz ve kuru tutulmalıdır.
- Antiembolik çorapların altında kalan deri gözlenmeli, çorapların gergin olmasına dikkat edilmelidir.
- Basınç yaralarının klinik sınıflandırması yapılmalı, kayıt tutulmalıdır.
- Hasta ve ailesine tüm bu konular hakkında eğitim verilmelidir.
- Hastanın beslenmesine dikkat edilmeli, yüksek proteinli ve yüksek miktarda vitamin içeren diyet uygulanmalıdır (89,90,91,92,93).

d). Enfeksiyon: Ortopedi hastalarında enfeksiyon, cerrahi girişime, kemik içine yerleştirilen tel ve vidalara, ameliyat sonrası dönemde uygulanan invazif işlemlere, iskelet traksiyonu uygulamasına bağlı olarak gelişebilir (43,44). Enfeksiyon gelişmemesi için yapılan başlıca hemşirelik girişimleri şunlardır:

- Hasta ateş, insizyon yerinde şişme, kızarıklık ve hassasiyetin artması, pürülan akıntı gibi enfeksiyon belirtileri açısından her gün değerlendirilmelidir.
- Yapılan invazif işlemler esnasında steril teknik kullanılmalıdır.
- İskelet traksiyonunda yaraları ve traksiyon yerini her 8 saatte bir enfeksiyon belirtileri yönünden değerlendirilmeli, enfeksiyonu engellemek için traksiyon vidalarının uçlarını bant ya da tıpa ile sarılmalıdır (60,62).
- Ameliyat esnasında yerleştirilen drenaj araçlarının bütünlüğü ve temizliği sağlanmalıdır.
- Drenaj aracını boşaltırken portun kontaminasyonundan kaçınılmalıdır.
- Hekim istemine göre profilaktik antibiyotik tedavisi uygulanmalıdır.
- Etkilenen ekstremiteye enjeksiyon yapmaktan kaçınılmalıdır (29,43,44,48).

e). Bireysel baş etmede yetersizlik: Geçirilen travma sonrası tepki ya da operasyon sonrası bireylerin uzunca bir süre fonksiyon kaybı nedeniyle fiziksel yetersizliğin, öz bakım gereksinimlerini ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorlukların, düşme korkusu nedeniyle sosyal izolasyon ve depresyon gibi psikolojik problemlerin gelişimine neden olabilmektedir. Bu da bireyin beden imajını, güven duygusunu, kişilerarası ilişkilerini ve çalışma yaşamını etkileyebilmektedir (26,29,89). Bireylerin var olan sorunlarla baş edebilmesinde uygulanan hemşirelik girişimleri şunlardır:

- Yaralanma ve tedavi nedeniyle hastada olan davranış değişiklikleri saptanmalıdır.

- Hastada başka bir kişiye bağımlı olup olmadığı ve bu kişilere karşı davranışları belirlenmelidir.
- Hastanın kendisini ifade etmesi için hastaya konuşması için fırsat verilmelidir.
- Hasta kendi bakım aktivitelerine katılması için cesaretlendirilmelidir.
- Hastanın yapabileceği bağımsız aktiviteleri kendi yapması için fırsat verilmelidir.
- İşlem ve tedavilerde hastaya açıklama yapılmalıdır.
- Hasta ve ailesine gerektiğinde evde bakım ve psikolojik gereksinimler için ilgili birimlerden yardım alması sağlanmalıdır (29,88).

f). Konstipasyon Riski: Ortopedi ve travmatoloji ameliyatı geçiren hastaların ameliyat sonrası erken dönemde kesin yatak istirahatında bulunmaları, kullanılan opioid/nanopioid analjezik ilaçlar, sürgü/ördek kullanma zorluğu ve yaş ortalamasının yüksek olması, ortam değiştirmeleri, kalabalık odalarda bulunmaları, sıvı ve lifli gıdaların yetersiz alınması gibi nedenlerle konstipasyon riski artmaktadır (94). Bunu engellemek için:

- Hastanın bağırsak seslerini dinlenmeli, distansiyon kontrolü yapılmalı ve defekasyon sıklığını kontrol edilmelidir.
- Hastanın yatak içinde ROM egzersizleri yapması ve mümkün olduğunca erken mobilize olması sağlanmalıdır.
- Hastanın sulu ve lifli gıdalarla beslenmesi konusunda eğitim verilmelidir.
- Her gün belirli saatlerde tuvalet ihtiyacını gidermesi sağlanmalı ve hasta odada yalnız bırakılarak uygun ortam sağlanmalıdır.
- Hekim istemine göre uygun laksatif ve gaita yumuşatıcı ilaçlar uygulanmalıdır (89,94).

g). Tromboemboli riski: Cerrahi travma, kanama, ödem, uygunsuz pozisyon, immobilizasyon ve ileri yaş gibi nedenlerle trombüs oluşmaktadır. Tüm bu nedenlerden dolayı da ortopedi ve travmatoloji hastaları derin ven trombozu (DVT) açısından risk grubundadır. DVT alt ekstremite ameliyatı geçiren hastalarda %45-70 oranıyla diğer cerrahi girişimlere göre daha yaygın bir sorundur. ABD'de profilaksi yapılmayan olgularda tromboemboli oranları TKP ameliyatlarında %50 iken, TDP ameliyatlarında %50-70 dır. ABD'de yapılan çalışmalarda 1986 yılında artroplasti ameliyatlarının ancak %75'inde DVT proflaksisi için ilaç kullanılırken, 1992 yılında bu oran %92'ye yükselmiştir. Bugün proflaksi

uygulamamak malpraktis olarak kabul edilmektedir. Yani DVT proflaksisi gerekliliği artık kabul görmüştür (31,95,96).

Ortopedik cerrahi DVT oluşumundaki tüm faktörlere sahiptir. Bunun için ortopedik cerrahi uygulanan hastaların %50'sinden fazlasında DVT gelişmektedir (97). Kalça ameliyatları sırasında proksimal pıhtı oluşumu sık iken, diz çevresi ameliyatlarda, derin bacak venlerinde, küçük ve genellikle asemptomatik trombüs oluşumu gözlenmektedir. Genel anestezi de DVT riskini bölgesel anesteziye göre 500 kat daha arttırmaktadır. Bununla birlikte ortopedik cerrahiye ek olarak pıhtılaşma bozukluğu, uzamış oturma ya da yatak istirahati, hamilelik, kanser, kalp yetmezliği, hormon replasman tedavisi, pacemaker, obezite ve sigara içimi gibi etkenler de DVT risk faktörlerindendir (32,97,98)

- Hastaya preoperatif dönemde baldır, quadriceps, gluteal ve ayak bileği egzersizleri öğretilmeli ve uygulamaları kontrol edilmelidir.
- Hasta derin ven trombozu belirtisi olan bacakta ağrı, iki taraflı ödem ve eritem yönünde değerlendirilmelidir.
- Her iki alt ekstremiteye elastik bandaj ya da emboli çorapları giydirilmelidir. Stazı önlemeye yardımcı olan bu çoraplar belirli aralıklarla çıkarılıp deri bakımı sağlanmalıdır.
- Hekim istemine göre profilaktik olarak antikoagülanlar (aspirin, heparin veya warfarin) uygulanmalıdır.
- Erken mobilizasyonu sağlanmalıdır.
- DVT düşünülen ekstremitenin hareketi azaltılmalıdır (44,88,98).

ORTOPEDİK CERRAHİ GİRİŞİM GEÇİREN HASTALARDA BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ BAKIM

Genel olarak hemşirelik, bütüncül sağlık kavramına dayanan humanistik yardım etme anlayışına dayanmaktadır. Hemşireliğin temelini oluşturan ve epistemolojisini destekleyen bakım ve bakım verme, hemşirelik literatüründe, "bedensel, akılsal, ruhsal ve sosyokültürel yollarla iki kişinin karşılıklı etkileşimi ile bilimsel, etik, estetik, profesyonel olarak bireyselleştirilmiş bir kişilerarası süreç" olarak tanımlanmaktadır (15,71). Hasta ve hemşire arasında iletişim, bireyin, hastalık ya da herhangi bir yetersizlik durumunda karşılayamadığı gereksinimlerine yardımcı olmayı hedeflerken, bireyin kişisel durum, genel sağlık durumu, kapasite ve karar verme tercihleri gibi etkenlerin bakım ve bakımı planlamasına katılmasıyla

hemşirelik bakımı kişiye özel ve bireysel olmaktadır. Bireyin kişisel özelliklerinin ve bütünlüğünün bakıma katılma oranıyla bakımın bireyselleştirilme oranı artmaktadır. Yani hastanın kişisel özelikleri bakıma ne kadar çok katılırsa bakımın kişiselliği de o oranda artmaktadır (36, 71, 99,100).

Bireye özgü ya da bireyselleştirme kavramı, hasta bireyin inançları, değerleri, duyguları, düşünceleri, tercihleri, deneyimleri ve algılarına göre hemşirelik bakımının uyarlanması olarak tanımlanır (11,12,13). Bazı yazarlar bireyselliği, hemşirelik bakım yaklaşımının önemli bir birleşeni olarak ya da hemşirelik programı ya da yaklaşımının bir felsefesi olarak tanımlamışlardır (12). Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı, van Servellen'ın 1960'ların başlarında bir derlemede bu terimi kullanmasıyla hemşirelik literatüründe ortaya çıktığı kaydedilmiştir. O zamandan beri modern hemşirelik biliminde önemli bir konu olarak kabul edilmiştir. Daha sonraki zamanlarda, bireyselleştirilmiş bakımın, hemşirelik bakımı ile kişilerin tekliğinin, bireyselliğinin, kişilik ve insan zaafının fark edilmesinde etkili olacağı düşünülmüştür (11,18).

Bireyselleştirilmiş bakım aynı zamanda, kişilerarası yaklaşımları ve hemşirelik girişimlerini belirlemek için, sağlıklı/hasta bireyin bireyselliğinin ve otonomisinin dikkate alınmasını içermektedir. Hasta bireyin bakımında, bireyselleştirilmiş bir girişimin kapsamını önceden belirlemek hemen hemen olanaksızdır yani bireyselleştirilmiş bir girişim, daha çok hasta-hemşire etkileşiminin sonucu olarak gelişir (14,102).

Bakımda bireyselliğin sağlanması ve sürdürülmesi, hasta bireyin tüm boyutlarının değerlendirilmesi ile belirlenen sorunların çözümlenmesine yönelik yardım işlevlerinde, girişimlerin bireye özgü planlanarak uygulanması ve hastanın bakım kararlarına katılımı ile olasıdır. Kişisel durum, genel sağlık durumu, kapasite ve karar verme tercihleri gibi etkenler, bakımı planlamada hasta ile birlikte ele alınmalıdır (14). Hastalar, hemşirelik uygulamalarını kendi kişisel gerekliliklerini karşılamak için kendilerine özel hale getirilmiş olduğunu algılarlarken, bakımda bireye özgülüğü de, hemşirelik uygulamaları ve hastanın bakımda bireye özgülükten algıladıkları arasındaki ilişkiyi destekleyen olgu olarak algılayabilirler. Bunun anlamı, hemşirelik uygulamalarının birçok çeşidi benzer durumlarda, hastanın uygulamayı kendi durumu için faydalı bir biçimde kullanarak deneyimleşmesidir. Buna rağmen bireye özgü uygulamalar henüz mükemmelleştirilmiş değildir (13, 103,104).

Bireyselleştirilmiş bakım, bireyin onuru, eşsizliği, bireyselliği ve bütünlüğüne saygı, haklarının dikkate alınması ve korunmasında etik ve ahlaki değerler ile yüklenmiş bir kavramdır (104). Bireyselleştirilmiş bakımın kullanılması sağlık bakımında etik sorunlarla karşılaşıldığında ve sağlık politikasının temeli için farklı bakış açıları oluşturarak daha derin anlamlar kazanmasını sağlamaktadır (16,17,104).

Bireyselleştirilmiş bakım eylemleri, belirli bir zamanda belirli bir bireyin sağlık bakımı gereksinimlerini karşılamayı hedefler. Hemşirenin bilimsel bilgisini kullanarak bu hedefe ulaşmasını sağlayacak araç ise hemşirelik sürecidir. Bakımda bireyselliğin sağlanması ve sürdürülmesi hasta bireyin tüm boyutlarının değerlendirilmesi ile belirlenen sorunların çözümlenmesine yönelik yardım işlevlerinde girişimlerin, bireye özgü planlanarak uygulanması bireyin bakım kararına katılımı ile olasıdır (15,19,100).

Hemşireler, hastaların bireye özel bakıma çok fazla önem vermektedirler. Hastaların "bir teşhis ya da oda numarası olarak görülmek yerine eşsiz bir birey olarak tedavi olmak istiyorum" ifadesi ile desteklenmektedir (13). Günümüzde klinik uygulamada ve belirli bir biçimde, bir hastanın perspektifinden veri değerlendirilmesi alanlarında, bireye özel bakımın anlamı hakkında henüz hemfikir olunamamıştır (13,18**)**. Hemşirelik bakımının uygulanmasında, bir birey olarak hastanın kendine özgülüğünü göz ardı eden, standartlaştırılmış protokollerden yararlanma eğiliminin giderek yaygınlaştığı gözlemlenmektedir. Ne yazık ki bu standartlaşmış protokol hedeflerindeki müdahaleler, rutin ya da görev odaklı bakım, hastaların birbirlerinden farklı olduklarını, bu yüzden de bireye özel daha fazla hemşirelik aktivitelerinin gerekli olduğunu dikkate almamaktadırlar. Bu nedenle bireyselleştirilmiş bakım sık sık görev odaklı veya rutin bakım ile kıyaslanmaktadır. Rutin bakım bir grup hastanın ya da toplumun ihtiyaçlarını karşılarken, bireyselleştirilmiş bakım belirli bir kişinin bakım ihtiyaçlarını giderir (13,18). Bireyselleştirilmiş bakım uygulanan ve rutin bakım uygulanan hastalarla yapılan görüşmeler ve özel hasta vizitleri ile bireyselleştirilmiş bakımın daha etkili ve daha az maliyetli olduğu kanıtlanmıştır (103,105).

Bireyselleştirilmiş bakım, bakımın kalitesini yükseltme, bakımın yönünü belirleme, klinik rehber oluşturma ve olumlu hasta sonuçları oluşturma ve bunları daha üst seviyeye çıkartmak için verilmektedir. Bununla birlikte bireylerin kendine özgü özelliklerini dikkate alarak sunulan bireyselleştirilmiş bakım; kişisel sağlık ve sağlığın işleyişi, hizmet kalitesi, özerklik, hastaların yaşam kalitesini ve memnuniyetini sağlama, otonomilerini kullanmasını geliştirme gibi çok önemli avantajlar da yaratmaktadır (13,18,19,20,102,104,105,106,107).

ORTOPEDİK CERRAHİ GİRİŞİM GEÇİREN HASTALARDA HEMŞİRELİK BAKIMINDAN MEMNUNİYET

Hasta memnuniyeti, genelde hastanın tedavisiyle uyumlu olma istekliliğini belirleyen ve bakım etkililiğini etkileyen hemşirelik bakım kalitesinin önemli bir öğesi olarak kabul edilmekte ve hastaların istek ve beklentilerinin karşılanması sonucunda oluşmaktadır. (108,109). Bazı araştırmacılar "hasta memnuniyeti" tanımını hastaların beklediği bakım ile aldıkları bakım arasındaki uyumun derecesi olarak tanımlamışlardır (110). Donebedian, hasta memnuniyetini "hasta değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı konusunda bilgi veren ve esas otoritenin hasta olduğu bakımın kalitesini gösteren temel ölçüt" olarak tanımlamıştır (111). Hemşirelik bakımı ile ilgili memnuniyet ise, ilk kez 1975 yılında Risser tarafından "ideal hemşirelik bakımı ile hastanın gerçekte almış olduğu hemşirelik bakımının birbiri ile uyumu" seklinde tanımlamıştır (111, 112,113).

Hasta memnuniyeti, hastaların aldıkları hizmetten beklediği yararlara, hastanın katlanmaktan kurtulduğu güçlüklere, hizmetten beklediği performansa, hizmetin sunuluşunun sosyo-kültürel değerlere (kendi ve aile kültürü, sosyal sınıf ve statüsü, kendi zevk ve alışkanlıkları, yaşam biçimi, önyargıları) uygunluğu ile ilişkilendirilmektedir (114). Hasta memnuniyeti birçok değişkenin sonucunda ortaya çıkmaktadır. Ancak kavramı tanımlarken yazarların en çok dikkat çektiği nokta, hastanın hizmeti almadan önceki beklentileri ile aldıktan sonraki algılamaları arasındaki farktır (112,115).

Sağlık hizmetleri ile ilgili hasta memnuniyeti ilk kez 1956 yılında Amerika birleşik devletlerinde hemşirelik alanında değerlendirilmiştir. Sağlık hizmetlerinde hasta bireyin pasif rolden aktif role geçişi de 1960'ların sonlarında başlamıştır (112). Bu yıllarda ortaya çıkan teknolojik gelişmelerle birlikte bireyler özelleşmiş profesyonellerden çözümü daha güç olan tedavi ve bakımı almaya başlamışlardır. Ancak var olan bu üstün teknolojiye dayalı bakımda bireyin duyguları yeterince dikkate alınmamıştır. Ayrıca, toplumlarda eğitim düzeyinin artması ile daha bilgili ve verilen hizmeti eleştiren hastalar ortaya çıkmaya başlamıştır. Günümüzde artık hastalar giderek artan bir şekilde kendi sağlık bakımına katılmak ve karar verme sürecinde kendi durumlarının ne olduğunu öğrenmek, tanılarını anlamak istemektedirler. Bundan dolayı verilen sağlık bakım hizmetinin kalitesi yalnızca sağlık ekibinin tanımladığı ve belirttiği boyutta görülmemektedir. Son on yıldır ise özellikle Amerika ve İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde hasta memnuniyeti sağlık bakım kalitesinin bir sonuç ölçütü olarak önemli bir yere sahiptir. Hasta memnuniyeti ile ilgili çalışmalar

ülkemizde de çeşitli sağlık kurumlarında sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik olarak giderek artmaktadır (112, 113).

Cerrahi, günümüzde giderek tercih edilen bir tedavi sekli olmayı sürdürmekte, bu eğilim birçok cerrahi bilim dallarının ortaya çıkmasını zorunlu hale getirmektedir. Vücut bütünlüğü bozulmuş, organ ve fonksiyon kaybına uğrayan, cerrahi girişim uygulanacak hasta için de temel gereksinimlerin önemi artmaktadır. Akın ve ark. (116) yapmış oldukları çalışmada dâhiliye kliniğinde tedavi gören hastaların memnuniyet düzeylerini cerrahi kliniğinde tedavi gören hastalardan daha yüksek bulmuşlardır. Bunun için cerrahi girişimlerin başarısı ve hastaların memnuniyetleri için teknik bilgi ve beceri ile uygulanmasının yanı sıra ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası bakımın kusursuz ve nitelikli bir biçimde gerçekleştirilmesi gerekmektedir (111, 116, 117).

Kas iskelet sistemi yaranmaları ve hastalıkları da hastaların uzun dönem ağır ve fiziksel sakatlıklara maruz kalmasına ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı hale gelmesine neden olmaktadır. Bağımlı hastaların ihtiyaçlarının daha fazla olması, buna bağlı olarak hemşirelerin daha fazla zaman ayırmalarını ve daha fazla bakım vermelerini gerektirmektedir.

Bununla birlikte Tan'ın (110) yapmış olduğu çalışmada cerrahi birimler arasında hasta memnuniyet düzeyleri incelenmiş, en yüksek memnuniyetin KVC de en düşük memnuniyetin de ortopedi kliniğinde olduğu saptanmıştır. Bunun nedenleri araştırıldığında ortopedik cerrahi de iyileşme sürecinin uzun olması nedeniyle hastanede yatış süresinin uzaması, yatağa bağımlılığın artması, ortopedi hastalıklarının çoğunlukla ileri yaşlarda görülmesi, hastaların çoğunda ek kronik hastalığının olması olarak belirlenmiştir. Tüm bu etkenlerde hastaların memnuniyet düzeylerini olumsuz yönde etkilemektedir (29, 111,112,118,119,120,121).

Acaroğlu ve ark. (122) bireyselleştirilmiş bakımın hasta memnuniyetine etkisini belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada hasta memnuniyetini yüksek belirlemişlerdir. Memnuniyet düzeyinin yüksek bulunması hastaların bakımlarında bireyselliği algılamalarını ve uygulanan bakımın özelliğinin farkında oldukları şeklinde değerlendirilmiştir. Aynı zamanda, hastaların bakımlarındaki beklentilerinin bireyselleştirilmiş bakım ile karşılandığını göstermekte ve bakımlarında bireyselliği yüksek düzeyde algılayan hastaların, hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyinin de yükseleceğini göstermektedir (14).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMA ŞEKLİ

Araştırma; ortopedik cerrahi girişim geçiren hastaların bireyselleştirilmiş bakımı algılama ve hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan kesitsel, tanımlayıcı bir çalışmadır.

ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Trakya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde 01.09.2009 ile 30.05.2010 tarihleri arasında yapılmıştır.

EVREN VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırmanın evrenini Trakya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde yatan ve ortopedik cerrahi girişim geçirmiş hastalar oluşturmuştur.

Araştırmada örneklem yöntemine gidilmemiş olup 01.09.2009 ile 30.05.2010 tarihleri arasında hastanede yatan hastalar alınmıştır. Araştırmaya diğer dahil edilme kriterleri de şunlardır;

- Araştırmaya katılmayı kabul etmek,
- Bir üniversite hastanesinde en az 5 gün yatmış olmak,

- 18 yaşından büyük olmak,
- Okuryazarlığı olmak ve okuduğunu anlayıp kavrayabilmek,
- Ortopedik cerrahi girişim geçirmiş olmak.

Çalışmamız tüm bu şartları sağlayan 156 hastadan oluşmuştur.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veri toplama araçları olarak Kişisel Bilgi Formu, Bireyselleştirilmiş Bakım Ölçeği ve Newcastle Hemşirelikten Memnuniyet Ölçeği kullanıldı.

Kişisel Bilgi Formu

Araştırmada kullanılan kişisel bilgi formu (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, medeni durum, sosyal güvence, hastaneye yatış şekli, yatış nedeni, hastanede yatış süresi ve özgeçmiş) hastaların bireysel özellikleri ve sağlık öyküsü ile ilgili verileri elde etmek için araştırmacı tarafından geliştirilmiş veri toplama aracıdır (Ek 1).

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası (BBS)

Hastaların bireyselleştirilmiş bakımı algılama düzeylerini belirlemek için, "Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası" kullanılmıştır (Ek 2).

Hastaların bakış açısından bireyselleştirilmiş bakımı değerlendirmek amacı ile Suhonen ve ark. (11) tarafından 2000 yılında geliştirilmiş likert tipi bir skaladır. (Individualized Care Scale, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-BBS). Skalanın, Türk toplumuna uyarlanması 2005 yılında Acaroğlu ve ark. (103) tarafından 120 hasta üzerinde gerçekleştirilmiştir. BBS, her biri 17 madde içeren iki bölümlü bir skala olup; (1) hastanın bireyselliğini desteklemeyi amaçlayan hemşirelik eylemlerinin farkına varması (BBSA) ile, (2) hastanın kendi bakımında bireyselliği algılamasını (BBSB) değerlendirir. BBSA ve BBSB' de benzer olumlu ifadelerden oluşan ve eşit sayıda madde içeren; klinik durumda bireysellik, kişisel yaşamda bireysellik ve bakım üzerindeki kararların kontrolünde bireysellik olmak üzere 3'er alt boyut bulunur. BBSA Ölçeğinin Chronbach alfa katsayısı 0.92, BBSB Ölçeğinin Chronbach alfa katsayısı 0.93 olarak bulunmuştur.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalasında maddeler 1-5 arasında puanlandırılmıştır (asla 1, nadiren 2, bazen 3, çoğu zaman 4, sürekli 5). BBSA ve BBSB' nin puanları, alt boyutlarının madde puanlarının toplanarak madde sayısına bölümü ile elde edilir ve ayrı ayrı

değerlendirilir. Ölçekte bulunan tüm maddelerin puanları toplandıktan sonra 1-5 puan üzerinden değerlendirilmektedir. BBSA'dan alınan puan ne kadar yüksekse hastaya sağlanan hemşirelik girişimleri o kadar bireyselleştirilmiş demektir, BBSB'dan alınan puan ne kadar yüksekse verilen bakımda hastanın bireyselliğini algılaması da o kadar yüksektir (103).

BBSA ve BBSB' de benzer olumlu ifadelerden oluşan ve eşit sayıda madde içeren; klinik durumda bireysellik (yedi madde), kişisel yaşamda bireysellik (dört madde) ve bakım üzerindeki kararların kontrolünde bireysellik (altı madde) olmak üzere 3'er alt boyut bulunmaktadır.

Newcastle Hemşirelikten Memnuniyet Ölçeği (NHMÖ)

Hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeylerini değerlendirmek amacı ile "Newcastle Hemşirelikten Memnuniyet Ölçeği" kullanılmıştır (Ek 3).

Hastanede hemşirelik bakım kalitesini değerlendirmek amacıyla kullanılan NHMÖ 1995 yılında Thomas ve ark. tarafından, bireysel ve grup temelli görüşmeler yoluyla, İngiltere'de bir hastanede dahili ve cerrahi kliniklerde yatan 150 hastanın hemşirelik bakımını iyi ve kötü olarak nasıl algıladıkları değerlendirilerek geliştirilmiştir (113).

Ülkemizde 2003 yılında Uzun (113) tarafından 280 hasta üzerinde çalışılarak ölçeğin Türk toplumu için geçerlilik güvenilirliği kanıtlanmıştır. Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeğinin Chronbach alfa katsayısı 0.94 olarak belirlenmiştir. NHMÖ, Hemşirelik Bakımı İle İlgili Yaşananlar Ölçeği (HBYÖ), Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği (HBMÖ) olmak üzere iki ölçekten oluşmaktadır. Ancak bu tezde veri toplama aracı olarak sadece Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği (HBMÖ) kullanılmıştır.

HBMÖ ile hastanın, hasta odasında kaldığı sürece, hemşirelik bakımından memnuniyeti değerlendirilmektedir. Hastalar hemşirelik bakımının çeşitli yönlerinden memnuniyetlerini 19 maddeden oluşan, 5 puanlık likert ölçeğini kullanarak tanımlarlar. Memnuniyet derecesini belirlemek için kullanılan puanlamada; 1-Hiç memnun değildim, 2-Nadiren memnundum, 3-Memnundum, 4- Çok memnundum, 5- Tamamen memnundum ifadeleri yer almaktadır. 15 Puan değerlendirmesi, ölçekte bulunan tüm maddelerin puanları toplandıktan sonra, 100'e dönüştürülerek 0-100 puan üzerinden yapılmaktadır. Toplam puanın 100 olması hemşirelik bakımının bütün yönlerinden memnun olmanın göstergesidir.

VERİLERİN TOPLANMASI

Ortopedik cerrahi bir girişim geçirmiş, taburcu olmasına karar verilen hastaların tümü ile görüşülerek kişisel bilgi formu doldurulmuş, ardından Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası ve Newcastle Hemşirelikten Memnuniyet Ölçeğinin Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği kullanılmıştır.

Hastalara uygulanan anketler yemek, ziyaret, tedavi saatleri dışında, hastalar taburcu olacakları gün içerisinde, sessiz, sakin bir ortamda, 15-20 dakika içerisinde ve hasta odasında hastanın kendisi tarafından doldurulmuştur.

ETİK ONAY

Çalışmanın uygulanabilmesi için Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Etik Kurulu'ndan ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (Ek 4). Araştırmanın yapılacağı kliniklerde görev yapan tüm çalışanlara ve araştırmaya dahil edilen hastalara araştırmanın amacı ve uygulaması hakkında açıklama yapılmıştır. Yanıtların gönüllü olarak verilmesi gerekliliğinden araştırmaya alınacak bireylerin, gönüllü ve istekli olmasına özen gösterilmiş, çalışmaya katılıp katılmamakta özgür oldukları açıklanmıştır.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Veriler ortalama±Std.Sapma yada sayı (yüzde) olarak ifade edildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu tek örneklem Kolmogorov Smirnov test ile incelendi. Ölçeklere ve ölçeklerden elde edilen faktörlere güvenirlik analizi (Reliability Analysis) uygulanarak Cronbach alfa katsayıları hesaplandı. Ölçeklerden elde edilen toplam skorlar ve faktör toplam skorlarının demografik verilere göre karşılaştırılmasında grup sayısı >2 ise; tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanıldı, anlamlı farklılık saptandığında farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Tukey post-hoc test kullanıldı, grup sayısı=2 ise Student t test kullanıldı. Ölçek skorlarıyla niceliksel değişkenler arasındaki ilişkileri incelemede Spearman korelasyon analizi kullanıldı. $P<0.05$ değeri istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edildi.

BULGULAR

Araştırmanın bulguları hastaların bireysel özellikleri, hastalık özellikleri, ölçek puan ortalamaları, hastanın bireyselliğini desteklemeyi amaçlayan hemşirelik eylemlerinin farkına varma (BBSA) puan ortalaması, hastanın kendi bakımında bireyselliği algılaması (BBSB) puan ortalaması, hemşirelik bakımından memnuniyet puan ortalaması bulguları yer almaktadır.

Tablo 1. Hastaların Bireysel Özelliklerinin Dağılımları

Özellikler	N	%
Cinsiyet		
Kadın	90	57.7
Erkek	66	42.3
Eğitim Durumu		
İlköğretim-Ortaöğretim	87	55.8
Lise	29	18.6
Yükseköğretim ve üstü	40	25.6
Meslek		
Çalışıyor	45	28.8
Çalışmıyor	111	71.2
Medeni Durum		
Evli	99	63.5
Bekâr	57	36.5
Sosyal Güvence		
Var	147	94.2
Yok	9	5.8

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması (x± SD) 48.87±19.29 olarak bulunmuştur. Tablo 1'de Hastaların bireysel özelliklerinin dağılımları incelendiğinde, hastaların %57.7'sının (n=90) kadın, %42.3'ünün (n=66) erkek, %55.8'sinin (n=87) ilköğretim-ortaöğretim, %18.6'inin (n=29) lise, %25.6'sının (n=40) yükseköğretim ve üstü eğitim aldığı, %28.8'inin (n=45) çalıştığı, %71.2'inin (n=111) çalışmadığı, %63.5'ünün (n=99) evli, %36.5'inin (n=57) bekar olduğu, %94.2'sinin (n=147) sosyal güvencesinin olduğu, %5.8'sinin (n=9) bir sosyal güvencesinin olmadığı görülmektedir.

Hastaların hastanede minimum yatış süresi 5 gün, maksimum yatış süresi 210 gün, ortalama da 17.71±23.01 gün olarak belirlenmiştir.

Tablo 2. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımları

Hastalık Özellikleri	n	%
Hastaların Hastaneye Yatış Şekli		
Acil	88	56.4
Elektif	67	43.6
Yatış Nedeni		
Protez	88	56.4
Kırık	37	23.7
Diğer nedenler	31	19.9
Kronik Hastalık		
Var	38	24.4
Yok	118	75.6

Tablo 2'de Hastaların hastalık özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde, %56.4'ünün (n=88) acil şekilde hastaneye yattığı, %43.6'unun (n=67) elektif şartlarda hastaneye yattığı, %56.4'ünün (n=88) bir protez ameliyatı olmak için, %23.7'sinin (n=37) kırık nedeniyle, %19.9'inin (n=31) diğer nedenlerle (skolyoz, omuz problemleri, ayak sorunları, vb.) hastaneye yattığı, %24.4'ünün (n=38) romatoid artrit, diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalığının var olduğu, %75.6'sının (n=118) kronik hastalığının olmadığı belirlendi.

Tablo 3. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalasının ve Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeğinin Total Puanları

Ölçek	Ort.±SS	Değer Aralığı
BBSA*	3.94±0.12	1-5
BBSB**	4.26±0.07	1-5
HBMÖ***	82.6±14.8	0-100

*: Hemşirelik Eyleminin Farkına Varma, **: Bireyselliği Algılama, ***: Hemşirelik Bakımından Memnuniyet.

Tablo 3'te Bireyselleştirilmiş bakım skalasının ve hemşirelik bakımından memnuniyet ölçeğinin total puanları incelendiğinde, hemşirelik eyleminin farkına varma puan ortalamasının 3.94±0.12, bireyselliği algılama puan ortalamasının 4.26±0.07, hemşirelik bakımından memnuniyet puan ortalamasının 82.6±14.8 olduğu belirlendi.

Tablo 4. Bireyselleştirilmiş Bakım ve Hemşirelik Bakımından Memnuniyet İlişkisi

Ölçekler	BBS*				HBMÖ****	
	BBSA**		BBSB***			
	r	p	R	p	r	P
BBSA	_	_	0,83	< 0,001	0,64	<0,001
BBSB	0,83	<0,001	_	_	0,66	<0,001

*: Bireyselleştirilmiş Bakım, **:Hemşirelik Eyleminin Farkına Varma, ***: Bireyselliği Algılama

****: Hemşirelik Bakımından Memnuniyet.
Spearman Korelasyon.

Tablo 4'te bireyselleştirilmiş bakım skalasının alt grupları olan hemşirelik eylemlerinin farkına varma (BBSA) ve hastanın kendi bakımında bireyselliği algılamanın (BBSB) hemşirelik bakımından memnuniyet (HBMÖ) ilişkisi incelendiğinde, hemşirelik eylemlerinin farkına varma ile hastanın kendi bakımında bireyselliği algılama arasında pozitif yönde korelasyon belirlenmiştir ($r=0.834$, $p<0.001$). Hastalar hemşirelik eyleminin farkına varma oranları arttıkça kendi bakımında bireyselliği algılamaları da artmaktadır (Tablo 4).

Hemşirelik eylemlerinin farkına varma (BBSA) ile hemşirelik bakımından memnuniyeti (HBMÖ) arasında pozitif korelasyon belirlenmiştir ($r=0.640$, $p<0.001$). Hastalar hemşirelik eylemlerinin farkına varma oranları arttıkça hemşirelik bakımından memnuniyetleri de artmaktadır (Tablo 4).

Hastaların kendi bakımında bireyselliği algılamaları (BBSB) ile hemşirelik bakımından memnuniyeti (HBMÖ) arasında da pozitif korelasyon bulunmaktadır ($r=0.664$, $p<0.001$). Hastaların kendi bakımlarında bireyselliği algıladıkça hemşirelik bakımından memnuniyetleri artmıştır (Tablo 4).

Tablo 5. Hastaların Bireysel Özellikleri İle Bireyselleştirilmiş Bakım ve Hemşirelik Bakımından Memnuniyet

Bireysel özellikler			BBÖ*						HBMÖ****		
			BBSA**			BBSB***					
		N	Ort.±SS	t	p	Ort.±SS	t	p	Ort.±SS	t	p
Cinsiyet	Kadın	90	3.93±1.10	0.18	0.85	4.26±0.94	0.15	0.87	87.62±15.12	0.56	0.57
	Erkek	66	3.96±0.91			4.28±0.82			86.20±15.60		
Eğitim durumu				F	p		F	p		F	p
	İlköğretim-ortaöğretim	87	4.06±1.04	1.93	0.14	4.28±0.95	0.75	0.47	87.65±15.88	1.11	0.33
	Lise	29	3.63±0.99			4.10±0.93			83.19±15.83		
	Ünv.ve üstü	40	3.90±0.99			4.36±0.72			88.42±14.61		
Meslek	Çalışıyor	45	3.90±1.00	0.32	0.74	4.27±0.83	0.04	0.96	88.28±5.48	0.64	0.52
	Çalışmıyor	111	3.96±1.04			4.26±0.92			86.51±15.64		
Medeni Durum	Evli	99	3.98±1.00	0.67	0.50	4.29±0.89	0.37	0.70	87.63±15.43	0.64	0.52
	Bekar	57	3.87±1.07			4.23±0.89			85.96±15.87		
Sosyal Güvence	Var	147	3.96±1.02	1.22	0.22	4.28±0.90	0.64	0.52	87.68±14.99	1.58	0.15
	Yok	9	3.53±1.11			4.08±0.72			76.25±21.34		

*: Bireyselleştirilmiş Bakım, **:Hemşirelik Eyleminin Farkına Varma, ***: Bireyselliği Algılama ****: Hemşirelik Bakımından Memnuniyet.

Tablo 5.de Hastaların bireysel özellikleri ile bireyselleştirilmiş bakım ve hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri incelenmiştir.

Cinsiyet ile hemşirelik eyleminin farkına varma durumları incelendiğinde kadınların puan ortalaması 3.93±1.10 bulunurken erkeklerin puan ortalaması 3.96±0.91 olarak bulunmuş ve istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunmamıştır (p> 0.05) (Tablo 5). Kendi bakımında bireyselliği algılamaları ile cinsiyet durumuna bakıldığında da kadınların bireyselliği algılama puan ortalamaları 4.26±0.94, erkeklerin 4.28±0.82 bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 5). Kadınların hemşirelik bakımından memnuniyet puan ortalaması 87.62±15.12, erkeklerin 86.20±15.60 olarak bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0.05) (Tablo 5).

Eğitim durumunun hemşirelik eylemlerinin farkına varma durumları incelendiğinde ilköğretim veya ortaöğretim mezunlarının puan ortalaması 4.06±1.04, lise mezunlarının 3.63±0.99, üniversite ve üstü mezunlarının 3.90±0.99 olarak bulunmuş ve istatistiksel olarak bir anlamlılık belirlenmemiştir (p>0.05) (Tablo 5). Kendi bakımlarında bireyselliği algılama puan ortalamaları ilköğretim veya ortaöğretim mezunlarında 4.28±0.95, lise mezunlarında 4.10±0.93, üniversite ve üstü mezunlarının 4.36±0.72 olarak bulunmuş ve istatistiksel olarak bir anlamlılık değerlendirilmemiştir (p>0.05) (Tablo 5). Hemşirelik bakımından memnuniyet puan ortalamaları ilköğretim veya ortaöğretim mezunlarında 87.65±15.12, lise mezunlarında 83.19±15.83, üniversite ve üstü mezunlarında da 88.42±14.61 olarak bulunmuş ve istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 5).

Çalışan hastaların hemşirelik eyleminin farkına varma puan ortalaması 3.90±1.00, çalışmayan hastaların 3.96±1.04 olarak bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 5). Kendi bakımında bireyselliği algılama puan ortalaması çalışan hastalarda 4.27±0.83, çalışmayan hastaların 4.26±0.92 olarak bulunmuş ve istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 5). Çalışan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet puan ortalaması da çalışan hastaların 88.28±5.48, çalışmayan hastaların 86.51±15.64 olarak bulunmuş ve istatistiksel anlamda anlamlılık bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 5).

Hastaların medeni durumları incelendiğinde evli hastaların hemşirelik eyleminin farkına varma puan ortalaması 3.98±1.00, bekar hastaların 3.87±1.07 olarak bulunmuş ve istatistiksel bir anlamlılık bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 5). Kendi bakımında bireyselliği algılama puan ortalaması evli hastalarda 4.29±0.89, bekar hastalarda 4.23±0.89 olarak belirlenmiş ve

istatistiksel bir anlamlılık belirlenmemiştir (p>0.05) (Tablo 5). Evli hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet puan ortalaması 87.63±15.43, bekar hastaların 85.96±15.87 olarak bulunmuş ve istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 5).

Sosyal güvencesi olan hastaların hemşirelik eyleminin farkına varma puan ortalaması 3.96±1.02, sosyal güvencesi olmayan hastaların puan ortalaması 3.53±1.11 olarak belirlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir (p>0.05) (Tablo 5). Kendi bakımlarında bireyselliği algılama puan ortalaması sosyal güvencesi olan hastalarda 4.28±0.90, sosyal güvencesi olmayan hastaların 4.08±0.72 olarak belirlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlılık bulunamamıştır (p>0.05) (Tablo 5). Hemşirelik bakımından memnuniyet puan ortalaması da sosyal güvencesi olan hastalarda 87.68±14.99, sosyal güvencesi olmayan hastaların 76.25±21.34 olarak belirlenmiş ve istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 5).

Tablo 6. Hastaların Hastalık Özellikleri ile Bireyselleştirilmiş Bakım ve Hemşirelik Bakımından Memnuniyet

Hastalık Özellikleri			BBÖ*						HBMÖ****		
			BBSA**			BBSB***					
		n	Ort.±SS	t	p	Ort.±SS	t	p	Ort.±SS	T	p
Hastaneye Yatış Şekli	**Acil**	88	3.82±1.04	1.68	0.09	4,19±0,93	1.17	0.24	87.41±15.09	0.40	0.68
	Elektif	67	4.10±0.98			4,36±0,83			86.37±16.35		
Ameliyat Nedeni				F	P		F	p		F	p
	Protez	88	4.05±0.99	1.16	0.31	4,28±0,92	0.24	0.78	88.11±15.73	1.31	0.27
	Kırık	37	3.77±0.96			4,31±0,72			83.41±16.85		
	Diğer nedenler	31	3.82±1.17			4,17±1,02			88.25±13.14		
Kronik Hastalık	**Var**	38	3.98±0.89	0.29	0.77	4,37±0,64	0.99	0.32	87.36±15.78	0.15	0.87
	Yok	118	3.92±1.06			4,23±0,96			86.91±15.56		

*: Bireyselleştirilmiş Bakım, **:Hemşirelik Eyleminin Farkına Varma, ***: Bireyselliği Algılama ****: Hemşirelik Bakımından Memnuniyet .

Tablo 6'de Hastaların hastalık özellikleri ile bireyselleştirilmiş bakım ve hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi incelenmiştir.

Hastaların hastaneye yatış şekli ile hemşirelik eyleminin farkına varma durumları incelendiğinde acil yatış yapın hastaların puan ortalaması 3.82±1.04 bulunurken, elektif şartlarda yatış yapan hastaların puan ortalaması 4.10±0.98 olarak bulunmuştur. İstatistiksel yönden aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p> 0.05) (Tablo 6). Kendi bakımında bireyselliği algılamaları ile hastaneye yatış nedeni incelendiğinde acil yatışı olan hastaların bireyselliği algılama puan ortalamaları 4.19±0.93, elektif şartlarda yatan hastaların 4.36±0.83 bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 6). Acilden yatış yapan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet puan ortalaması 87.41±15.09, elektif planlanan hastaların 86.37±16.35 olarak bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 6).

Ameliyat nedenini ile hemşirelik eylemlerinin farkına varma durumları arasındaki ilişkiye bakıldığında protez ameliyatı olan hastaların puan ortalaması 4.05±0.99, kırık nedeniyle ameliyat olan hastaların puan ortalaması 3.77±0.96 ve diğer nedenlerle ameliyat olan hastaların puan ortalaması 3.82±1.17 olarak bulunmuş ve aralarında istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 6). Kendi bakımlarında bireyselli algılama puan ortalamaları protez ameliyatı olan hastalarda 4.28±0.92, kırık ameliyatı olanlarda 4.31±0.72, diğer nedenlerle ameliyat olan hastalarda 4.17±1.02 olarak bulunmuş ve aralarında istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 6). Hemşirelik bakımından memnuniyet puan ortalamaları da protez ameliyatı olan hastalarda 88.11±15.73, kırık ameliyatı olan hastalarda 83.41±16.85, diğer nedenlerle ameliyat olan hastalarda da 88.25±13.14 olarak bulunmuş ve aralarında istatistiksel olarak bir anlamlılık belirlenmemiştir (p>0.05) (Tablo 6).

Hastaların romatoid artrit, DM, HT gibi kronik bir hastalığının var olmasıyla hemşirelik eyleminin farkına varma durumları incelendiğinde kronik bir hastalığı olan hastaların puan ortalaması 3.98±0.89, olmayan hastaların puan ortalaması 3.92±1.06 olarak bulunmuştur. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 6). Kendi bakımında bireyselliği algılama puan ortalaması da kronik bir hastalığı olan hastalarda 4.37±0.64, olmayan hastalarda 4.23±0.96 olarak bulunmuş ve aralarında istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 6). Kronik bir hastalığı olan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet puan ortalaması da 87.36±15.78, olmayan hastaların puan ortalaması da 86.91±15.56 olarak bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 6).

Tablo 7. Hastaların Hemşirelik Eyleminin Farkına Varma Skalasındaki Önermelere Verdikleri Yanıtlar

Önermeler	Ort.±SS
1. Durumuma dair hislerim hakkında benimle konuştular.	4.06±1.31
2. Bakım ve ilgi gerektiren ihtiyaçlarım hakkında benimle konuştular.	4.32±1.18
3. Elimden geldiği oranda kendi bakımımda sorumluluk alma fırsatı verdiler.	4.35±1.10
4. Nasıl hissettiğim konusundaki değişiklikleri tanımladılar	4.24±1.18
5. Korkularım ve endişelerim hakkında benimle konuştular.	4.21±1.26
6. Bu durumun beni nasıl etkilediğini anlamaya çalıştılar.	4.09±1.30
7. Bu durumun benim için ne anlam taşıdığı hakkında benimle konuştular.	3.90±1.37
8. Hastane dışındaki günlük hayatımda ne tür şeyler yaptığımı sordular (iş, hobiler).	3.46±1.60
9. Daha önce hastanede yatıp yatmadığımı ve yattıysam bu süredeki deneyimlerimi sordular.	3.80±1.54
10. Günlük alışkanlıklarımı sordular (örn., kişisel hijyen).	3.42±1.70
11. Ailemin, bakımımda yer almasını isteyip istemediğimi sordular.	3.44±1.64
12. Hastanede bana verilen talimatları anlayıp anlamadığımı kontrol ettiler.	4.14±1.28
13. Durumum hakkında neleri bilmek istediğimi sordular.	3.88±1.45
14. Bakımımla ilgili olarak kişisel isteklerimi dinlediler.	4.09±1.33
15. Bakımımla ilgili kararlara katılmama yardımcı oldular.	4.16±1.23
16. Bakımımla ilgili düşüncelerimi ifade etmeme yardımcı oldular.	4.17±1.26
17. Yıkanmak için tercih ettiğim zamanı sordular.	3.21±1.74

Tablo 7'de hastaların hemşirelik eyleminin farkına varma (BBSA) önermelerine verdikleri yanıtlar incelenmiştir. Araştırmamızda BBSA ölçeğinin cronbach's alpha değeri; 0.94 olarak bulunmuştur. Ölçekte katılmıyorum "1", tamamen katılıyorum "5" olarak puanlandığında en yüksek (4.35±1.10) hemşirelik eyleminin farkına varma oranının **"Elimden geldiği oranda kendi bakımımda sorumluluk alma fırsatı verdiler".** Buna karşın en düşük (3.21±1.74) hemşirelik eyleminin farkına varma oranının **"Yıkanmak için tercih ettiğim zamanı sordular"** olduğu belirlenmiştir (Tablo 7).

Tablo 8. Hemşirelik Eyleminin Farkına Varma Skalasının Alt Gruplarının İncelenmesi

BBSA* alt grupları	Ort.±SS	Değer Aralığı
Klinik durumda bireysellik	4.17±1.02	1-5
Kişisel yaşamda bireysellik	3.53±1.37	1-5
Kararlara katılmada bireysellik	3.94±1.13	1-5

*:Hemşirelik Eyleminin Farkına Varma.

Tablo 8'de hastaların hemşirelik eyleminde bireyselliğin farkına varması, klinik durumda 4.17±1.02, kişisel yaşamda 3.53±1.37, bakımla ilgili kararlara katılmada da 3.94±1.13 olarak belirlenmiştir.

Tablo 9. Hastaların Kendi Bakımında Bireyselliği Algılama Skalasındaki Önermelere Verdikleri Yanıtlar

Önermeler	Ort.±SS
1. Bakımım sırasında, durumum hakkındaki hislerimi göz önünde bulundurdular	4.18±1.25
2. Bakımım sırasında, bakım ve ilgi gerektiren ihtiyaçlarımı göz önünde bulundurdular.	4.33±1.10
3. Kendi bakımımda elimden geldiği kadar sorumluluk aldım.	4.41±1.08
4. Bakımım sırasında, hissettiğim değişiklikleri göz önünde bulundurdular.	4.33±1.02
5. Bakımım sırasında, tüm korkularımı ve endişelerimi göz önünde bulundurdular.	4.25±1.23
6. Bakımım sırasında, durumumun beni nasıl etkilediğini göz önünde bulundurdular.	4.28±1.14
7. Bakımım sırasında, hastalığımın kişisel olarak benim için ne ifade ettiğini göz önünde bulundurdular.	4.14±1.23
8. Bakımım sırasında, günlük aktivitelerimi (örneğin; iş, hobiler) dikkate aldılar.	3.59±1.53
9. Bakımım sırasında, önceki hastanede kalma deneyimlerimi göz önünde bulundurdular.	3.84±1.41
10. Hastanede kaldığım süre boyunca, günlük alışkanlıklarımı göz önünde bulundurdular (örneğin; kişisel hijyen).	4.14±1.28
11. Ailem, istediğim zaman bakımımda yer aldılar.	4.46±1.06
12. Hastanede bana verilen talimatlara uydum.	4.59±0.88
13. Durumum hakkında hemşirelerden yeterli bilgi aldım.	4.47±1.01
14. Bakımım sırasında, dile getirdiğim isteklerimi dikkate aldılar.	4.53±0.95
15. Bakımımla ilgili kararlara katıldım.	4.47±1.01
16. Bakımım sırasında, dile getirdiğim düşünceleri göz önünde bulundurdular.	4.46±0.99
17. Yıkanma zamanı hakkında kendi kararımı kendim verdim.	3.97±1.45

Tablo 9'de hastaların kendi bakımında bireyselliği algılaması önermelerine verilen yanıtlar incelenmiştir. Araştırmamızda BBSB ölçeğinin cronbach's alfa değeri 0.95 olarak bulunmuştur. Katılmıyorum "1", tamamen katılıyorum "5" olarak puanlandırıldığında en yüksek (4.59±0.88) bireyselliği algılama oranının **"Hastanede bana verilen talimatlara uydum"**, en düşük (3.59±1.53) bireyselliği algılama oranının **"Bakımım sırasında, günlük aktivitelerimi (örneğin; iş, hobiler) dikkate aldılar"** olduğu belirlendi (Tablo 9).

Tablo 10. Kendi Bakımında Bireyselliği Algılama Skalasının Alt Gruplarının İncelenmesi

BBSB* alt grupları	**Ort.±SS**	**Değer Aralığı**
Klinik durumda bireysellik	4.31±0.99	1-5
Kişisel durumda bireysellik	4.01±1.10	1-5
Kararlara katılmada bireysellik	4.28±1.00	1-5

*: Bireyselliği Algılama.

Tablo 10'da hastaların bireyselliği algılamalarının alt grupları incelenmiştir. Klinik durumda bireyselliği algımla puan ortalaması 4.31±0.99, kişisel durumda bireyselliği algılama puan ortalaması 4.01±1.10 ve kararlara katılımda bireyselliği algılama puan ortalaması 4.28±1.00 olarak belirlenmiştir (Tablo 10).

Tablo 11. Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeğindeki Önermelere Verdikleri Yanıtlar

Önermeler	Ort.±SS
1. Hemşirelerin size ayırdığı zamanın miktarından	4.23±0.95
2. Hemşirelerin işlerindeki becerikliliğinden	4.40±0.84
3. Her an sizinle ilgilenecek bir hemşirenin yakınınızda bulunmasından	4.34±0.89
4. Hemşirelerin sizin bakımınızla ilgili sahip olduğu bilgi düzeyinden	4.34±0.87
5. Çağırdığınızda hemşirelerin hemen gelmelerinden	4.29±0.98
6. Hemşirelerin sizi kendi evinizdeymiş gibi hissettirmelerinden	4.29±0.93
7. Hemşirelerin size durumunuz ve tedaviniz ile ilgili yeterli bilgi vermelerinden	4.27±0.99
8. Hemşirelerim iyi olup olmadığınızı yeterli sıklıkla kontrol etme durumundan	4.33±0.94
9. Hemşirelerin size yardımcı olmalarından	4.43±0.87
10. Hemşirelerin size açıklama yapma biçiminden	4.35±0.95
11. Hemşirelerin akraba ya da arkadaşlarınızı rahatlatma biçiminden	4.29±0.93
12. Hemşirelerin işlerini yapma konusundaki tutumlarından	4.40±0.87
13. Hemşirelerin durumunuz ve tedavinizle ilgili olarak size verdikleri bilginin yeterliliği	4.34±0.95
14. Hemşirelerin size önemli bir insan gibi davranmalarından	4.33±0.91
15. Hemşirelerin endişe ve korkularınızı dinleme biçiminden	4.24±1.04
16. Serviste size tanınan serbestliğin miktarından	4.36±0.89
17. Hemşirelerin sizin bakımınız ve tedaviniz ile ilgili isteklerinize gönüllü yanıt vermelerinden	4.39±0.88
18. Hemşirelerin mahremiyetinize gösterdikleri saygıdan	4.55±0.77
19. Hemşirelerin sizin bakımınız ve tedaviniz ile ilgili gereksinimlerinizin farkında olmalarından	4.43±0.82

Tablo 11'de Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyinin ortalama puan dağılımı incelenmiştir. HBMÖ cronbach's alpha değerleri de 0.97 olarak bulunmuştur. Hiç memnun değildim "1", tamamen memnundum "5" olarak puanlandığında en yüksek (4.55±0.77) memnuniyet oranının **"Hemşirelerin mahremiyetinize gösterdikleri saygıdan",** buna karşın en düşük (4.23±0.95) memnuniyet oranının **"Hemşirelerin size ayırdığı zamanın miktarından"** olduğu belirlenmiştir (Tablo 11).

TARTIŞMA

Bu çalışmada, ortopedik cerrahi girişim geçirmiş hastaların bireyselleştirilmiş bakımı (hemşirelik eylemlerinin farkına varma (BBSA) düzeyleri, hastanın kendi bakımında bireyselliği algılamaları (BBSB)) algılamaları ve hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtilen başlıklar çerçevesinde tartışılmıştır.

- Bireysel özellikler
- Hastaların hastalık özellikleri
- Bireyselleştirilmiş bakım ve hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi,
- Bireyselleştirilmiş bakım ile hemşirelik bakımından memnuniyet ilişkisi,
- Hastaların bireysel özelliklerinin hemşirelik eylemlerinin farkına varma düzeylerine etkisi,
- Hastaların bireysel özelliklerinin bireyselliği algılama düzeylerine etkisi,
- Hastaların bireysel özelliklerinin hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerine etkisi,
- Hastaların hastalık özelliklerinin hemşirelik eyleminin farkına varma düzeylerine etkisi
- Hastaların hastalık özelliklerinin bireyselliği algılama düzeylerine etkisi
- Hastaların hastalık özelliklerinin hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerine etkisi
- Hastaların hemşirelik eyleminin farkına varma ölçeğindeki önermelere verdikleri yanıtlar ve ölçek alt gruplarının incelenmesi,
- Hastaların kendi bakımında bireyselliği algılaması ölçeğindeki önermelere verdikleri yanıtlar ve ölçek alt gruplarının incelenmesi,

- Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet ölçeğindeki önermelere verdikleri yanıtlar.

BİREYSEL ÖZELLİKLER

Araştırmamıza 01.09.2009 ile 30.05.2010 tarihleri arasında ortopedik cerrahi girişim geçiren toplam 156 hasta katılmıştır. Hastalar 18 ile 88 yaş aralığında olup yaş ortalaması 48.87±19.29 olarak bulunmuştur (Tablo 1). Land ve Shonen (16) yapmış oldukları çalışmada hastaların yaş ortalamasını 56.4±14.2 olarak belirlemişlerdir. Silvestri ve ark. (73) ortopedi hastalarının hemşirelik bakımında yaşın etkinliğini belirlemek için yapmış oldukları çalışmada hastaların çoğunlukla 46-64 yaş aralığında olduğunu saptamışlardır. Sonuçlar orta yaş grubu bireylerin ortopedik sorunlarla karşılaşma ve ortopedik cerrahi girişime olasılığının fazla olduğunu düşündürdü.

Çalışmaya katılan hastaların %57.7'sı (n=90) kadındır (Tablo 1). Bilik (30) TKP uygulanmış hastaların telefonla izlenmesinin iyileşmeye etkisini değerlendirdiği çalışmada %70.50 oranında hastaların kadın olduğunu saptamıştır. Kadın yaşam sürelerinin daha uzun olması, menopoz sonrası kadınlarda kemik kaybı ile birlikte osteoporoz gelişiminin kolaylaşması ve bunun sonucunda kırık oluşma riskinin artması gibi nedenlerle kadınlar ortopedi ve travmatoloji de daha sık karşılaşılan hasta profilini oluşturmaktadır (6,30).

Hastaların eğitim durumu incelendiğinde %55.8' sinin (n=87) ilk-ortaöğretim mezunu olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Acaroğlu ve ark. (13) ile Lee ve ark. (8) ortopedi hastalarında yapmış oldukları çalışmalarda hastaların eğitim düzeylerini %48.1 ve %32.8'oranlarında ilköğretim mezunu olarak bulmuşlardır. Ortopedi hasta profilinde yaşlı bireylerin çoğunlukta bulunması ve ülkemizin genel eğitim düzeyinin bu yaş grubunda düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hastaların %28.8'inin (n=45) çalıştığı saptanmıştır (Tablo 1). Ev hanımı olanlar iş için ortam değişikliği yapmadıkları ve çalışmalarında bir ücrete tabi olmamaları gibi nedenlerle çalışmıyor statüsüne alınmıştır. Çalışmamızda kadınların fazla (%57.6) olması hastaların çalışma durumunu etkilediğini düşünmekteyiz.

Hastaların %63.5'ünün (n=99) evli olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Şendir (3) TKP'li hastalarda yaptığı çalışmada da hastalarının hem deney (63.7) hem de kontrol gruplarında (66.7) evli oranının daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Bilik (30) yapmış olduğu çalışmada da olgu grubunda (%47.70) ve kontrol grubunda bireylerin (%58.80) evli oranının yüksek olduğu

saptamıştır. Örneklem grubumuzda kadınların fazla olması evlilik oranının da fazla olmasını etkilediği düşünülmektedir.

Hastaların sosyal güvencelerine bakıldığında hastaların %94.2'sinin bir sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Bilik (30) ve Acaroğlu (103) yapmış oldukları çalışmalarda da sosyal güvencesi olan hastaların daha fazla olduğunu belirtmişlerdir. Ortopedi ameliyatları maliyeti yüksek ameliyatlardır ve üniversite hastanelerinde daha çok sosyal güvencesi olan hastaların tedavi görmesi yaygın bir uygulamadır.

Hastaların hastanede yatış süresi ortalama 17.71±23.01 (5-210) gün olarak belirlenmiştir (Tablo 1). Berg ve ark. (121) yapmış oldukları çalışmada hastaların hastanede yatış süresi 7.4±4.5 (2-60) gün olarak belirlenmişlerdir. Shonen ve ark. (11) yapmış olduğu çalışmada hastanede yatış süresi 5.5±15.2 (1-368) olarak bulmuşlardır. Çalışmamızda yatış süresi diğer çalışmalara göre daha uzun bulunmuştur.

HASTALARIN HASTALIK ÖZELLİKLERİ

Hastaların hastaneye yatış şekillerine bakıldığında da hastaların %56.4'ünün acil yatışla hastaneye yattığı belirlendi (Tablo 2). Shonen ve ark. (101) yine bireyselleştirilmiş bakım konusunda yapmış olduğu farklı bir çalışmada da yatış nedeninin %50 oranında acil olduğu belirlenmiştir. Ortopedik cerrahi girişim geçiren hastalarda acil olarak hastaneye yatış önemli bir oranı kapsamaktadır.

Hastaların ameliyat olma nedenlerine göre incelendiğinde hastaların %56.4'ünün protez ameliyatı geçirdiği saptanmıştır (Tablo 2). Shonen ve ark. (11) yapmış olduğu bireyselleştirilmiş bakımın hastalar tarafından algılanması çalışmasında, hastaların hastaneye yatış nedenlerinin %48 oranında ortopedik ameliyat olma nedeniyle olduğunu belirtmişlerdir. Bireyselleştirilmiş bakım gereksiniminin ortopedik cerrahi girişim geçiren hastalarda daha fazla yoğunlaştığını göstermektedir.

Hastaların %24.4'ünün romatoid artrit, diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalığının olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Land ve Suhonen (16) yapmış olduğu çalışmada hastaların %56'sının kronik bir rahatsızlığının olduğu belirlenirken, Berg ve ark. (121) yapmış oldukları çalışmada da sadece %41.0 kronik bir rahatsızlığı olduğu saptanmıştır. Aralığı düşük olsa da ortopedik cerrahi girişim geçiren hastalarda kronik bir hastalığın var olduğu görülmektedir.

BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ BAKIM VE HEMŞİRELİK BAKIMINDAN MEMNUNİYET DÜZEYİ

Araştırmamızda hastaların hemşirelik eyleminin farkına varma puan ortalaması 3.94±1.02 olarak bulunmuştur (Tablo 3). Shonen ve ark. (15) ortopedi ve travma hastalarında yapmış oldukları çalışmada hemşirelik eyleminin farkına varma puan ortalamasını Finlandiya da 3.72±0.96, Yunanistan da 3.01±1.16, İsveç te 3.82±0.97, İngiltere de 3.68±1.16 ve Amerika Birleşik Devletlerinde 3.38±0.83 olarak belirlemişlerdir. Acaroğlu'nun (13) ülkemizde yapmış oldu çalışmada hemşirelik eyleminin farkına varma puan ortalamasını 3.86±0.87 olarak bulmuştur. Çalışmamız ve diğer çalışma sonuçlarında olduğu gibi hastaların hemşirelik eyleminin farkına varma puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Sonuçlar cerrahi girişim geçiren ortopedi hastalarında hemşirelik eyleminin farkına varma puan ortalamasının yüksek olduğunu göstermektedir.

Hastaların kendi bakımında bireyselliği algılaması puan ortalaması 4.26±0.07 olarak belirlenmiştir (Tablo 3). Shonen ve ark. (15) ortopedi ve travma hastalarında yapmış oldukları çalışmada hastaların bireyselliği algılama puan ortalaması Finlandiya'da 4.04±0.78, Yunanistan da 3.32±0.87, İsveç'te 4.20±0.72, İngiltere'de 3.94±1.01 ve Amerika Birleşik Devletlerinde 3.71±0.75 olarak bulmuşlardır. Acaroğlu'nun (13) ülkemizde yapmış olduğu çalışmada hastaların bireyselliği algılama puan ortalamasını 4.20±0.91 olduğunu saptamıştır. Sonuçlar ortopedik cerrahi girişim geçiren hastaların kendi bakımlarında bireyselliği algılamasının yüksek olduğunu göstermiştir.

Her iki ölçek sonucu ve diğer çalışma sonuçlarına göre ortopedik cerrahi girişim geçiren hastaların bireyselleştirilmiş bakım algısının yüksek olduğunu göstermektedir.

Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet ölçeği puan ortalaması 82.6 ±14.8 olarak bulunmuştur (Tablo 3). Fındık ve ark. (117) dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalar ile yapmış oldukları çalışmada hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerini cerrahi hastalarında daha yüksek olarak bulmuşlardır. Şendir ve ark. (122) ortopedi ve travmatoloji hastalarında memnuniyet puan ortalamasını 76.52±20.38 olarak belirlemişlerdir. Sonuçlar ortopedik cerrahi girişim geçiren hastaların memnuniyet oranının yüksek olduğunu göstermiştir.

BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ BAKIM İLE HEMŞİRELİK BAKIMINDAN MEMNUNİYET İLİŞKİSİ

Bireyselleştirilmiş bakım ölçeğinin alt grupları olan hemşirelik eylemlerinin farkına varma ve hastanın kendi bakımında bireyselliği algılamanın hemşirelik bakımından memnuniyet ilişkisi incelendiğinde;

Hastaların hemşirelik eylemlerinin farkına varması ile kendi bakımlarında bireyselliği algılaması ve hemşirelik bakımından memnuniyeti arasında pozitif yönde korelasyon belirlenmiştir (sırasıyla r= 0.83, p= 0.00, r=0.64, p=0.00) (Tablo 4). Sonuç olarak hastaların hemşirelik eyleminin farkına varması arttıkça kendi bakımlarında bireyselliği algılamaları ve hemşirelik bakımından memnuniyeti de artmaktadır.

Hastaların kendi bakımında bireyselliği algılama ile hemşirelik eyleminin farkına varma ve hemşirelik bakımından memnuniyet arasında pozitif yönde korelasyon belirlendi (sırasıyla r=0.83, p=0.00, r=0.66, p=0.00) (Tablo 4). Çalışmada hastaların bireysel bakımı algılaması arttıkça hemşirelik eyleminin farkına varmasının ve hemşirelik bakımından memnuniyetinin arttığı görüldü.

Shonen ve ark. (101) yapmış oldukları çalışmada bireyselleştirilmiş bakım hemşirelik eylemlerinin farkına varılması ile bireyselleştirilmiş bakımın algılanması arasında ve bireyselleştirilmiş bakım ile hemşirelik bakımından memnuniyet oranı arasında anlamlı bir ilişki saptamışlardır ($p<0.001$). Acaroğlu ve ark. (13) yapmış oldukları çalışmada bireyselleştirilmiş bakım kendi içinde ve hemşirelik bakımından memnuniyet oranı arasında anlamlı bir ilişki saptamışlardır ($p<0.001$). Sonuçlar bireyselleştirilmiş bakımın hasta memnuniyetini olumlu yönde arttırdığını göstermiştir.

HASTALARIN BİREYSEL ÖZELLİKLERİNİN HEMŞİRELİK EYLEMLERİNİN FARKINA VARMA DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Hastaların bireysel özellikleri ile hemşirelik eylemlerinin farkına varma düzeylerine etkisi incelendiğinde; istatistiksel olarak bir anlamlılık olmamasına rağmen erkek hastaların puan ortalaması kadın hastaların ortalamasından daha yüksek bulunmuştur ($p>0.005$) (Tablo5). Berg ve ark. (121) ortopedi hastalarında bireyselleştirilmiş bakım çalışmasında yoğun olarak erkek hastalar yer almış ve puan ortalamasını daha fazla olduğu saptanmışlardır.

İlköğretim ve ortaöğretim mezunu olan hastaların hemşirelik eyleminin farkına varma puan ortalaması daha yüksek bulunmuş ancak aralarında istatistiksel bir anlamlılık bulunmamıştır

(p>0.005) (Tablo 5). Suhonen ve ark. (101) yapmış oldukları bireyselleştirilmiş bakım çalışmasında ilköğretim veya ortaöğretim mezunu olan hastaların daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelik eyleminin farkına varma puan ortalaması çalışmayan hastalarda daha yüksek bulunmuş, ancak çalışan ve çalışmayan hastalar arasında istatistiksel olarak bir anlamlılık ulunamamıştır (p>0.005) (Tablo 5).

İstatistiksel olarak bir anlamlılık olmamasına rağmen evli olan hastaların hemşirelik eyleminin farkına varma puan ortalaması bekâr olan hastaların puan ortalamasından daha yüksek bulunmuştur (p>0.005) (Tablo 5).

Sosyal güvencesi olan hastaların hemşirelik eyleminin farkına varma puan ortalaması daha yüksek bulunmuş ancak sosyal güvencesi olmayan hastalarla aralarında istatistiksel bir anlamlılık bulunmamıştır (p>0.005). Acaroğlu ve ark. (103) yapmış oldukları bireyselleştirilmiş bakım çalışmasında sağlık güvencesi olan hastaların daha fazla sayıda olduğunu belirlemişlerdir.

Literatürde de bireysel özellikler ile hemşirelik eyleminin farkına varma düzeylerini değerlendiren bir çalışma bulunamamıştır. Çalışma sonuçlarına göre erkek, ilköğretim-ortaöğretim eğitimi almış, çalışmayan, evli ve sosyal güvencesi olan hastaların hemşirelik eyleminin farkına varma puan ortalaması yüksek belirlenmiştir. Sonuçların örneklem grubunun demografik özeliklerinden etkilendiğini düşünmekteyiz.

HASTALARIN BİREYSEL ÖZELLİKLERİNİN BİREYSELLİĞİ ALGILAMA DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Hastaların bireysel özellikleri kendi bakımında bireyselliği algılama düzeyleri incelendiğinde; erkek hastaların kendi bakımında bireyselliği algılama puan ortalamasının kadın hastalara göre daha yüksek bulunmuş, fakat aralarında istatistiksel bir anlamlılık bulunmamıştır (p>0.005) (Tablo 5). Suhonen ve ark. (101) yapmış oldukları çalışmada erkek hastaların daha fazla olduğunu bulmuşlardır.

Hastaların eğitim durumları ile bireyselliği algılamaları incelendiğinde üniversite ve üstü mezunu olan hastaların bireyselliği algılama puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş fakat aralarında istatistiksel bir anlamlılık bulunmamıştır (p>0.005) (Tablo 5).

İstatistiksel olarak bir anlamlılık olmamasına rağmen çalışan hastaların bireyselliği algılama puan ortalamasının çalışmayan hastalardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (p>0.005) (Tablo 5).

Evli olan hastaların bireyselliği algılama puan ortalaması bekâr olan hastaların bireyselliği algılama puan ortalamasından daha yüksek bulunmuştur, ancak aralarında istatistiksel bir anlamlılık bulunmamıştır (p>0.005) (Tablo 5). Acaroğlu ve ark. (13) yapmış olduğu çalışmada bekâr olan hastaların daha fazla olduğu saptanmıştır. Sonuçtaki farklılığın örneklem grubundan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hastaların bireyselliği algılama puan ortalamasının sosyal güvencesi olan hastalarda daha yüksek olduğu saptanmış ancak çalışan ve çalışmayan hastalar arasında istatistiksel bir anlamlılık bulunmamıştır (p>0.005) (Tablo 5).

Literatürde de bireysel özelliklerle bireyselleştirilmiş bakımı algılama düzeyi arasında yapılan bir çalışma bulunamamıştır. Çalışma sonuçlarına göre erkek, üniversite ve üstü eğitim almış, çalışan, evli ve sosyal güvencesi olan hastaların hemşirelik eyleminin farkına varma puan ortalaması yüksek belirlenmiştir.

HASTALARIN BİREYSEL ÖZELLİKLERİNİN HEMŞİRELİK BAKIMINDAN MEMNUNİYET DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Hastaların bireysel özellikleri ile hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri incelendiğinde;

Cinsiyeti ile hemşirelik bakımından memnuniyet oranı karşılaştırıldığında, kadınların hemşirelik bakımından memnuniyet puan ortalaması yüksek bulunmuştur, ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.005) (Tablo 5). Şendir ve ark. (122) ortopedi ve travmatoloji servisinde yatan hastalarda memnuniyet düzeyi çalışmasında kadın hastaların daha memnun olduğunu saptanmışlardır. Fındık ve ark. (117) cerrahi hastaları ile yaptıkları çalışmada erkek hastaların memnuniyet oranını daha yüksek bulunmuşlardır. Cinsiyet ve memnuniyet arasındaki farklı etkinin sağlık kuruluşlarındaki bakım hizmetlerinin farklılığından kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz.

Hemşirelik bakımından memnuniyet ile hastanın eğitim durumu ilişkisi incelendiğinde üniversite ve üstü mezunlarının memnuniyet puan ortalamasını yüksek olarak saptanmış ancak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo5). Tan'ın (115) cerrahi hastalarında yaptığı memnuniyet çalışmasında eğitim durumunun hasta memnuniyetini etkilemediğini bulmuştur.

Hastaların çalışma durumuyla memnuniyet oranı incelendiğinde çalışan hastalarda memnuniyet oranının daha yüksek olduğu fakat çalışmayan hastalarla aralarında anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır (p>0.005) (Tablo 5). Pehlivan ve ark. (124) yapmış oldukları hasta memnuniyeti çalışmalarında çalışan ve çalışmayan hastaların memnuniyet oranı arasında anlamlı bir ilişki belirlememişlerdir. Çalışan hastaların ekonomik giderleri karşılama güvencesinin verdiği rahatlıktan memnuniyet puan ortalamasının etkilenmiş olabileceğini düşünmekteyiz.

Hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyiyle hastaların medeni durumları incelendiğinde çalışmamızda evli hastaların memnuniyet puan ortalaması yüksek bulunmuş fakat evli olan ve olmayan hastalar ile aralarında anlamlı bir fark belirlenmemiştir (p>0.005) (Tablo 5). Ortopedik cerrahi girişimlerin uzun süren iyileşme döneminde eş desteğinin memnuniyet oranını etkilediğini düşünmekteyiz.

Hemşirelik bakımından memnuniyet ile sosyal güvence puan ortalaması da sosyal güvencesinin varlığı arasındaki ilişkide de sosyal güvencesi olan hastalarda memnuniyet puan ortalaması yüksek bulunmuş olup sağlık güvencesi olan ve olmayan hastalar arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0.005) (Tablo 5). Önsöz ve ark. (125) bir üniversite hastanesinde hasta memnuniyeti çalışmasında sosyal güvencesi olmayan hastaların memnuniyet oranı yüksek bulunmuş fakat bir anlamlılık saptanmamıştır. Bizim çalışmamızda sosyal güvencesi olan hastaların memnuniyet oranlarının yüksek bulunmasının nedeni ortopedi ve travmatoloji hastaların tedavilerinin uzun ve maliyetinin yüksek olması ve bunun sosyal güvence ile karşılanmasına bağlanmaktadır.

HASTALARIN HASTALIK ÖZELLİKLERİNİN HEMŞİRELİK EYLEMİNİN FARKINA VARMA DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Hastaların hastalık özellikleri incelendiğinde, elektif şartlarda hastaneye yatan hastaların hemşirelik eyleminin farkına varma puan ortalaması daha yüksek bulunmuş, fakat istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunmamıştır (p>0.005) (Tablo 6). Suhonen ve ark. (129) bireyselleştirilmiş bakım çalışmasında hastaların daha fazla olarak acil yatışla hastaneye yattığı belirlenmiştir.

Protez ameliyatı nedeniyle hastaneye yatan hastaların hemşirelik eyleminin farkına varma puan ortalaması daha yüksek bulunmuş fakat diğer ameliyat nedenleriyle aralarında istatistiksel bir fark bulunmamıştır (p>0.005)(Tablo 6). Protez ameliyatı olan hastaların kişisel ihtiyaçlarını gidermeleri ağrılı ve zor olduğundan hemşirelik bakımına ihtiyaçları vardır. Bununda hemşirelik eyleminin farkına varılmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Kronik bir hastalığı olan hastaların hemşirelik eylemini farkına varma puan ortalaması daha yüksek bulunmuş fakat istatistiksel bir anlamlılık bulunamamıştır (p>0.005) (Tablo 6). Land ve ark. (16) bireyselleştirilmiş bakım çalışmasında kronik bir hastalığı olan hastaların daha fazla olduğu bulunmuştur.

HASTALARIN HASTALIK ÖZELLİKLERİNİN BİREYSELLİĞİ ALGILAMA DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Elektif şartlarda hastaneye yatan hastaların bireyselleştirilmiş bakımı algılama puan ortalaması daha yüksek bulunmuş fakat acil yatış yapan hastalarla aralarında istatistiksel bir anlamlılık bulunmamıştır (p>0.005)(Tablo 6). Suhonen ve ark. (101) yapmış oldukları çalışmada elektif koşullarda hastaneye yatan hastaların sayısı daha fazla bulunmuştur.

Hastaların bireyselleştirilmiş bakım puan ortalaması kırık nedeniyle ameliyat olan hastalarda daha yüksek bulunmuş, fakat diğer ameliyat nedenleriyle aralarında istatistiksel bir anlamlılık bulunmamıştır (p>0.005)(Tablo 6). Kırık nedeniyle cerrahi girişim geçiren hastaların uzun süreli hastanede kalmalarına ve kapsamlı hemşirelik bakımı almalarına neden olmaktadır. Bu durum hastaların bireyselleştirilmiş bakımı algılamalarının yüksek olmasına neden olmaktadır.

Kronik bir hastalığı bulunan hastaların bireyselleştirilmiş bakımı algılama puan ortalaması kronik hastalığı bulunmayan hastalara göre daha yüksek bulunmuş fakat aralarında istatistiksel bir anlamlılık bulunmamıştır (p>0.005)(Tablo 6). Berg ve ark. (121) yaptığı çalışmada kronik hastalığı bulunan hastaların sayısı daha fazla bulunmuştur.

HASTALARIN HASTALIK ÖZELLİKLERİNİN HEMŞİRELİK BAKIMINDAN MEMNUNİYET DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Acil olarak hastaneye yatışı olan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuş, ancak bir anlamlılık saptanmamıştır (p>0.005) (Tablo 6). Acil yatış yapan hastalarda ortaya çıkan anksiyete, şiddetli ağrı gibi durumlardan kurtularak rahatlamanın memnuniyet oranını etkilediği düşünülmektedir.

Ameliyat nedeni olarak omuz, ayak, vertebra, vb. nedenler nedeniyle ameliyat olan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet puan ortalamasının daha yüksek bulunmuştur fakat aralarında istatistiksel bir fark bulunmamıştır (p>0.005) (Tablo 6). Özlü'nün (118) cerrahi hastalarında hemşirelik memnuniyeti çalışmasında tıbbi tanı ile memnuniyet arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bizim çalışmamızda memnuniyet düzeyinin omuz, ayak, vertebra gibi

nedenlerde ameliyat olan hastaların daha yüksek olmasının bu ameliyatların daha küçük ve hastaya tam bağımlılık sağlamayan ameliyatlar olmasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Memnuniyet oranının hastaların kronik hastalıklarına etkisi değerlendirildiğinde kronik hastalığı olmayan hastaların memnuniyet puan ortalamasının daha yüksek olduğu (87.36±15.78) belirlenmiş olup aralarında anlamlılık bulunmamıştır (p>0.005) (Tablo 6).

HASTALARIN HEMŞİRELİK EYLEMİNİN FARKINA VARMA ÖLÇEĞİNDEKİ ÖNERMELERE VERDİKLERİ YANITLAR

Hastalar, hemşirelik eyleminin farkına varma ölçeğinde en yüksek puanı **"Elimden geldiği oranda kendi bakımımda sorumluluk alma fırsatı verdiler",** en düşük (3.21±1.74) hemşirelik eyleminin farkına varma puanını **"Yıkanmak için tercih ettiğim zamanı sordular"** yanıtına vermişlerdir (Tablo 7). Suhonen ve ark. (101) yapmış olduğu çalışmada en yüksek puanı **"Bakım ve ilgi gerektiren ihtiyaçlarım hakkında benimle konuştular"** yanıtı alırken en düşük puanı da **"Hastanede bana verilen talimatları anlayıp anlamadığımı kontrol ettiler"** yanıtı almışlardır. Bu da hastaların kendi bakımlarına katılma oranının artmasıyla hemşirelik eylemini daha fazla farkına vardıklarını düşündürmektedir.

HEMŞİRELİK EYLEMİNİN FARKINA VARMA ÖLÇEĞİNDEKİ ALT GRUPLARIN İNCELENMESİ

Hastaların hemşirelik eyleminde bireyselliğin farkına varması puan ortalaması; klinik durumda 4.17±1.02, kişisel yaşamda 3.53±1.37, bakımla ilgili kararlara katılmada 3.94±1.13 olarak belirlenmiştir (Tablo 8). Berg ve ark. (121) ortopedi hastalarında yapmış oldukları çalışmada bireyselliğin farkına varma puan ortalaması, klinik durumda 4.28±0.73, kişisel yaşamda 3.29±1.10, bakımla ilgili kararlara katılmada 3.86±0.95 olarak bulmuşlardır. Çalışmanın sonuçları ve Berg ve ark. yapmış oldukları çalışmanın sonuçları klinik durumdaki hemşirelik eylemlerinde bireyselliğin daha çok farkına varıldığını göstermektedir. Bu durum hastaların klinik durumlarında bir bozulma olduğunda hemşirelik uygulamalarındaki bireyselliği daha çok algıladıkları şeklinde yorumlanabilir.

HASTALARIN KENDİ BAKIMINDA BİREYSELLİĞİ ALGILAMASI ÖLÇEĞİNDEKİ ÖNERMELERE VERDİKLERİ YANITLAR

Hastalar en yüksek (4.59±0.88) bireyselliği algılama oranının **"Hastanede bana verilen talimatlara uydum"**, en düşük (3.59±1.53) bireyselliği algılama oranının **"Bakımım sırasında, günlük aktivitelerimi (örneğin; iş, hobiler) dikkate aldılar"** olduğu belirlendi (Tablo 9). Berg

ve ark. (121) yapmış oldukları çalışmada da en yüksek puan **"Kendi bakımımda elimden geldiği kadar sorumluluk aldım"** yanıtı alırken en düşük puanı **"Bakımım sırasında, günlük aktivitelerimi (örneğin; iş, hobiler) dikkate aldılar"** yanıtı almıştır. Hemşirelik eğitiminin her aşamasında hastaların kendi bakımında söz sahibi olmasının ve bakımına katılmasının önemi vurgulanmaktadır. Hemşirelik bakım uygulamalarında bu bilginin kullanılması hastaların kendi bakımlarında bireyselliği daha fazla algılamalarına yol açmaktadır.

KENDİ BAKIMINDA BİREYSELLİĞİ ALGILAMASI ÖLÇEĞİNİN ALT GRUPLARININ İNCELENMESİ

Hastaların bireyselliği algılamalarının alt grupları incelendiğinde klinik durumda bireyselliği algılama puan ortalaması 4.31±0.99, kişisel durumda bireyselliği algılama puan ortalaması 4.01±1.10 ve kararlara katılımda bireyselliği algılama puan ortalaması 4.28±1.00 olarak belirlenmiştir (Tablo 10). Shonen ve ark. (101) yapmış oldukları çalışmada da hastaların bireyselliği algılama puan ortalamasının klinik durumda 3.41±0.97, kişisel durumda 2.46±0.92, kararlara katılmada 3.23±1.07 olduğu saptamışlardır. Çalışmaların sonuçları ortopedik cerrahi girişim geçiren hastaların bireyselliği algılamalarında klinik durumların önemi vurgulanmıştır.

Algıer ve ark. (126) yaptıkları çalışmada da, hastaların bakımları sırasında hastalık özelliklerinin dikkate alındığı ve bakım hakkındaki kararlara katılmalarının sağlandığı, ancak bakımları sırasında en az dikkate alınan faktörün kişisel yaşam durumu olduğunun bildirilmesi bizim bulgularımızla uyumlu bulunmuştur.

HASTALARIN HEMŞİRELİK BAKIMINDAN MEMNUNİYET ÖLÇEĞİNDEKİ ÖNERMELERE VERDİKLERİ YANITLAR

Hemşirelik bakımından memnuniyet ölçeğinde; en yüksek (4.55±0.77) memnuniyet puan ortalamasının **"Hemşirelerin mahremiyetinize gösterdikleri saygıdan"** olduğu belirlenmiştir (Tablo 11). Geçkil ve ark. (127) hasta memnuniyeti çalışmasında hasta mahremiyetine gösterilen saygının en yüksek puan ortalamasını aldığı belirlemişlerdir. Akyüz (128) ameliyat olan hastalarda hemşirelik bakım uygulamalarının mahremiyete/kişisel gizliliğe etkileri çalışmasında hastaların mahremiyete gösterilen saygının çok iyi olduğunu saptamıştır. Buna karşın en düşük (4.23±0.95) memnuniyet puan ortalamasının **"Hemşirelerin size ayırdığı zamanın miktarından"** olduğu belirlenmiştir (Tablo 11). Bu durum, ortopedi ve travmatoloji servislerinin yoğun, hastalarının yatağa bağımlılığının ve ağrı gibi şikayetlerinin fazla olması ve hemşirelerin hastaların tüm ihtiyaçlarını karşılayacak zamanlarının olmamasına bağlanabilir.

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

SONUÇLAR

Trakya üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programında yürütülen ortopedik cerrahi hastalarında bireyselleştirilmiş bakımı algılama ve hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlendiği bu çalışmada elde edilen bulgular ışığında aşağıdaki sonuçlara varılmıştır.

Hastaların 18 ile 88 yaş aralığında ve ortalama 48.87±19.29 yaşta, %57.7'sının kadın, %55.8'sinin ilk-ortaöğretim mezunu, %28.8'inin çalışan, %63.5'ünün evli, %94.2'sinin bir sosyal güvencesinin olduğu ve ortalama 17.71±23.01 (5-210) gün hastanede yattığı belirlenmiştir.

Hastaların %56.4'ünün protez ameliyatı nedeniyle, % 56.4'ünün acil yatışla hastaneye yattığı, %24.4'ünün romatoid artrit, diyabet, hipertansiyon gibi kronik bir hastalığının olduğu saptanmıştır.

Ortopedik cerrahi girişim geçiren hastaların hemşirelik eyleminin farkına varma, kendi bakımında bireyselliği algılama ve hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi puan ortalaması ortalamanın üstünde belirlendi (sırasıyla BBSA=3.94±0.12, BBSB=4.26±0.07, HBMÖ=82.6±14.8).

Hastaların hemşirelik eyleminde bireyselliğin farkına varma oranları arttıkça, kendi bakımında bireyselliği algılamalarının da arttığı ($p<0.001$), hemşirelik eylemlerinin farkına

varma ve kendi bakımlarında bireyselliği algılama oranları arttıkça hemşirelik bakımından memnuniyetlerinin arttığı belirlendi ($p<0.001$).

Hastaların cinsiyetinin, medeni durumunun, eğitim durumunun, mesleğinin, sosyal güvencesinin, hastaneye yatış şeklinin, ameliyat nedeninin ve kronik hastalıkların, hemşirelik eyleminin farkına varma, kendi bakımında bireyselliği algılama ve hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olmadığı görüldü ($p>0.005$).

Hemşirelik eyleminin farkına varma ölçeğinde en yüksek puanı "Elimden geldiği oranda kendi bakımımda sorumluluk alma fırsatı verdiler" en düşük puanı "Yıkanmak için tercih ettiğim zamanı sordular" ifadesi aldı.

Kendi bakımlarında bireyselleştirilmiş bakımı algılamaları ölçeğinde en yüksek puanı "Hastanede bana verilen talimatlara uydum", en düşük puanı da "Bakımım sırasında, günlük aktivitelerimi (örneğin; iş, hobiler) dikkate aldılar" ifadesi aldı.

Hemşirelik bakımından memnuniyet ölçeğinde en yüksek puanı "Hemşirelerin mahremiyetinize gösterdikleri saygıdan", en düşük puanı ise "Hemşirelerin size ayırdığı zamanın miktarından" ifadesi aldı.

ÖNERİLER

Ortopedik cerrahi girişim geçiren hastaların bireyselleştirilmiş bakımı algılama ve hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlendiği bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Ortopedik cerrahi girişim geçiren hastaların bakım planında bireyselleştirilmiş bakım uygulamalarına yer verilmesini,
- Ortopedik cerrahi girişim geçiren hastaların memnuniyetinin arttırılmasında bireyselleştirilmiş bakım uygulamaların yerine getirilmesini,
- Ortopedi hemşireleri tarafından ortopedik cerrahi girişim geçiren hastaların kişisel hijyenlerine ve yıkanmalarına hemşirelik bakım uygulamalarında özel bir önem verilmesini,
- Ortopedi hemşireleri tarafından hastaların iş, hobi ve günlük alışkanlıklarının hemşirelik bakım uygulamalarında dikkate alınmasını ve

- Ortopedi hemşirelerinin ortopedik cerrahi girişim geçiren hastalara daha çok zaman ayırmalarını önermekteyiz.

ÖZET

Bu kesitsel, tanımlayıcı araştırma, ortopedik cerrahi hastalarında bireyselleştirilmiş bakımı algılama ve hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapıldı.

Çalışma, 01.09.2009 ile 30.05.2010 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde ortopedik cerrahi girişim geçirmiş 156 hasta ile gerçekleştirildi. Veri toplama araçları olarak; kişisel bilgi formu, bireyselleştirilmiş bakım ve Newcastle hemşirelik bakımından memnuniyet ölçeği kullanıldı. Verilerin istatistiksel analizinde, sayı, yüzde, ortalama, varyans analizi, t testi ve ölçek skorlarıyla niceliksel değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. $p<0.005$ değeri istatistiksel olarak anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Hastaların yaş ortalamasının 48.87±19.29, %57.6'sının kadın, %55.7'sinin ilköğretim-ortaöğretim mezunu, %63.4'ünün evli olduğu, %71.2'inin çalışmadığı ve %94.2'nin sağlık güvencesi olduğu ve ortalama 17.71±23.01 gün hastanede yattığı saptandı.

Hastaların bireyselleştirilmiş bakım ve hemşirelik bakımından memnuniyet puan ortalamaları ortalamanın üstünde belirlendi.

Hastaların hemşirelik eyleminin farkına varma oranları arttıkça kendi bakımında bireyselliği algılamalarının arttığı, bununla birlikte hastaların hemşirelik eyleminin farkına varma ve bakımında bireyselliği algılama düzeyi arttıkça hemşirelik bakımından memnuniyet oranlarının da arttığı saptandı. Hastaların bireysel özellikleri ile ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmadı.

Ortopedik cerrahi girişim geçiren hastaların bireyselleştirilmiş bakım ve hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin arttırılmasında ortopedi hemşireleri bireyselleştirilmiş bakımı uygulamalıdır.

Anahtar kelimeler: hemşirelik, bakım, bireysellik, memnuniyet, ortopedi, hasta.

THE DETERMINATION OF INDIVIDUALIZED CARE PERCEPTIONS AND SATISFACTION LEVELS OF NURSING CARE OF PATIENTS WITH ORTHOPEDIC SURGERY

SUMMARY

This cross-sectional, descriptive study was performed to determine the perception of individualized care and satisfaction of nursing care of the patients undergone orthopedic surgery.

It was performed as a study with 156 patients, between 01.09.2009 and 30.05.2010, in Trakya University Health Research and Application Center Orthopedics and Traumatology Department and Istanbul University Cerrahpasa Medical Faculty Hospital Orthopedics and Traumatology Department. Data were collected by Personal Information Form, Individualized Care Scale and Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale. In statistical analysis of the data, frequencies, percentage, mean, variance analysis, t test and correlation to assess the relationships between scale scores and quantitative variables were used. $p<0.05$ value was considered as statistically significant.

The mean age of the patients was 48.87±19.29, it was established that %57,7 of the patients was female, %55.8 of them primary and secondary graduates, %63.5 was married, %71.2 of them wasn't working, %94.2 of them had health insurance and patients hospitalized 17.71±23.01 days. Mean scores of patients about individualized care and satisfaction with nursing care was determined better.

It was found that as the perception of individuality in care of the patients increases awareness of the patients about nursing acts increases too and as satisfaction of nursing care increases awareness of the nursing acts and perception of individuality in the care increases too.

A stastistically significant results were not found between individual characteristics and means of scale score.

To increase the individualized care and satisfaction of nursing care of the patients undergone orthopedic surgery, orthopedic nurses should implement individualized care.

Key Words: individuality nursing, orthopedic, patient care, satisfaction.

KAYNAKLAR

1. Birol L. Hemşirelik Süreci. İzmir: Etki Matbaacılık ve Yayıncılık; 2004: s.8-17.
2. Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. İstanbul: Alaş Ofset; 1999: s.51-93.
3. Şendir M. Total Kalça Protezi Ameliyat Öncesi Hasta Eğitiminin Ameliyat Sonrası Fiziksel Uyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi (Tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2000.
4. Eftekhar NS. Preoperative Planning. Total Hip Arthroplasty. By Mosby-Year Book. 1993. p. 315-317.
5. Güler E.K. Eşer İ. Hastanın Bakıma Katılımında Hemşirenin Rolü. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2008; 3(9): s.103-117.
6. Marek P. S. Management of Persons With Trauma to Hte Musculoskeletal System. Medical Surgical Nursing. Mosby. 2005.
7. Stone J. Flesh On The Bones. Nursing Standard. 2001;16(8): p.61.
8. Lee L.L. Hsu N. Chang S.C. An Evaluation of The Quality of Nursing Care In Orthopaedic Units. Journal of Orthopaedic Nursing. 2007;11():p.160–168.
9. Drozd M. Jester R. Santy J. The Inherent Components of The Orthopaedic Nursing Role: An Exploratory Study. Journal of Orthopaedic Nursing. 2007; 11():p.43-52.
10. Radwin L.E., Alster, K. Individualized Nursing Care: An Empirically Generated Definition. International Nursing Review. 2001;49():p.54-63.
11. Suhonen R. Valimaki M. Leino-Kilpi H. Individualized Care "From Patients', Nurses' and Relatives Perspective: A Review of The Literature. International Journal of Nursing Studies. 2000; 39():p.345-354.
12. Suhonen R. Valimaki M. Leino-Kilpi H. Katajisto J. Testing The Individualized Care Model. Journal of Caring Sciences. 2004; 18():p.27-36.

13. Acaroğlu R. Şendir M. Kaya H. ve ark. Bireyselleştirilmiş Hemşirelik Bakımının Hasta Memnuniyeti ve Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesine Etkisi. İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi. 2007; 15(59):p.61-67.
14. Acaroğlu R. Bireyselleştirilmiş Bakım. 1.Temel Hemşirelik Bakım Kongresi Bildiri Kitabı; 2010 Ekim 21-23; İzmir.
15. Suhonen R. Berg A. Idvall E. Adapting The Individualized Care Scale For Cross-Cultural Comparison. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2010;24():s.392-403.
16. Land L. Suhonen R. Orthopaedic and Trauma Patients' Perceptions of İndividualized Care. International Nursing Review. 2006;56():s.131–137.
17. Radwin L.E. Alster K. Individualized Nursing Care: An Empirically Generated Definition. International Council of Nurses. 2002; 49():p.54–63.
18. Suhonen R. Välimäki M. Leino-Kilpi H. Individualised Care From Patients, Nurses and Relatives Perspective–A Review of The Literature. International Journal of Nursing Studies. 2002;39(6):p.645–654.
19. Ryan P. Lauver R. The Efficacy Of Tailored İnterventions. Journal of Nursing Scholarship. 2002;34():p.331-337.
20. Çakırcalı E. Hasta Bakım ve Tedavisinde Temel İlke ve Uygulamalar. İzmir: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti; 2000. s.197-206
21. Türgay A.S. Ameliyat Öncesi, Sırası ve Sonrası Bakım. Ay F.A. (Ed.) Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2011. s.642-665.
22. Aksoy G. Akyolcu N. Kanan N. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Akyürek F.(Ed.) Eskişehir. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları. 1992.
23. Aksoy G. Ve Ark. Cerrahi Hemşireliği El Kitabı, Birinci Baskı, Vehbi Koç Vakfı Yayınları. İstanbul. 1998.
24. Onat D. Cerrahinin Tarihçesi. Sayek İ. (Ed.). Temel Cerrahi. Ankara: Güneş Kitabevi; 1996. s.5-27.
25. Erdil F. Cerrahi Hemşireliği Temel Kavramlar. Erdil F. Elbaş N.Ö.(Ed.) Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği. Ankara: Aydoğdu Ofset; 2001. s.97-103.
26. Acarlı KS. Akyüz A. Arıoğul O. ve ark. Genel Cerrahi. Ed: Değerli Ü. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul; 1998.
27. İğçi A. Dinççağ A. Akyüz A. ve ark. Genel Cerrahi. Ed: Kalaycı G. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul; 2002.

28. Yavuz M. Cerrahi Bakım. Karadakovan A. Aslan F.E. (Ed.) Dahili ve Cerrahi Hastalarda Bakım. Adana: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd.Şti; 2010. s.293-395.
29. Ay F.A. Preoperatif Hazırlık-Postoperatif Bakım ve Takip. Ay F.A (Ed.) Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. İstanbul Medikal Yayıncılık. İstanbul; 2007:s.393-495.
30. Bilik Ö. Kalça Protezi Uygulanmış Olan Hastaların Evde Telefonla İzlenmesinin İyileşmeye Etkisi (Tez). İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı; 2006.
31. Hill N. Davis P. Nursing Care of Total Joint Replacement. Journal of Orthopaedic Nursing. 2000;4():p.41–45.
32. Shyu Y-I.L. Chan, M-C. Liang, J. Changes In Quality of Life Among Elderly Patients With Hip Fracture In Taiwan. Osteoporos Int. 2004; 15(): p.95-102.
33. Camp N.H. Patient Outcomes In Medical-Surgical Nursing, Springhouse Corporation, 1995:p.337-343.
34. National Institute For Health. NIH Concensus Statement on Total Knee Replacement. NIH Concensus Statements, Sci Statements 2003: 8–10 December, 20(1),p.1–34.
35. Land L. Shonen R. Patients' Perceptions of Individualized Care. International Nursing Review. 2009; 56(): p.131–137.
36. Eftekhar N.S. Preoperative Planning. Total Hip Arthroplasty. By Mosby-Year Book. 1993; p.315-317.
37. Bölükbaşı S. Kemik ve Yaşlanma. Türkiye Klinikleri. 2008; 28(): s.130-133.
38. Atabek T. Yaşlılarda Kazaların Önlenmesi. Hemşirelik Bülteni; 1994:8(31):s.62-67.
39. Yaban Z.Ş. Karaöz S. Total Kalça Protezi Ameliyatında Hemşirelik Bakımı. C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 2007; 11 (1):s.47-53.
40. Davidhizar R. The Orthopedic Patient's Special Need For Holistic Caring. The Journal of Practical Nursing. 2001;51(3):p.18–22.
41. Santy J. Orthopaedic and Trauma Nursing: What's in a Name?. Journal Of Orthopaedic Nursing. 2000;4():p.127–129.
42. Çakmak M. Ortopedi. Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul. 1998.
43. Tenekecioğlu Y. Akgün I. Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Öğrenci Ders Kitabı. İ.Ü. Basım Ve Yayınevi Müdürlüğü. İstanbul. 2008.
44. Yetkin H. Yazıcı M. Miller'in Ortopedi Kitabı. Akademi Doktorlar Yayınevi. Ankara 2006.
45. Arrendt E. Buss D. Putnam M. Ortopedi El Kitabı.Ed: Swiontkowski M.F. Leblebicioğlu G. Güneş Kitabevi. Ankara: 2003.
46. Tenekecioğlu Y. İ.Ü.Ortopedi Ve Travmatoloji AD.Arşiv Kayıtları.2010.

47. Skinner H.B. Alparslan M. Current. Ortopedi Güncel Tanı ve Tedavi. Güneş Tıp Kitabevi. Ankara. 2005
48. Skinner H.B. Fitzpatrick M. Ortopedinin Esasları. (Ed)Olcay E. Nobel Tıp Kiatbevi. İstanbul. 2009.
49. Oto M. Kronik Osteomiyelitte Tanı ve Medikal-Cerrahi Tedavi Kombinasyonunun Değeri. Pamukkale Tıp Dergisi. 2008; 1(). s.50-58.
50. Murray C.A. Management of Patients With Problems of The Musculoskeletal System. Ignatavicius D.D. Workman M.L. (Ed.) Medical-Surgical Nursing. 6. Baskı. United States of America: Elsevier; 2010.p.1140-1210.
51. Yorgancıgil H. Özerdemoğlu R.A. Kas İskelet Sistemi Tümörleri Tanı ve Tedaviye Genel Bakış. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 1995; 2(1):p.29-31.
52. Solakoğlu D. Benzer E. Kemik Tümörlerinin Yaş, Cinsiyet ve Lokalizasyonuna Göre Dağılımı. Acta Oncologica Turcica. s.38-43.
53. Arıkan M. Metin E. Güngör Ş. ve ark. Osteosarkomda Cerrahi Tedavi Sonuçlarımız. Acta Oncologica Turcica 2007;40():s.23-26.
54. Aygan İ. Tuncay İ. Tosun N. ve ark. Ampütasyonlar; Nedenleri ve Seviyeleri. Artroplasti Artroskopik Cerrahi. 1999; 10(2): s.179.183.
55. Fındık Ü. Y. Ampütasyonlu Bireylerin Evde Bakımı. Hemşirelik Forumu. 2001;4(2-3):s.48-52.
56. Akalın Y. Aşık M. Bilen F.E. Ortopedik Travmatoloji. Ed: Alturfan A.K. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul 2002.
57. Erden Z. Tuğay N. Akarcalı İ. ve ark. Kalça Kırığı Olan Yaşlı Hastaların Erken Dönem Fonksiyonellikleri Ve Bakım Olanakları. Hacettepe Ortopedi Dergisi. 2000;10(4):s.130-133.
58. Erdil F. Bayraktar N. Yaşlı Bireylerde Kas İskelet Sorunlarına Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları. İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi. 2010;18(2):s.106-113.
59. Http://Nursing.Ucsfmedicalcenter.Org/Education/ Pcaselfstudy Modules/66.Pdf).
60. Booth J. Traction Update, Journal of Orthopaedic Nursing. 2002;6():p.230–235.
61. Davis P. S. The Principles of Traction, Nursing, Oxford.1989;3(34):p.5–8.
62. Davis P. Barr L. Principles of Traction, 1999,3().p. 222–227
63. Brink A.C. Boonstra O. Ultee J.M. ve ark. Is Preoperative Traction For Proximal Femoral Fractures Beneficial To The Patient or a Comfort To The Doctor?. European Journal of Trauma. 2005;1():S.39-43.
64. Schoen D.C. Adult Ortopaedic Nursing. Publication Philadelphia Lippincott. 2000.

65. Mcmahon Mf, Nursing Care of a Patient on Traction, Feidhmeannacht Na Seirhhise Slainte Healty Service Executive. 2004.
66. Anderson G. Harper W. Connolly C. ve ark. Preoperative Skın Traction For Fractures of The Proximal Femur, The Journal of Bone and Joint Surgery.
67. Stranahan S. Spiritual Perception, Attitudes About Spiritual Care Practices Among Nurse Practitioners. Western Journal of Nursing Research. 2001;23(1): p.90-104.
68. Ergül Ş. Bayık A. Hemşirelik ve Manevi Bakım. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004; 8(1):s.37-45.
69. Ay F.A. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. 2011:s.2-11.
70. Karagözoğlu Ş. Bilimsel Bir Disiplin Olarak Hemşirelik. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005; 9(1):s.6-14.
71. Çoban G. İ. Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Erzurum: T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı; 2006.
72. Watters C.L. Harvey C.V. Meehan A.J. ve ark. Palliative Care a Challenge for Orthopaedic Nursing Care. Orthopaedic Nursing. 2005;24(1):p.4-7.
73. Silvestri L. Ziran B. Hull T. ve ark. Is Perception of Nursing Care Among Orthopaedic Trauma Patients İnfluenced By Age? Journal of Orthopaedic Nursing. 2008;12():p.64–68.
74. Kneale J. Knight C. Do Orthopaedic Nurses Have An Effect on The Quality of Patient Care? Journal of Orthopaedic Nursing. 1997;1():p.115-117.
75. Love C. Orthopaedic Nursing; A Study of Its Specialty Status. Nursing Standard.1995; 9(44): p.36-40.
76. Love C. Fasting The Patient Before Operation. Journal of Ortopaedic Nursing. 2002;6():p.41-48.
77. Orr PM. An Educational Program For Total Hip and Knee Replacement Patient As Part of a Total Arthritis Center Program. Orthop Nurs. 1990:9(5):61-69.
78. Santavirta N. Sarvimaki A. Lillquist G. Teaching of Patients Undergoing Total Hip Replacement Surgery Int J Nurs Stud. 1994. 31(2):135-142.
79. Sarıkaya S. Preoperatif ve Postoperatif Pulmoner Fizyoterapi Uygulamaları. Türk Fiz.Tıp. Rehab. Derg. 2006;52():s.123-128.
80. Aslan F.E. Ağrı Değerlendirme Yöntemleri. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokul Dergisi. 2002; 6(1): s.9-16.

81. Idvall E. Berg A. Patient Assessment of Postoperative Pain Management–Orthopaedic Patients Compared To Other Surgical Patients. Journal of Orthopaedic Nursing. 2008;12():p.35–40.
82. Düzel V. Hemşire ve Hastaların Postoperatif Ağrı Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması. (Tez) Adana: T.C. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2008.
83. Schonen D.C. Pain In The Orthopaedic Patient. Orthopaedic Nursing . 2007;26(2):s.14-144.
84. Büyükyılmaz F. Aştı T. Ameliyat Sonrası Ağrıda Hemşirelik Bakımı. Atatürk Ünv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2009; 12(2):s.84-93.
85. Çöçelli L.P. Bacaksız B.D. Ovayolu N. Ağrı Tedavisinde Hemşirenin Rolü. Gaziantep Tıp Dergisi. 2008; 14():s.53-58.
86. Akdemir N. Akkuş Y. Rehabilitasyon ve Hemşirelik. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006;():s.82–91.
87. Berk A. Total Diz Protezi Orta Dönem Sonuçları.(Tez). İstanbul: T.C Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi; 2008.
88. Erkal 2007. Gökdoğan F. Karadakovan A. Pınar R. ve ark. Kas İskelet Sistemi Bakım Planları. Akbayrak N. Erkal E.İ. Ançel G. Albayrak A. (Editörler) Hemşirelik Bakım Planları. Ankara: Alter Yayıncılık; 2007:s.981-1017.
89. Topçu S.Y. Yaşlılarda Bası Yarasının Önlenmesi. Fındık Ü.Y. Erol Ö. (Editörler) Geriatrik Hasta ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Alter Yayıncılık; 2010:s.262-273.
90. Turgay A.S. Basınç Yaralarının Önlenmesinde Standart Hemşirelik Bakımın Etkisinin İncelenmesi (Tez). İzmir. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Entitüsü Hemşirelik Programı; 1998.
91. Karadağ A. Basınç Ülserleri: Değerlendirme, Önleme ve Tedavi. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu. 2003;7(2): s.41-48.
92. Ökdemir P. Bası Yaralarından Korunma ve Hemşirelik Bakımı. Erdost Ş. K. Çetinkale O. (Editörler) Yara Bakımı ve Tedavisi. İstanbul: Hünkar Ofset; 2008:s.59-68.
93. Cohen S. Orthopaedic Patient's Perceptions of Using A Bed Pan. Journal of Orthopaedic Nursing. 2009;13():p.78–84.
94. Smeltzer S. C. Bare BG. Brunner And Suddarth's Textbook of Medical Nursing. Lippincoat C. Philadelphia.1996:8;p.487-1114.
95. Davis P. S. Nursing The Orthopaedic Patient. Churchill Livingstone. Edinburg.1994;69-100.283-305.

96. Davis P. S. The Hidden Threat: Deep Vein Thrombosis. Journal Of Orthopaedic Nursing.1998: 2(1): p.45–51.
97. Arslan A.K. Tecimel O. Aksekili A. ve ark. Derin Ven Trombüsü ve Ortopedik Cerrahideki Önemi. Dirim Tıp Gazetesi. 2008;83():s.129-133.
98. Altıntaş F. Kalça ve Diz Artroplastilerinde Tromboembolizm. Acta Orthop Traumatol Turc. 2000;34():s.101-109.
99. Reed J. Individualized Nursing Care: Some Implications. Journal of Clinical Nursing. 1992; 1():s.7-12.
100. Suhonen R. Valimaki M. Katajisko J. Individualized Care In A Finnish Healthcare Organization. Journal Of Clinical Nursing. 2000; 9(): p.218-227.
101. Suhonen R.Valimaki M. Leino-Kilpi H. Individualized Care, Quality of Life And Satisfaction With Nursing Journal of Advanced Nursing, 2005;50(3): p.283–292.
102. Lauver, D.R., Ward, S.E., Heidrich, S.M., At Al. Patient-Centered İnterventions. Research In Nursing & Health,2002;25():p.246-255.
103. Acaroğlu R. Suhonen R. Şendir M. ve ark. Reliability And Validity of Turkish Version of The Individualised Care Scale Journal of Clinical Nursing,2010;20:s.136–145.
104. Suhonen R. Valimaki M. Leino-Kilpi H. A Review of Outcomes of Individualised Nursing Interventions on Adult Patients. Journal of Clinical Nursing.2006; 17():p.843–860.
105. Shonen R. L. A. Schmidt And Radwin L. Measuring Individualized Nursing Care: Assessment of Reliability and Validity of Three Scales. Journal of Advanced Nursing. 2007; 59(1):p.77–85.
106. Suhonen R. Berg A. Idvall E. Ve Ark. Adapting The Individualized Care Scale For Cross-Cultural Comparison. Scand J Caring Sci. 2010;24():p.392–403.
107. Carr-Hill A.R. The Measurementof Patient Satisfaction. Journal of Public Health Medicine. 1992; 14(3):p.236-249.
108. Özgen H. Sağlık Bakım Hizmetlerinde Kalite Nedir? Hasta Tatmini Boyutuyla İlgili Bir Değerlendirme. Toplum ve Hekim. 1995; 10(160-70):s.137-142.
109. Turhan Y. Elektif Cerrahi Operasyon Planlanan Hastalarda Preoperatif ve Postoperatif Anksiyetenin Hasta Memnuniyeti ile İlişkisi (Tez). Adana; Çukurava Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoji Ve Reanimasyon Anabilim Dalı:2007.
110. Tan N.U. Cerrahi Hastalarının Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi (Tez). İstanbul; Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı: 2006.

111. Yılmaz M. Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2001;5(2): s.69-74.
112. Uzun G. Mastektomi Ameliyatı Olan Hastalarda Postoperatif Dönemde Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyeti ve Bireyin Sosyodemografik Özellikleri ile İlişkisinin Değerlendirilmesi (Tez). Edirne; Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı:2009.
113. Uzun Ö. Hemşirelik Bakım Kalitesi ile İlgili Newcastle Memnuniyet Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliliğinin Saptanması. Türk Hemşireler Dergisi.2003;2(54): s.16-24.
114. Erdem R. Rahman S. Avcı L. ve ark. Hasta Memnuniyetinin Hasta Bağlılığı Üzerine Etkisi. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2008;31():s.95-110.
115. Tan M. Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2001; 5(2):s.69-74.
116. Akın S. Erdoğan S. The Turkish Version of The Newcastle Satisfaction With Nursing Care Scale Used on Medical And Surgical Patients. Journal of Clinical Nursing, 2007;16():s.646–653.
117. Fındık Ü.Y. Ünsar S. Süt N. Patient Satisfaction with Nursing Care and Its Relationship with Patient Characteristics. Nursing and Health Sciences.2010;12(): s.162–169.
118. Özlü Z. K. Erzurum İlinde Farklı Hastanelerdeki Cerrahi Kliniklerde Yatmış Olan Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirilmesi (Tez). Erzurum; Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü:2006.
119. Özer A. Çakıl E. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Etmenler. Tıp Araştırmaları Dergisi. 2007;5(3):s.140-143.
120. Aytar G. Yeşildal N. Yatan Hasta Memnuniyeti. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi. 2004; 3():s.10-14.
121. Berg A. Suhonen R. Idvall E. A Survey Of Orthopaedic Patients' Assessment Of Care Using The Individualised Care Scale. Journal Of Orthopaedic Nursing. 2007;11(): p.185–193.
122. Şendir M. Büyükyılmaz F. Yazgan İ. Ve Ark. Ortopedi Ve Travmatoloji Hastalarının Hemşirelik Bakımına İlişkin Deneyim Ve Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi. 1.Temel Hemşirelik Bakım Kongresi Bildiri Kitabı; 2010 Ekim 21-23; İzmir.
123. Radwin L. Cancer Patients' Demographic Characteristics And Ratings of Patient-Centered Nursing Care Journal of Nursing Scholarship.2003;35(4):p.365–370.
124. Pehlivan S. Ovayolu N. Uçan Ö. ve ark. Hemodiyaliz Hastalarının Verilen Bakımdan Memnun Olma Durumları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2007; 2(4): s.50-56.

125. Önsüz M. F. Topuzoğlu A. Cöbek U.C. ve ark. İstanbul'da Bir Üniversitesi Hastanesinde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyi. Marmara Medical Journal. 2008; 21(1):s.33-49.
126. Algıer L.Abbasoğlu A. Hakverdioğlu G. ve ark. Hastaların ve Hemşirelerin, Hemşirelik Girişimlerinin Önemini ve Algılamaları. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2005;9(1): s.33-40.
127. Geçkil E: Dündar Ö. Şahin T. Adıyaman İl Merkezindeki Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2008;():s.41–51.
128. Akyüz E.B. Ameliyat Olan Hastalarda Hemşirelik Bakım Uygulamalarının Mahremiyete/Kişisel Gizliliğe Etkileri Konusunda Hastaların ve Hemşirelerin Görüşleri (Tez). Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Ankara. 2008.
129. Suhonen R. Valimaki M. Katajisko J. ve ark. Hospitals' Organizational Variables and Patients' Perceptions of Individualized Nursing Care In Finland. Journal of Nursing Management. 2007;15(): p.197-206.

TABLOLAR DİZİNİ

TABLOLAR **SAYFA**

Tablo 1. Hastaların Bireysel Özelliklerinin Dağılımları……..……..37

Tablo 2. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımları……..…….....38

Tablo 3. Bireyselleştirilmiş Bakım ve Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeklerinin Total Puanları……...…..……...…38

Tablo 4. Bireyselleştirilmiş Bakım ve Hemşirelik Bakımından Memnuniyet İlişkisi…..……...39

Tablo 5. Hastaların Bireysel Özellikleri ile Bireyselleştirilmiş Bakım ve Hemşirelik Bakımından Memnuniyet…...……...……..40

Tablo 6. Hastaların Hastalık Özellikleri ile Bireyselleştirilmiş Bakım ve Hemşirelik Bakımından Memnuniyet…….……...……43

Tablo 7. Hastaların Hemşirelik Eyleminin Farkına Varma Ölçeğindeki Önermelere Verdikleri Yanıtlar…….…….…….……45

Tablo 8. Hemşirelik Eyleminin Farkına Varma Ölçeğinin Alt Gruplarının İncelenmesi…….46

Tablo 9. Hastaların Kendi Bakımında Bireyselliği Algılama Ölçeğindeki Önermelere Verdikleri Yanıtlar..……...…….…….…….…47

Tablo 10. Kendi Bakımında Bireyselliği Algılama Ölçeğinin Alt Gruplarının İncelenmesi...……...…….48

Tablo 11. Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeğindeki Önermelere Verdikleri Yanıtlar……49

ÖZGEÇMİŞ

1985 yılında Hayrabolu'da doğan Fatma Tekin ilköğretimini Aydınlar Köyü İlköğretim okulunda, ortaokulu Hüseyin Korkmaz İlköğretim okulunda ve lise eğitimini Hayrabolu Anadolu Lisesinde tamamladı. 2003 yılında Trakya Üniversitesi Edirne Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünde başladığı eğitimini 2007 yılında tamamladı ve hemşirelik unvanı aldı. 2008 yılının Eylül ayında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Bölümünde yüksek lisans eğitimine başladı.

2007 Ağustos ayında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Servisinde hemşire olarak görev yapmaya başlamış ve halen bu görevi sürdürmektedir.

2009 Kasım ayında düzenlenen IV. Ortopedi ve Travmatoloji Hemşireliği Kongresinde Alçı ve Traksiyon Uygulamalarında Hemşirelik Bakımı konusunu sunmuştur.

EKLER

Ek 1. Hasta Bilgi Formu

Ek 2. Bireyselleştirilmiş Bakım Ölçeği

Ek 3. Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği

Ek 4. Etik Kurul İzni

Ek 1

HASTA BİLGİ FORMU

Bu çalışma ‘Ortopedik Cerrahi Hastalarının Bireyselleştirilmiş Bakımı Algılama ve Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi’ amacıyla planlanmıştır. Bu formlarda yer alan sorulara doğru ve tam cevap vermeniz bireyselleştirilmiş bakımın öneminin saptanması ve hastaların bireyselleştirilmiş bakımdan memnuniyet düzeylerinin belirlenmesinde bilgi oluşturacak ve hastaların hemşirelik bakımının geliştirilmesine olumlu katkı sağlayacaktır.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

1. Yaş…….
2. Cinsiyet : ( ) Kadın ( ) Erkek
3. Eğitim Durumu: ( ) İlköğretim-Ortaöğretim ( ) Lise ( ) Üniversite ve üstü
4. Meslek: ( ) Çalışıyor ( ) Çalışmıyor
5. Medeni Durum: ( ) Evli ( ) Bekâr

5-Sosyal güvence: ( ) Var ( ) Yok

6-Ameliyat Gereksinimi: ( ) Elektif ( ) Acil

7. Yatış Nedeni: Kalça ( ) Diz ( ) Ayak ( ) Omuz-Kol ( ) Vertebra ( )

8- Hastanede Yatma Süresi; ……

9- Özgeçmiş; ( ) Obezite ( ) Romatoid Artrit ( ) Nörolojik sorun

10- Aşağıdaki sorulara katılıyorsanız evet (E), katılmıyorsanız hayır (H) işaretleyiniz.

a). Hemşirelerin Benimle bir birey olarak ilgilenmesi önemlidir. (E) (H)

b). Yatışım sırasında hemşireler benimle özgün bir birey olarak ilgilendiler. (E) (H)

EK 2

BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ BAKIM ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ifadeler hastanede kaldığınız süre boyunca hemşireler tarafından verilen bakımla ilgilidir. Lütfen fikrinizi veya deneyiminizi en iyi karşılayan ifadeyi daire içine alınız.

1 =Katılmıyorum 2 = Kısmen katılıyorum 3 = Kararsızım

4 = Kısmen katılıyorum 5 = Tamamen katılıyorum.

A01 Durumuma dair hislerim hakkında benimle konuştular.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
A02 Bakım ve ilgi gerektiren ihtiyaçlarım hakkında benimle konuştular.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
A03 Elimden geldiği oranda kendi bakımımda sorumluluk alma fırsatı verdiler.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
A04 Nasıl hissettiğim konusundaki değişiklikleri tanımladılar.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
A05 Korkularım ve endişelerim hakkında benimle konuştular.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
A06 Bu durumun beni nasıl etkilediğini anlamaya çalıştılar.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
A07 Bu durumun benim için ne anlam taşıdığı hakkında benimle konuştular.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
A08 Hastane dışındaki günlük hayatımda ne tür şeyler yaptığımı sordular (iş, hobiler).	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
A09 Daha önce hastanede yatıp yatmadığımı ve yattıysam bu süredeki deneyimlerimi sordular.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
A10 Günlük alışkanlıklarımı sordular (örn., kişisel hijyen).	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
A11 Ailemin, bakımımda yer almasını isteyip istemediğimi sordular.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
A12 Hastanede bana verilen talimatları anlayıp anlamadığımı kontrol ettiler.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
A13 Durumum hakkında neleri bilmek istediğimi sordular.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
A14 Bakımımla ilgili olarak kişisel isteklerimi dinlediler.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
A15 Bakımımla ilgili kararlara katılmama yardımcı oldular.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
A16 Bakımımla ilgili düşüncelerimi ifade etmeme yardımcı oldular.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
A17 Yıkanmak için tercih ettiğim zamanı sordular.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

Aşağıdaki ifadeler halen yatmakta olduğunuz hastanedeki deneyimlerinizle ilgilidir. Lütfen fikrinizi veya deneyiminizi en iyi karşılayan ifadeyi daire içine alınız.

1 = Katılmıyorum 2 = Kısmen katılıyorum 3 = Kararsızım

4 = Kısmen katılıyorum 5 = Tamamen katılıyorum

B01 Bakımım sırasında, durumum hakkındaki hislerimi göz önünde bulundurdular.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
B02 Bakımım sırasında, bakım ve ilgi gerektiren ihtiyaçlarımı göz önünde bulundurdular.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
B03 Kendi bakımımda elimden geldiği kadar sorumluluk aldım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
B04 Bakımım sırasında, hissettiğim değişiklikleri göz önünde bulundurdular.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
B05 Bakımım sırasında, tüm korkularımı ve endişelerimi göz önünde bulundurdular.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
B06 Bakımım sırasında, durumumun beni nasıl etkilediğini göz önünde bulundurdular.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
B07 Bakımım sırasında, hastalığımın kişisel olarak benim için ne ifade ettiğini göz önünde bulundurdular.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
B08 Bakımım sırasında, günlük aktivitelerimi (örneğin; iş, hobiler) dikkate aldılar.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
B09 Bakımım sırasında, önceki hastanede kalma deneyimlerimi göz önünde bulundurdular.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
B10 Hastanede kaldığım süre boyunca, günlük alışkanlıklarımı göz önünde bulundurdular (örneğin; kişisel hijyen).	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
B11 Ailem, istediğim zaman bakımımda yer aldılar.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
B12 Hastanede bana verilen talimatlara uydum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
B13 Durumum hakkında hemşirelerden yeterli bilgi aldım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
B14 Bakımım sırasında, dile getirdiğim isteklerimi dikkate aldılar.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
B15 Bakımımla ilgili kararlara katıldım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
B16 Bakımım sırasında, dile getirdiğim düşünceleri göz önünde bulundurdular.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
B17 Yıkanma zamanı hakkında kendi kararımı kendim verdim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

EK 3

HEMŞİRELİK BAKIMINDAN MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ

Sayın Katılımcı: aşağıdaki sorular hastanede kaldığınız süre içinde aldığınız hemşirelik bakımına ilişkin görüşlerinizi öğrenmemize yardımcı olacaktır. Her soru için lütfen tek bir rakamı daire içine alarak, her cümle ile ilgili memnuniyet derecenizi belirtiniz. Hastanede/ serviste yattığınız zamanı dikkate alarak aşağıdaki konularda neler düşündüğünüzü belirtiniz.

	Hiç memnun değildim	Nadiren memnundum	Memnundum	Çok memnundum	Tamamen memnundum
1. Hemşirelerin size ayırdığı zamanın miktarından	1	2	3	4	5
2. Hemşirelerin işlerindeki becerikliliğinden	1	2	3	4	5
3. Her an sizinle ilgilenecek bir hemşirenin yakınınızda bulunmasından	1	2	3	4	5
4. Hemşirelerin sizin bakımınızla ilgili sahip olduğu bilgi düzeyinden	1	2	3	4	5
5. Çağırdığınızda hemşirelerin hemen gelmelerinden	1	2	3	4	5
6. Hemşirelerin sizi kendi evinizdeymiş gibi hissettirmelerinden	1	2	3	4	5
7. Hemşirelerin size durumunuz ve tedaviniz ile ilgili yeterli bilgi vermelerinden	1	2	3	4	5
8. Hemşirelerim iyi olup olmadığınızı yeterli sıklıkla kontrol etme durumundan	1	2	3	4	5
9. Hemşirelerin size yardımcı olmalarından	1	2	3	4	5
10.Hemşirelerin size açıklama yapma biçiminden	1	2	3	4	5
11 .Hemşirelerin akraba yada arkadaşlarınızı rahatlatma biçiminden	1	2	3	4	5
12.Hemşirelerin işlerini yapma konusundaki tutumlarından	1	2	3	4	5
13.Hemşirelerin durumunuz ve tedavinizle ilgili olarak size verdikleri bilginin yeterliliği	1	2	3	4	5
14.Hemşirelerin size önemli bir insan gibi davranmalarından	1	2	3	4	5
15.Hemşirelerin endişe ve korkularınızı dinleme biçiminden	1	2	3	4	5
16.Serviste size tanınan serbestliğin miktarından	1	2	3	4	5
17.Hemşirelerin sizin bakımınız ve tedaviniz ile ilgili isteklerinize gönüllü yanıt vermelerinden	1	2	3	4	5
18.Hemşirelerin mahremiyetinize gösterdikleri saygıdan	1	2	3	4	5
19.Hemşirelerin sizin bakımınız ve tedaviniz ile ilgili gereksinimlerinizin farkında olmalarından	1	2	3	4	5

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI

Sayı : 22491
Konu :

İstanbul ...../...../.....
20 Temmuz 2009

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Enstitüsü Müdürlüğüne

İLGİ: 30.06.2009 tarihli, 502441 sayılı yazınıza:

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği **Yüksek Lisans Öğrencisi Hemşire FATMA TEKİN'in Yard.Doç.Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK'ın** danışmanlığında yürüteceği **"Ortopedik Cerrahi Hastalıkları Bireyselleştirilmiş Bakımı Algılama ve Hemşirelik Bakımımdan Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi"** başlıklı **Yüksek Lisans Tezi** hakkında ilgi yazınız ve ekleri **07 Temmuz 2009** tarihinde toplanan Fakültemiz Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup, etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi, durumun adı geçen anabilim dalı başkanlığına bildirilmesini saygılarımla rica ederim.

EKİ:
1 dosya

Prof.Dr. Özgün ENVER
Vekil Dekan ve Etik
Kurul Başkanı

Not: Yanıtlarda yazımızın gün sayısının belirtilmesi rica olunur.Tel(0212)4143000

TRAKYA UNIVERSITESI TIP FAKULTESI DEKANLIGI
YEREL ETİK KURULU Edirne, Türkiye
ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTFEK 2009 / 131
	PROTOKOL ADI	Ortopedik Cerrahi Hastalarının Bireyselleştirilmiş Bakımı Algılama ve Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Yrd. Doç. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	T.Ü. Edirne Sağlık Yüksekokulu
	BAŞVURULAN ETİK KURUL	T.Ü.T.F. Yerel Etik Kurulu
	DESTEKLEYİCİ FIRMA	Araştırıcıların Kendileri
	FAZI	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	☒ Tek Merkez ☐ Çok Merkez ☒ Ulusal ☐ Uluslar arası

DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Değişiklik No.su	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	04.06.2009		☒ Türkçe	☐ İngilizce
	ARAŞTIRICI BROŞÜRÜ			☐ Türkçe	☐ İngilizce
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ			☐ Türkçe	☐ İngilizce
	OLGU RAPOR FORMU			☐ Türkçe	☐ İngilizce

KARAR BİLGİLERİ	
	Karar No: 11 / 07 **Tarih: 11.06.2009**
	Üniversitemiz Edirne Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Ümmü Yıldız FINDIK'ın sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Fatma TEKİN'in tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeleri araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, **araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda** gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI: Helsinki Bildirgesi, Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu

ÜYELER

Ünvanı / Adı / Soyadı Ek Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Dikmen DÖKMECİ Başkan	Farmakoloji	T.Ü.T.F Farmakoloji A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Ümit N. BAŞARAN Başkan Yardımcısı	Çocuk Cerrahisi	T.Ü.T.F. Çocuk Cerrahisi A.D.	E	E H	E H	
Prof.Dr. Betül Biner ORHANER Üye	Çocuk Sağ. ve Hst.	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hst. A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Dilek MEMİŞ Üye	Anesteziyoloji	T.Ü.T.F. Anesteziyoloji A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Ömer Nuri PAMUK Üye	Romatoloji	T.Ü.T.F. İç Hst. A.D.	E	E H	E H	İzinli
Yrd. Doç. Dr. Hakan ERBAŞ Üye	Biyokimya	T.Ü.T.F. Biyokimya A.D.	E	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Ufuk USTA Üye	Patoloji	T.Ü.T.F. Patoloji A.D.	E	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Üye	Deontoloji ve Tıp Tarihi	T.Ü.T.F. Deontoloji ve Tıp Tarihi A.D.	K	E H	E H	
Ecz. Emine SAKMAN Üye	Eczacı	T.Ü.T.F. Başhekimliği	K	E H	E H	
Avukat Barış DEMİREL Üye	Hukuk	T.Ü. Rektörlüğü	E	E H	E H	Katılmadı

* Araştırma ile İlişki
** Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Murat DİKMENGİL
Dekan

D-376

T.C
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

Sayı: B.30.2.TRK.0.20.01.00/ 102-6318

Konu:

12 HAZİRAN 2009

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
EDİRNE SAĞLIK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Yerel Etik Kurulumuza başvurusunu yaptığınız 11.06.2009 tarih ve 11 sayılı oturumunc görüşülmüş olup, alınan 07 no.lu karar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Murat DİKMENGİL
Dekan

Ek: 1
7-Üniversitemiz, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Bölü ğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK'ın yürütücüsü olduğu **"Ortopedik Cerrahi Hastaları Bireyselleştirilmiş Bakımı Algılama ve Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi"** a TÜTFEK 2009/131 protokol no.lu Yüksek Lisans Öğrencisi Fatma TEKİN'in tez çalışmasının incelenmesi.

T.C.
T.C EDİRNE S.Y.O. MÜDÜRLÜĞÜ
GELEN EVRAK
16.06.09
926

17.06.2009

Posta Adresi :
T.Ü. Tıp Fakültesi Güllapoğlu Yerleşkesi 22030 EDİRNE
e-posta : dekanlik@trakya.edu.tr Elektronik Ağ : http://tipfak.trakya.edu.tr
Telefon : (0284) 235 76 53, 2357373
Faks : (0284) 235 76 52

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

EDİRNE
30/06/2009

SAYI : B.30.2.TRK.0.A1.00.00./502-661

KONU :

İ.Ü.CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Sayı: 25488
Geldiği Tarih: 30 Haziran 2009

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
Etik Kurulu Başkanlığına

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans programında öğrenim gören Fatma TEKİN'e ait ve Yrd.Doç.Dr.Ümmü YILDIZ FINDIK'ın yürütücülüğündeki "Ortopedik Cerrahi Hastalıkları Bireyselleştirilmiş Bakımı Algılama ve Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi" konulu tezin etik açıdan değerlendirilmesi hususunda gereğini bilgilerinize arz ederim.

Doç.Dr.Bülent S. CİGALI
Müdür a.
Müdür Yardımcısı

Posta Adresi:
T.Ü.Güllapoğlu Yerleşkesi
22030 EDİRNE

Tel : (0-284) 2353098
e-posta: saglbl@trakya.edu.tr

Fax: (0-284) 2357655