



T.C.

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

**ALT EKSTREMİTE CERRAHİSİ GEÇİREN BİREYLERİN
BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ BAKIM ALGISININ KONFOR
DÜZEYİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Beyza BEKTAŞOĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

DR. ÖĞR. ÜYESİ SEMRA EYİ

Eskişehir

2022



T.C.

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

**ALT EKSTREMİTE CERRAHİSİ GEÇİREN BİREYLERİN
BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ BAKIM ALGISININ KONFOR
DÜZEYİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Beyza BEKTAŞOĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

DR. ÖĞR. ÜYESİ SEMRA EYİ

Eskişehir

2022

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince bana her zaman rehberlik ederek ilgi ve desteğini esirgemeyen, beni sabır ve anlayışla yönlendiren, zamanını ve güvenini esirgemeyerek yanımda olan ve yol gösteren, değerli hocam ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Semra Eyi'ye,

Hayatımın her anında destek ve sevgilerini yanımda hissettiğim, hakkını ödeyemeyeceğim annem Aynur Bektaşoğlu ve babam Mustafa A. Bektaşoğlu'na,

Ailem gibi olan ve her zaman manevi desteklerini hissettiğim Kocaeli Üniversite Hastanesi Ortopedi servisinde çalışan meslek arkadaşlarıma,

Tanıdığım günden beri en yakın dostum, her alanda destekçim olan canım arkadaşım Öznur Demirtaş'a,

Kısa sürede varlığıyla bana çok büyük anlamlar katan, desteğiyle güç veren değerli Kubilay Cankurt'a,

Ve adını sayamadığım katkıda bulunan herkese en içten duygularıyla ve tüm kalbimle teşekkürlerimi sunarım.

Beyza BEKTAŞOĞLU

ÖZET

Alt Ekstremitte Cerrahisi Geçiren Bireylerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algısının Konfor Düzeyi Üzerine Etkisi

Amaç: Bu çalışma alt ekstremitte cerrahisi geçiren bireylerin bireyselleştirilmiş bakım algısının konfor düzeyine etkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

Materyal ve Metod: Araştırmanın örneklemini, örneklem seçim kriterlerine uyan, 01.01.2021 ile 30.07.2021 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde alt ekstremitte cerrahisi sonrası serviste yatan toplam yüz hasta oluşturmuştur. Araştırma verileri “Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu, “Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası” ve “Genel Konfor Ölçeği” ile ameliyattan 48 saat sonra, hastanede kendi odasında yatan hastalarla yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesi için bağımsız örneklem t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma sonucunda hastaların çoğunluğunun 36-55 yaş aralığında, %57’sinin erkek olduğunu, %53’ünün servise planlı geldiğini , %69’unun ise daha önce hastanede yattığı belirlenmiştir. 1-5 gün yatağa bağımlı olan hasta oranının %60 olduğu, hastalarının %62’sinin manevi ihtiyaçlarını, %60’ının kişisel ihtiyaçlarını tamamen karşılayabildiği, %93’ünün de hemşirelik bakımını yeterli gördüğü saptanmıştır. Cronbach’s alfa değeri Bireyselleştirilmiş bakım skalası_A için 0,963, Bireyselleştirilmiş bakım skalası_B için 0,924, Genel konfor ölçeği için 0,864 olarak saptanmıştır. Bireyselleştirilmiş bakım skalası ve alt boyut puan ortalamaları ile hastaların sosyodemografik özelliklerinden yaş, cinsiyet, meslek, birlikte yaşanan kişiler ile klinik özelliklerinden servise geliş şekli, daha önce hastanede yatama durumları, yatağa bağımlı kalma süreleri, manevi ihtiyaçlarını karşılama durumları ve hemşirelik bakımını yeterli görme durumu arasında istatistiksel anlamlılık saptanmıştır ($p<0.05$). Genel konfor ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları ile hastaların sosyodemografik özelliklerinden yaş, cinsiyet, yaşanan yer, sosyal güvence ve klinik özelliklerinden geçirilen cerrahi girişim, eşlik eden hastalık, serviste kaldığı gün sayısı, daha önce hastanede yatma durumları, yatağa bağımlı kalma süreleri, manevi ve kişisel ihtiyaçlarını karşılama durumları, hemşirelik bakımını yeterli görme durumu arasında istatistiksel anlamlılık saptanmıştır ($p<0.05$). Bireyselleştirilmiş bakım skalası ve ölçek alt boyutları ile Genel konfor ölçeği ve ölçek alt boyutları arasında pozitif yönde

istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki belirlenmiştir ($p<0.05$).

Sonuç: Bu araştırma alt ekstremitte cerrahisi geçiren bireylerin sosyodemografik ve klinik özelliklerinin bireyselleştirilmiş bakım algısı ve konfor düzeyi üzerinde etkili olduğunu, hastaların bireyselleştirilmiş bakım algısı arttıkça konfor düzeyinin de arttığını göstermiştir.

Anahtar kelimeler: Alt ekstremitte cerrahisi, Bireyselleştirilmiş bakım, Cerrahi Süreç, Hemşirelik bakımı, Konfor düzeyi



SUMMARY

The Effect Of Individualized Care Perception On Comfort Level Of Individuals Undergoing Lower Extremity Surgery

Objective: This study was carried out as descriptive and cross-sectional in order to examine the effect of individualized care perception on the comfort level of patients undergoing lower extremity surgery.

Materials and Methods: The sample of the study consisted of a total of 100 patients who were hospitalized after lower extremity surgery in Kocaeli University Hospital Orthopedics and Traumatology Clinic between 01.01.2021 and 30.07.2021, who met the sample selection criteria. Research data were collected using the 'Patient Descriptive Information Form', 'Individualized Care Scale' and 'General Comfort Scale' 48 hours after the operation, using face-to-face interview technique with the patients who were hospitalized in their own room. Independent sample t-test and one-way analysis of variance were used to evaluate the data.

Results: As a result of the research, the majority of the patients were in the 36-55 age range, 57% were male and 53% were planned to serve, and 69% were planned, and 69% were previously hospitalized. It was found that 60% of the patient ratio dependent on the bed is 60% and 62% of their patients can meet their personal needs, and 93% of the 93% of nursing care. Cronbach's alpha value was 0.963 for Individualized care scale_A, 0.924 for Individualized care scale_B, and 0.864 for General comfort scale. Individualized care scale and lower-dimension score of patients with age, gender, occupation and clinical properties of patients with the clinical features of the patients with the clinical features of the patients with the clinical features, previously in the hospitalization situations, bed dependence time dependence times, and nursing conditions are among adequate vision situation. statistical significance was found ($p<0,05$). General Comfort Scale and sub-size score ages with the sociodemographic properties of patients, Surgical initiative, experienced location, social assurance and clinical properties, accompanying disease, the number of days remaining in service, previously hospitalized situations, depend on the duration of the bed, meeting their personal needs, statistical significance was found between sufficient visual status of nursing ($p<0,05$). A positive significant relationship was determined between Individualized care scale and scale sub-dimensions and general comfort scale and scale sub-dimensions ($p<0,05$).

Conclusion: This study showed that the sociodemographic and clinical characteristics of individuals who had lower extremity surgery were effective on the perception of individualized care and comfort level, and the comfort level increased as the individualized care perception of the patients increased.

Keywords: Comfort level, Individualized care, Lower extremity surgery, Nursing care, Surgical procer



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	ii
ÖZET.....	iii
SUMMARY	v
TABLolar DİZİNİ	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Osteoartrit	3
2.1.1. Tanım, belirti ve bulgular	3
2.1.2. Tanı testleri.....	4
2.2. Menisküs Yırtıkları.....	4
2.2.1. Tanım, belirti ve bulgular	4
2.2.2. Tanı testleri.....	4
2.3. Ön Çapraz Bağ Yaralanmaları	5
2.3.1. Tanım, belirti ve bulgular	5
2.4. Kırıklar	5
2.4.1. Femur kırıkları.....	5
2.4.2. Femur intertrokanterik kırık	6
2.4.3. Femur başı kırıkları	7
2.4.4. Femur shaft kırıkları.....	8
2.5. Patella Kırıkları	9
2.5.1. Tanım, belirti ve bulgular	9
2.5.2. Tanı testleri.....	9
2.6. Tibia Plato Kırıkları.....	9
2.6.1. Tanım, belirti ve bulgular	9
2.6.2. Tanı testleri.....	10
2.7. Tibia-Fibula Kırıkları	10
2.7.1. Tanım, belirti ve bulgular	10
2.7.2. Tanı testleri.....	11
2.8. Ayak Bileği, Talus, Kalkaneus ve Metatarsal Kırıklar	11
2.9. Diyabetik Ayak.....	11
2.9.1. Tanım, Belirti ve Bulgular	11

2.9.2. Tanı testleri.....	12
2.10. Halluks Valgus	12
2.10.1. Tanım, belirti ve bulgular	12
2.10.2. Tanı testleri.....	13
2.11. Cerrahi Tedavi.....	13
2.11.1. Artroplastisi.....	13
2.11.2. Artroskopi.....	14
2.11.3. Menisektomi.....	14
2.11.4. Ön çapraz bağ rekonstrüksiyonu	14
2.11.5. Açık redüksiyon internal fiksasyon.....	14
2.11.6. İntramedüller çivileme	15
2.11.7. Proksimal femoral çivileme	15
2.11.8. Eksternal fiksator.....	15
2.11.9. İlizarov	15
2.11.10. Osteotomi	16
2.11.11. Amputasyon.....	16
2.12. Hemşirelik Bakımı	16
2.12.1. Alt ekstremitte cerrahisi geçiren bireylerde bireyselleştirilmiş bakım	16
2.12.2. Alt ekstremitte cerrahisi geçiren bireylerde konfor.....	17
2.12.3. Konfor kuramı	17
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	24
3.1. Araştırmanın Tipi	24
3.2. Araştırmanın Amacı	24
3.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	24
3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	24
3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	25
3.5.1. Araştırmanın örnekleme.....	25
3.6. Araştırmanın Değişkenleri:	27
3.7. Veri Toplama Araçları.....	27
3.7.1. Hasta tanıtıcı bilgi formu.....	27
3.7.2. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası	28
3.7.3. Genel konfor ölçeği.....	29
3.7.4. Veri toplama araçlarının uygulanması	29
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	29

3.9. Verilerin değerlendirilmesi.....	30
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	30
4. BULGULAR.....	31
4.1. Alt Ekstremitte Cerrahisi Geçiren Bireylerin Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Dağılımı	31
4.2. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalas ve Genel Konfor Ölçeği alt boyut ve puan ortalamalarının dağılımı	33
4.3. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalas ve Genel Konfor Ölçeği Normallik Analizleri	34
4.4. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Ölçek Alt Boyutları İle Karşılaştırılması	35
4.4.1. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin Bireyselleştirilmiş Bakım Skalas ölçek alt boyutları ile karşılaştırılması.....	35
4.4.2. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin Genel Konfor Ölçeği ve ölçek alt boyutları ile karşılaştırılması	38
4.5. Hastaların Klinik Özelliklerinin Ölçek Alt Boyutları İle Karşılaştırılması... 40	
4.5.1. Hastaların klinik özelliklerinin Bireyselleştirilmiş Bakım Skalas ve ölçek alt boyutları ile karşılaştırılması.....	40
4.5.2. Hastaların klinik özelliklerinin Genel Konfor Ölçeği ve ölçek alt boyutları ile karşılaştırılması	44
4.6. BBS ve GKÖ Arasındaki İlişkinin Korelasyon Analizi ile İncelenmesi.....	48
5. TARTIŞMA	51
5.1. Alt Ekstremitte Cerrahisi Geçiren Bireylerin Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Dağılımının Tartışılması	51
5.2. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalas ve Genel Konfor Ölçeği Alt Boyut ve Puan Ortalamalarının Dağılımının Tartışılması	52
5.3. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Ölçek Alt Boyutları ile Karşılaştırılması	54
5.3.1. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin Bireyselleştirilmiş Bakım Skalas ölçek alt boyutları ile karşılaştırılması.....	54
5.3.2. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin Genel Konfor Ölçeği ve ölçek alt boyutları ile karşılaştırılması	55
5.4. Hastaların klinik özelliklerinin ölçek alt boyutları ile karşılaştırılması	56
5.4.1. Hastaların klinik özelliklerinin Bireyselleştirilmiş Bakım Skalas ölçek alt boyutları ile karşılaştırılması	56
5.4.2. Hastaların klinik özelliklerinin Genel Konfor Ölçeği ölçek alt boyutları ile karşılaştırılması	57
5.5. BBS ile GKÖ Arasındaki İlişkinin Tartışılması.....	58
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	60
6.1. Sonuç	60

6.2. Öneriler.....	61
KAYNAKLAR DİZİNİ	62
EKLER.....	Error! Bookmark not defined.
EK 1. Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu	Error! Bookmark not defined.
EK 2. Bireyselleştirilmiş Bakım Ölçeği	Error! Bookmark not defined.
EK 3. Genel Konfor Ölçeği	Error! Bookmark not defined.
EK 4. Etik Kurul Karar Örneği	Error! Bookmark not defined.
EK 5. Kurum İzin Yazısı	Error! Bookmark not defined.
EK 6. Bireyselleştirilmiş Bakım Ölçeği Kullanım İzni.....	Error! Bookmark not defined.
EK 7. Genel Konfor Ölçeği Kullanım İzni.....	Error! Bookmark not defined.
EK 8. Bilgilendirilmiş Onam Formu	Error! Bookmark not defined.
ÖZGEÇMİŞ.....	Error! Bookmark not defined.

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 4.1.1. Demografik özelliklerin dağılımı.	32
Tablo 4.1.2. Klinik özelliklerinin dağılımı.	33
Tablo 4.2.1. BBS ve GKÖ alt boyut ve puan ortalamalarının dağılımı.	34
Tablo 4.3.1. BBS ve GKÖ alt boyutları normallik dağılımı.	35
Tablo 4.4.1. Bireyselleştirilmiş bakım skalası ve ölçek alt boyutları ile demografik özelliklerin ilişkisinin dağılımı.	36
Tablo 4.4.2. Genel konfor ölçeği ve ölçek alt boyutları ile demografik özelliklerin ilişkisinin dağılımı.	39
Tablo 4.5.1. Bireyselleştirilmiş bakım skalası ve ölçek alt boyutları ile klinik özelliklerin ilişkisinin dağılımı.	41
Tablo 4.5.2. Genel konfor ölçeği ve ölçek alt boyutları ile klinik özelliklerin ilişkisinin dağılımı.	45
Tablo 4.6.1. BBS ve GKÖ arasındaki ilişkinin korelasyonel dağılımı.	49

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Menisküs yırtığı	4
Şekil 2.2. Femur boyun kırıkları Garden sınıflandırması	6
Şekil 2.3. Femur boyun kırıkları Pauwell sınıflandırması	6
Şekil 2.4. Femur anatomisi	7
Şekil 2.5. Winquist – Hansen sınıflaması	8
Şekil 2.6. AO sınıflamasına göre femur şaft kırıkları	9
Şekil 2.7. Schatzker sınıflandırılması	10
Şekil 2.8. Ağır bir halluks valgus olgusu	12
Şekil 3.1. Araştırma planı	25
Şekil 3.2. Bireyselleştirilmiş bakım skalası_A ile Genel konfor ölçeği arasındaki güç düzeyi.....	26
Şekil 3.3. Bireyselleştirilmiş bakım skalası_B ile Genel konfor ölçeği arasındaki güç düzeyi.....	26

SİMGELER VE KISALTMALAR

Kısaltmalar

AVN	: Avasküler Nekroz
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
ÖÇB	: Ön Çapraz Bağ
ARİF	: Açık Redüksiyon İnternal Fiksasyon
AP	: Anteroposterior
HTO	: Yüksek Tibial Osteotomi
HTBF	: Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu
BBS	: Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası
BBS_A	: Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası_A (Hemşirelik Eyleminin Farkına Varma)
BBS_B	: Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası_B (Bireyselleştirilmiş Bakımı Algılama)
GKÖ	: Genel Konfor Ölçeği
Klin_A	: Klinik durum_A
Klin_B	: Klinik durum_B
Kiş_A	: Kişisel yaşam durumu_A
Kiş_B	: Kişisel yaşam durumu_B
Kar_A	: Karar verme kontrolü_A
Kar_B	: Karar verme kontrolü_B
ERAS	: Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolleri

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Ortopedi cerrahisi; kas-iskelet sistemi fonksiyonlarının düzeltilmesine dayalı, kemik, kas, tendon ve ligamentlerin cerrahi olarak onarılmasıdır (Köse ve Güler Demir, 2019). Yapılan çalışmalar tüm dünyada ortopedik cerrahiye duyulan ihtiyacın giderek arttığını göstermektedir. Yaşlılık ve kas iskelet sistemindeki dejenerasyon cerrahi girişime duyulan ihtiyacın artmasının en önemli nedenlerindendir (Kadono vd., 2010). Yaşlı nüfus oranının artması, eklem protez cerrahileri, spinal cerrahi ve travma ilişkili alt ekstremitte cerrahi sayılarının artmasında önemli bir etken olarak rol oynamaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde majör cerrahi girişimlerin %30'u daha çok ileri yaştaki bireylerde gerçekleştirilen alt ekstremitte cerrahilerini kapsamaktadır. Bu yaş grubunda kardiyovasküler, endokrin, renal, serebral ve solunum sistemi hastalıklarının varlığı ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemlerde morbidite ve mortalite riskini arttırmaktadır (Sertçakacılar vd., 2019). Cerrahi girişime duyulan ihtiyacın artmasında rol oynayan bir diğer neden ise alt ekstremitte kırıklardır. Alt ekstremitte kırıkları oldukça yaygın görülen bir durumdur ve uzun süre hastanede yatış, morbidite gibi sonuçlara sebep olabilmektedir. Bu bireyler hareket kısıtlılığı sebebiyle bakım gereksinimlerini karşılayamamakta ve bu süreç bireyi ruhsal olarak olumsuz yönde etkilemektedir (Thomas ve D'silva, 2015).

Ortopedi hemşireliğinde cerrahi sonrası hasta bakımı, öz bakımını karşılayamayan bireyler açısından oldukça önemlidir. Fiziksel bakımın yanı sıra hasta bireye bireyselleştirilmiş bakım sunulmasının önemi de son zamanlarda bilinmektedir (Desouza ve Phil, 2002). Özellikle alt ekstremitte cerrahisi sonrasında bireyler, hareket etmekte zorlandıklarından bağımsızlık hissedememektedir. Cerrahi işlem geçiren bireylerin bakış açısından yapılan çalışmalar, hemşirelik bakımının her zaman kişiselleştirilmediğini göstermiştir. Cerrahi hastalarının hemşirelik girişimleri ile aldıkları bireyselleştirilmiş bakım düzeyi arttıkça, bildirilen memnuniyet düzeyinin de aynı ölçüde yükseldiği çalışmalarda belirtilmektedir (Forsberg, Soderberg & Engström, 2014).

Bireyselleştirilmiş bakım; bireylere, hastalık-sağlık yönetim davranışlarını belirlemek için olanak sunar (Idvall vd., 2012). Ayrıca iyileşme, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme gücü, hareketliliğin geliştirilmesi, tedavi ve bakıma uyum ile hasta memnuniyeti gibi daha iyi hasta sonuçlarına neden olur (Acaroğlu vd., 2007). Bireye özgü bakım anlayışı, hemşirelik felsefesinin temelini oluşturmaktadır.

Bireyselleşmiş bakımda hemşire, hasta bireyin sadece fiziksel ihtiyaçlarına cevap vermekle kalmayıp duygusal ihtiyaçlarını da karşılamayı amaçlamaktadır. Bireyselleştirilmiş bakım sunmak, bireyin ve ailesinin duygu, düşünce, inanç, istek, alışkanlıkları gibi konularda bilgi sahibi olmak ile mümkün olabilmektedir (Can, 2019). Kaliteli hasta bakımı sunmak amacıyla geliştirilen bireyselleştirilmiş bakım, hemşirelikte evrensel bir yaklaşımdır. Her bireyin özel oluşu, ona özgü bireysel bakımın geliştirilmesi anlayışını doğurmaktadır. Bireyin değer ve düşüncelerine saygı duyularak planlanan hemşirelik girişimleri, olası problemlerin daha kolay fark edilmesini de sağlamaktadır (Ceylan, 2014).

Bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ihtiyaçlarını karşılama sonucu huzur sağlama şeklinde tanımlanan konfor kavramı, bireye özgü bakımla yakından ilgilidir. Bireyi her yönüyle etkileyen cerrahi girişimler zor bir süreç olup baş etmeyi etkileyerek konforun bozulmasına neden olmaktadır. Bireyselleştirilmiş bakım algısı ile hastanın her yönüyle ele alınarak gereksinimlerinin karşılanması konforu arttırmada oldukça etkilidir (Arslankılıç ve Göl, 2020). 1930'lu yıllara dayanan konfor kavramı hemşirelik ile içselleşmiş ve hemşirelik mesleğinin temelinde hasta konforsuzluğunu gideren girişimleri planlayıp uygulamasını sağlamıştır (Zengin, 2010).

Özellikle cerrahi sonrası hasta bireyin konforunun arttırılmasında etkili faktörleri incelemek açısından literatür çalışmaların yetersiz olduğu görülmektedir. Bu çalışmanın amacı immobilizasyon ve ağrı bakımından uzun süreli konforsuzluğa sebep olabilen ortopedik alt ekstremitte cerrahisi hastalarında bireyselleştirilmiş bakım algısının hastaların konfor düzeyine etkisini incelemektir. Elde edilen veriler sonucunda uygulamada bireyselleştirilmiş bakım algısının yükseltilmesinin, hasta bireyin konforunda olumlu sonuçlara neden olacağı ve bu konu ile ilgili sonraki yapılacak çalışmalara da gerekli bilgileri sağlayarak literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

İnsan hareketliliğini sağlayan iskelet sistemi sorunları, günlük hayatta aktivite düzeyini kısıtlamaktadır. Özellikle ileri yaş ile artan kemik kırılabilirliği çok küçük travmalar sonrasında bile kırık oluşumuna sebep olabilmektedir (Çopuroğlu ve Heybeli, 2011). Bununla birlikte ekstremitelerde bulunan eklem hareketlerinin azalması ile kireçlenmeler veya yumuşak doku deformiteleri meydana gelebilmektedir. Böyle durumlar ilaçlar veya aylarca sürebilen fizyoterapiye rağmen cerrahi müdahaleyi gerektirebilmektedir (Halstead, 2004; Lucas, Drozd, Flynn & Blair, 2014).

Hastalık, travma, yetersiz beslenme ve yaşlanmanın tümü kas-iskelet sistemi sorunlarına katkıda bulunmaktadır. Majör ortopedik cerrahi çoğunlukla spinal hat ve alt ekstremitte cerrahisini kapsamaktadır (Saleh ve Cornell, 2020). Bazı sık karşılaşılan ortopedik alt ekstremitte hastalıkları aşağıda açıklanmaktadır.

2.1. Osteoartrit

2.1.1. Tanım, belirti ve bulgular

Osteoartrit en fazla karşılaşılan artrit türüdür. Çok çeşitli ilaçlar kullanılmış olmasına rağmen osteoartrit ile ilişkili ağrı ve sakatlığı gidermek için, total eklem artroplastisi ilerlemiş, semptomatik eklem yıkımı için kesin tedavi olmaya devam etmektedir. Kalça ve diz en sık değiştirilen eklemlerdir. 2004 yılında, 232.000 primer total kalça artroplastisi prosedürü (tüm artroplastisi prosedürlerinin %25'i) ve 454.000 primer total diz artroplastisi işlemi gerçekleştirilmiştir (%48). 2011 yılına kadar bu rakamlar 300.000 total kalça artroplastisi ve 650.000 toplam diz artroplastisi olarak artmıştır. Kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek diz artroplastisi görülmüştür. Amerika'da 2030 yılına kadar total artroplastinin artacağı öngörülmektedir (Saleh ve Cornell, 2020).

Yaşlılarda en sık görülen hastalık olan osteoartrit 75 yaşın üzerinde %80 oranında görülmektedir. Risk faktörlerini, yaşa ek olarak cinsiyet, obezite, genetik faktörler, osteoporoz, travmalar, spor faaliyetleri, fiziksel aktivite yetersizliği, diyabet gibi faktörler oluşturmaktadır (Bilge, Ulusoy, Üstebay & Öztürk, 2018).

Osteoartritte özellikle yürüme, merdiven inip, çıkma ve çömelme sırasında artan ağrı ve tutukluk bulguları görülmektedir. Eklem açıklığı sırasında kısıtlılık, sert şişlik oluşumu, kas atrofisi gibi klinik bulguları mevcuttur (Bilge vd., 2018).

2.1.2. Tanı testleri

Direkt radyografler genellikle tanı koymada yeterli olup sintigrafi, bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme (MRG) teknikleri de kullanılabilmektedir (Bilge vd., 2018).

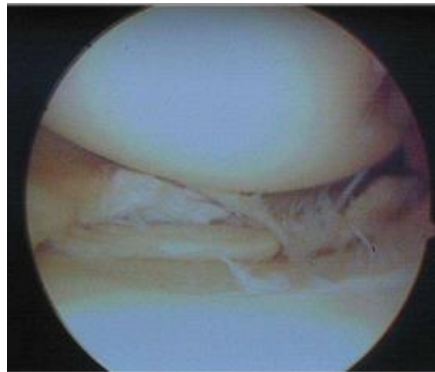
2.2. Menisküs Yırtıkları

2.2.1. Tanım, belirti ve bulgular

Menisküsler tibia ve femur arasında uzanan diz eklemindeki fibro kıkırdak yapılarıdır. Eklem yüzeyini kaplar ve destekler. Dizde biri üstte iç taraf (medial menisküs) ve diğeri dışarıda (lateral menisküs) olmak üzere iki adet menisküs vardır. Menisküs yırtıkları yaygın karşılaşılan bir sorundur. Menisküs yaralanmalarının başlıca belirtileri diz eklemine ağrı, şişlik oluşmasıdır (Kılıç, Çatıkkaş, Yücel & Korkmaz, 2014). Ağrılı semptomların %32 sinde yırtık mevcuttur (Gillig ve Pearsall, 2017).

2.2.2. Tanı testleri

Fizik muayenenin yanı sıra röntgen ve MRG tanı doğrulamak ve yırtığın doğasını belirlemek için kullanılabilir (Şekil 2.1.). Ancak MRG ile bazen yırtık olmadığı halde var gibi görülebilir ve yalancı pozitif sonuç elde edilebilir. Bu nedenle dikkatli olunmalıdır (Gillig ve Pearsall, 2017).



Şekil 2.1. Menisküs yırtığı (Kılıç vd., 2014)

2.3. Ön Çapraz Bağ Yaralanmaları

2.3.1. Tanım, belirti ve bulgular

Ön çapraz bağ (ÖÇB), tibianın dönmesini ve öne kaymasını engelleyen, diz hareketlerini farklı serbestlik derecelerinde stabilize eden yapıdır. Koşarken aniden yön değiştirme, zıplarken dizin dönmesi veya dize darbe alma ile ÖÇB yaralanmaları meydana gelebilir. Yaralanma sonrası ilk önce boşluk hissi, sonrasında ağrı ve şişlik meydana gelmektedir. Tedavi edilmemesi menisküs yırtığına sebep olabilmektedir (Altındağ, Kocabey, Soran & Tabur, 2009).

2.3.2. Tanı testleri

MRG ile yüksek oranda kesin tanı koyulabilmektedir (Özturan, Yücel, Çakıcı, Güven & Gürel, 2012).

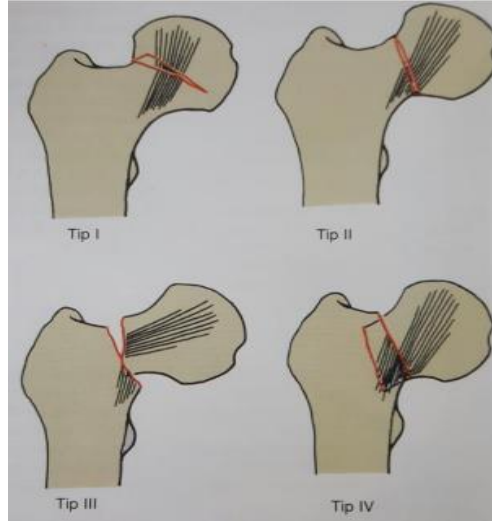
2.4. Kırıklar

2.4.1. Femur kırıkları

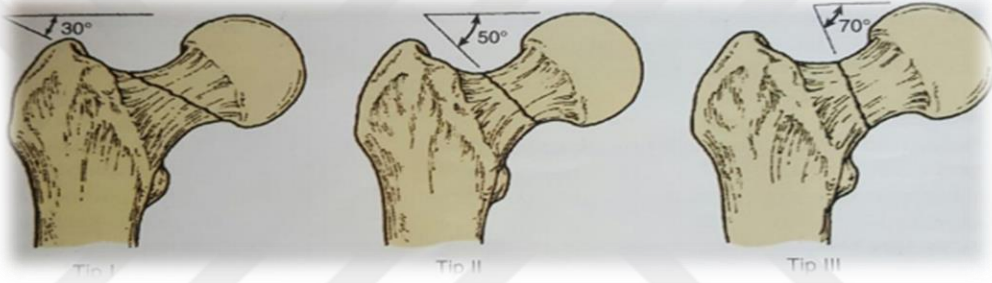
2.4.1.1. Femur boyun kırıkları

2.4.1.1.1. Tanım, belirti ve bulgular

Özellikle yaşlı nüfusta görülmekte olan femur boyun kırıkları ciddi mortaliteye neden olabilmektedir. Gençlerde kırık oluşma sebebi ağır sporlar veya trafik kazaları olurken, yaşlılarda daha çok osteoporoz etkisi ile basit düşme sonucu travmatik kırıklar meydana gelmektedir. Femur boyun bölgesi arter ile kanlanma açısından zayıf olduğundan kırık sonucu yüksek oranlarda avasküler nekroz (AVN) gelişmektedir ve cerrahi girişim bir haftaya kadar sarkıyorsa %100 oranında AVN gelişme riski oluşmaktadır (Özkan ve Adanaş, 2018; Johnson ve Gill, 2017). Femur boyun kırıkları Garden sınıflandırılması ile 4 tip, Pauwell sınıflandırılması ile 3 tip olarak ayrılmaktadır (Johnson ve Gill, 2017) (Şekil 2.2. ve Şekil 2.3.).



Şekil 2.2. Femur boyun kırıkları Garden sınıflandırması (Özkan ve Adanaş, 2018)



Şekil 2.3. Femur boyun kırıkları Pauwell sınıflandırması (Özkan ve Adanas, 2018)

Kalça hareketlerinde ağrı mevcuttur ve hasta yürüyemez. Üzerine yük binen kırıklar deplase (ayrılmış) kırık olarak görülmekte ve bacakta kısalık meydana gelmektedir (Özkan ve Adanas, 2018).

2.4.1.1.2. Tanı testleri

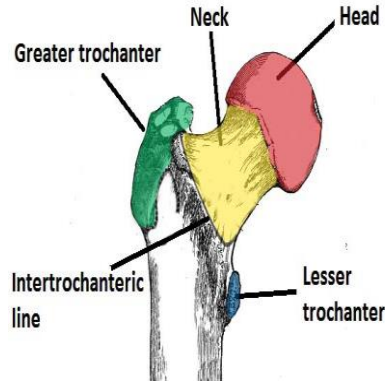
İki yönlü kalça grafisi, BT, MRG ve sintigrafi tanılamada kullanılmaktadır (Özkan ve Adanas, 2018).

2.4.2. Femur intertrokanterik kırık

2.4.2.1. Tanım, belirti ve bulgular

Yaşlı ve artriti olan hastalarda genellikle düşme sonucu oluşmaktadır. Mortalitesi %20-30 civarındadır. Kadınlarda daha fazla görülmektedir. Yapılan çalışmalarda intertrokanterik %47, femur boyun %37, subtrokanterik kırıklar %23 oranında görüldüğü belirtilmiştir (Başal, 2015; Johnson ve Gill, 2017). İntertrokanterik kırıklarda önemli olan kırığın stabil veya instabil olmasıdır. Çok

parçalı veya deplase olmuş kırıklar instabil olarak adlandırılmaktadır (Aksu ve Işıklar, 2008) (Şekil 2.4.).



Şekil 2.4. Femur anatomisi (Jones, 2020)

İlgili ekstremitede kısalık vardır ve dışa rotasyonda deformite görülebilmektedir. Ağrılı hareket bulguları ve ekstremiteye yük bindirilemez (Aksu ve Işıklar, 2008).

2.4.2.2. Tanı testleri

Femur anteroposterior (AP) grafisi ile tanı koyulabilir fakat şüphe duyulursa BT ile desteklenebilmektedir (Başal, 2015).

2.4.3. Femur başı kırıkları

2.4.3.1. Tanım, belirti ve bulgular

Yüksek enerjili travmalar (kazalar) sonucunda oluşan ve femur boyun kırıkları veya asetabulum kırıklarının da eşlik ettiği görülen kırıklardır. Femur başı kanlanması hasar oluşması ve sinir yaralanması da eşlik etmektedir. Pipkin sınıflamasına göre 4 çeşit sınıflama mevcuttur. Tip 1 kırıklar fovea (femur başı çukuru) altında, Tip 2 kırıklar foveanın üstünde bulunurken Tip 3 kırıklara femur boyun fraktürü Tip 4 kırıklara ise asetabulum kırıkları eşlik etmektedir (Aksu ve Işıklar, 2008).

2.4.3.2. Tanı testleri

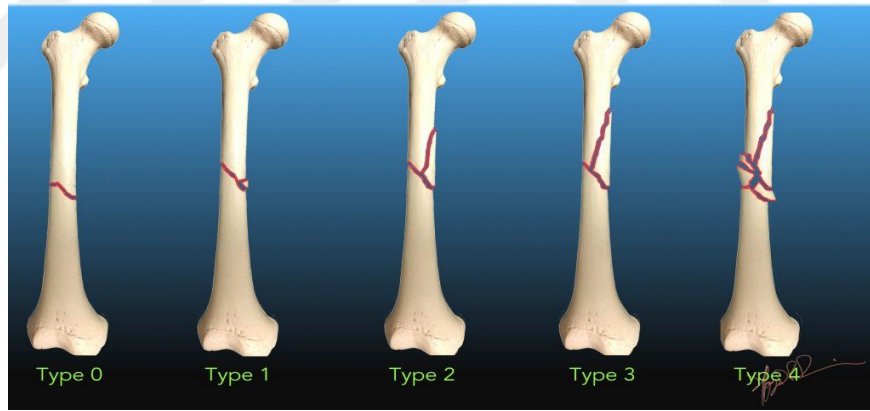
Pelvis AP ve BT çekilerek tam tanı koyulmalıdır (Başal, 2015).

2.4.4. Femur shaft kırıkları

2.4.4.1. Tanım, belirti ve bulgular

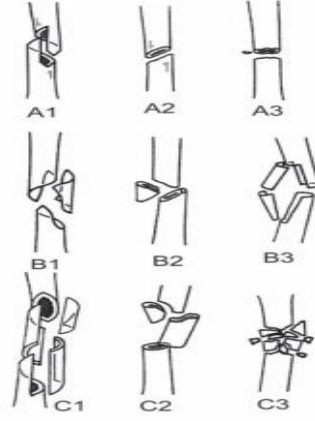
Femur shaft kırıkları yine yaşlı ve kadın cinsiyette basit düşmeler sonucu düşük enerjili travma ile oluşurken, 15-25 yaş arası erkeklerde ise yüksek enerjili travmalar sonucu meydana gelmektedir. Bu iki grup yüksek riskli iken yaşlılarda yoğun hematoma oluşturması mortalite ve morbiditeyi arttırmaktadır (Başal, 2015). Femur diafizinde oluşan bu kırıklar şekline ve yerine göre iki tür sınıflandırma ile belirlenmektedir (Duman ve Ateş, 2008).

Winquist – Hansen sınıflaması: Tip 0 parçalanma olmayan kırıklardır. Tip 1 kırıklarda parçalanma az olmaktadır, Tip 2 kırıklarda kelebek parçası, ancak ana proksimal ve distal fragmanlar arasında % 50’ den fazla kortikal temas devam eder, Tip 3 kırıklarda ana proksimal ve distal fragmanlar arasında % 50’den az kortikal temas ile daha büyük kelebek parçası, Tip 4 kırıklarda ise ana proksimal ve distal fragmanlar arasında doğrudan temas olmadan segmental parçalama bulunmaktadır (Winquist and Hansen Classification, 2021) (Şekil 2.5.).



Şekil 2.5. Winquist – Hansen sınıflaması (Winquist and Hansen Classification, 2021)

AO sınıflaması: Bu sınıflandırmada ise femur kırıklarını 27 alt gruba ayırmıştır. A tipi kırıklar basit, B tipi kırıklar kama tarzı C tipi kırıklar ise karmaşık kırıkları göstermektedir (Duman ve Ateş, 2008) (Şekil 2.6.).



Şekil 2.6. AO sınıflamasına göre femur şaft kırıkları (Duman ve Ateş, 2008)

2.4.4.2. Tanı testleri

Femur – diz, kalça- femur ve pelvisin AP/ lateral grafisi rutin olarak istenmektedir (Başal, 2015).

2.5. Patella Kırıkları

2.5.1. Tanım, belirti ve bulgular

Patella kırıkları, bazen düşük enerji ve direkt kuvvetle oluşabilirken, yüksek enerji, trafik kazaları ve indirekt kuvvetle de oluşabilmektedir. Erkeklerde daha fazla görülebilmektedir. Tedavi öncesi atel ile sabitlenerek elastik bandaj sarılır (Koçak ve Yıldırım, 2018; Başal, 2015).

2.5.2. Tanı testleri

Dizin iki yönlü grafisi genellikle tanı açısından yeterlidir. BT ve MRG yardımcı tanı yöntemi olarak kullanılabilir (Koçak ve Yıldırım, 2018).

2.6. Tibia Plato Kırıkları

2.6.1. Tanım, belirti ve bulgular

Trafik kazaları, yüksekte düşme, spor yaralanmaları gibi durumlarda görülen tibia plato kırıklarına menisküs yaralanmaları, çapraz bağ, peroneal sinir ve popliteal arter yaralanması da eşlik edebilmektedir. Schatzker sınıflandırılması ile 6 çeşit kırık şekli görülmektedir (Şekil 2.7.).

Tip 1 Split saf kırık

Tip 2 Split ve çökme kırığı

Tip 3 Çökme kırığı

Tip 4 Medial plato kırığı

Tip 5 Her iki plato kırığı

Tip 6 Diafize uzanan her iki plato kırığı olmaktadır. (Başal, 2015; Bergin ve Lawyer, 2017)



Şekil 2.7. Schatzker sınıflandırılması (Başal, 2015)

2.6.2. Tanı testleri

Ön, arka, yan radyografilere ek olarak çoğu tibia kırıkları için rutin olarak BT bakılır. Kırığı ayrıntılı olarak inceler. Rutin olarak MRG kullanılmaz, BT yeterli olmaktadır (Bergin ve Lawyer, 2017).

2.7. Tibia-Fibula Kırıkları

2.7.1. Tanım, belirti ve bulgular

En fazla kırılan uzun kemik kırıkları olan tibia-fibula kırıklarının 3'te 1'i açık kırıklar olmaktadır. Genç bireylerde motorsiklet kazası sonucu olmaktadır (Başal, 2015).

2.7.2. Tanı testleri

Ayak bileği ve diz eklemine kapsayan tibianın AP ve lateral grafileri ile tanı koyulmaktadır (Başal, 2015).

2.8. Ayak Bileği, Talus, Kalkaneus ve Metatarsal Kırıklar

Yüksekten düşme veya ayak üzerine ağır cisimlerin düşmesi sonucu oluşmaktadırlar. Ayırışma olmayan durumlarda atel ve alçı ile istirahat yeterli olurken ayırışma durumunda operasyon ile açık redüksiyon internal fiksasyon (ARİF) uygulanmaktadır (Atay, 2015).

2.9. Diyabetik Ayak

2.9.1. Tanım, Belirti ve Bulgular

Yüksek kan şekeri ile karakterize; sinir, vasküler, immün ve kas-iskelet sistemlerini etkileyen sistemik hastalık olan diyabet, özellikle ayakta derin ülserlere sebep olmaktadır. Tahminen bir diyabet hastasında yaşam boyu diyabetik ayak yarası oluşma ihtimali %15 civarındadır (Wills ve Johnson, 2017). Hastaların %7-20'sinde amputasyon gerekmektedir (Ekim & Ekim, 2016). Bu hastaların da %50'sinde nüks gelişmektedir. Kan şekeri dengesizliği kemikleri etkileyerek tedaviye dirençli osteomyelite yüksek oranda sebep olabilmektedir (Oğuz vd., 2012).

Ülserlerin sınıflandırması için kullanılan 2 sınıflandırma yöntemi bulunmaktadır.

Brodsky Derinlik-İskemi Sınıflandırması

- Sınıf O: Sağlam cilt, ancak ayak risk altında
- Sınıf I: Yüzeysel ülserasyon, enfekte değil
- Sınıf II: Tendonun açıkta olduğu derin ülserasyon veya enfeksiyonlu veya enfeksiyonsuz eklemler

- Sınıf III: Açıkta kalan kemik ile derin ülser, derin enfeksiyon veya apse

Wagner Sınıflandırması

- Derece 0: Cilt sağlam, ancak risk altında
- 1. Derece: Yüzeysel ülser

- 2. Derece: Daha derin, tam kalınlıkta uzatma tendon veya kapsül
- 3. Derece: Derin apse oluşumu veya osteomyelit, kemiğe kadar uzanır
- 4. Derece: Ön ayağın kısmi kangreni
- 5. Derece: Kapsamlı kangren (Wills ve Johnson, 2017).

Brodsky Sınıf III / Wagner Sınıf 3 derecesine kadar yara yerine debridman ve antibiyotikler ile müdahale edilmektedir (Wills ve Johnson, 2017).

2.9.2. Tanı testleri

Diyabetik ayak hastalarında MRG ve direkt grafi ile ortopedik sorunların belirlenmesine ek mutlaka arteriyel olarak renkli doppler ultrason ile incelenmesi gerekmektedir. İskemik indeks ölçümü ile de amputasyon seviyesi belirlenmektedir (Tükenmez, Çekin, Karataş, Perçin & Tezeren, 2005; Oğuz vd., 2012).

2.10. Halluks Valgus

2.10.1. Tanım, belirti ve bulgular

Halluks valgus, birinci ayak parmağının abdüksiyon kontraktürü ile laterale doğru olan deviasyonu şeklinde tanımlanan deformitedir (Şekil 2.8.). Kapsül kontraktürü, 2. Parmağın deformitesi, osteartroz, enflamasyon gibi durumlara sebep olabilmektedir (Doğan vd., 2007). Hastaların %90'ı kadın cinsiyettir. Dar ayakkabılar etkileyebildiği gibi, genetik faktörler oldukça önemlidir (Ramineni, 2017)



Şekil 2.8. Ağır bir halluks valgus olgusu (Doğan ve ark, 2007)

2.10.2. Tanı testleri

Radyolojik değerlendirme ayakta basarak dorsoplantar ve lateral grafilere, lateral oblik ve aksiyel sesamoid grafilere alınarak yapılır. Bu grafilere ile halluks valgus açısı, intermetatarsal açı değerlendirilir (Doğan, Üzümcügil & Akman, 2007).

2.11. Cerrahi Tedavi

2.11.1. Artroplasti

Artroplasti, bir eklem cerrahi olarak yeniden şekillendirilmesi anlamına gelir. Ağrıyı gidermeyi, hareketi korumayı veya eski haline getirmeyi amaçlayan en başarılı ortopedik operasyonlardan biridir. Sıklıkla diz ve kalçada uygulanmaktadır. Ortalama 10-15 yıl kullanılmaktadır (Johnson ve Gill, 2017).

19. yüzyılda ilk artroplasti denemeleri ankiloz eklem basit rezeksiyon yapılarak psödoartroz oluşturulması ile başlamış, daha sonra interpozisyonel artroplastiye geçilmiştir. 1891 yılında modern artroplasti ile fildişi, yağ, kas dokuları, eklem kapsülü gibi farklı materyaller kullanılarak geliştirilmiştir.

Artroplasti çeşitleri:

Total artroplasti: En sık kullanılan artroplasti şekli olan total artroplastide her iki eklem yüzü paslanmaz çelik, krom / kobalt, titanyum alaşımı, yüksek yoğunluklu polietilen gibi protez malzemeleri ile değiştirilmektedir.

Hemiartroplasti: Eklem yüzeylerinin sadece bir parçasının değiştirildiği artroplasti şeklidir.

Rezeksiyon artroplastisi: Hastalıklı eklem ya da eklem yüzeyleri çıkarılmaktadır. Günümüzde çok fazla tercih edilmez.

Total artroplasti çimentolu ve çimentosuz olarak iki şekilde uygulanmaktadır.

Çimentolu protez: Uzun süreli kullanıma uygundur. Revizyon ameliyatı gerektiğinde çıkarılması zor olmaktadır. Yaşlılarda tercih edilmektedir.

Çimentosuz protez: Yaşı genç daha aktif bireylerde tercih edilmektedir. Aşınma miktarı daha az olmaktadır. Değişimi kolaydır (Başal vd.,2015).

Kalça osteoartrozu (Bilge vd., 2018), Tip 3 ve Tip 4 femur başı kırıkları (Aksu ve Işıklar, 2008), femur intertrokanterik fraktür (Johnson ve Gill, 2017; Aksu ve

Işıklar, 2008), femur boyun fraktürü (Başal, 2015) olgularında total kalça artroplastisi uygulanırken, diz artrozu olgularında total diz artroplastisi uygulanmaktadır.

2.11.2. Artroskopi

Eklem yaralanmalarında kullanılan tanı veya tedavi amaçlı yapılan minimal invaziv cerrahi girişimdir. Küçük kesilerden optik kamera ile bakılarak eklem içi görüntülenir ve artroskop ile işlem yapılır (Yavuz, 2014). Menisküs yırtıkları, ÖÇB rekonstrüksiyonu, artrozun eklem-kıkırdak restorasyonunda kullanılmaktadır (Milewski, Sanders & Miller, 2011).

2.11.3. Menisektomi

Menisküs yırtıklarında dejenere olan menisküslerin alınması işlemidir. Önceleri daha fazla tercih edilen menisektomi operasyonları ilk zamanlarda başarılı görünse de zamanla bölgede artan deformiteler sebebiyle ve artroskopinin gelişmesiyle artık tercih edilmemektedir (Karaoğlu ve Karaaslan, 2018).

2.11.4. Ön çapraz bağ rekonstrüksiyonu

Uygun greftler kullanılarak yapılan bu cerrahi girişimde açık veya artroskopik olarak rüptür onarılmaktadır (Cruz Jr, 2017).

2.11.5. Açık redüksiyon internal fiksasyon

Kırık kemik veya disloke olan bir eklem kendi anatomik yerini alması işlemi olan redüksiyon, kapalı ve açık olarak uygulanmaktadır. Kapalı redüksiyonun sonuç vermeyeceği veya uygun olmadığı durumlarda tercih edilen açık redüksiyon genellikle internal fiksasyon ile kombine olarak uygulanmaktadır. Ortopedide sıklıkla tercih edilen cerrahi yöntemlerin başında gelmektedir. Daha çok femur ve tibia için uygulanan bu yöntemde plak ve vidalar ile fiksasyon sağlanmaktadır (Yavuz, 2014; Johnson ve Gill, 2017; Buchanan ve Shuler, 2017).

Çökme bulunan tibia plato fraktüründe, femur başı Tip 2 kırıkları, femur boyun çoğunlukla deplase kırığı olan genç bireylerde (Başal, 2015), çok parçalı olmayan patella fraktürlerinde (Koçak ve Yıldırım, 2018) uygulanmaktadır.

Femur intertrokanterik kırıklarda fiksasyon öncesi Leadbetter manevrası olarak da bilinen kapalı redüksiyon denemesi yapılır. Leadbetter manevrasında kalça 90 derece fleksiyona ve hafif adduksiyona getirilip, traksiyon uygulanır. Traksiyonla

birlikte 45 derece iç rotasyon yaptırılır. Kalçadaki tüm kas gruplarının gevşetilerek redüksiyona hazırlanması sağlanır. En son traksiyon ve iç rotasyon korunarak bacak yavaşça abduksiyon ve tam ekstansiyona getirilmektedir ve skopi çekimi ile kontrol edilmelidir. Başarısız manevralarda açık redüksiyona geçilmektedir. (Başal, 2015).

2.11.6. İntramedüller çivileme

Femur shaft kırıkları için oldukça tercih edilen bir yöntemdir ve enfeksiyon oranları çok düşüktür. Farklı çeşitleri bulunan çiviler ile operasyon sonrasında daha az kuvvete maruz kalacağından kemik deformitesine daha az rastlanmaktadır (Başal, 2015; Duman ve Ateş, 2008).

2.11.7. Proksimal femoral çivileme

Özellikle yaşlı hastalarda trokanterik kırıklarda uygulanan, ekstremité üzerine ağırlık verildiğinde daha dayanıklı olması sebebiyle cerrahide tercih edilen çivileme yöntemlerindendir (Aksu ve Işıklar, 2008; Seyhan ve Ünay, 2013; Johnson ve Gill, 2017).

2.11.8. Eksternal fiksator

Pimlerin kemiğe yerleştirilip çıkıntıların cildin dışına bırakıldığı fiksasyon yöntemidir. Kırık dış çerçeveye bağlanarak stabilize edilir. Çoğunlukla geçici bir yöntem olarak uygulanmaktadır. Çoklu travma veya yumuşak doku olmadığında durumunda olduğu gibi, iç fiksasyona uygun büyük yumuşak doku yaralanması veya açık yaralarda endikedir. Tahrişe neden olabilir veya enfeksiyon için portal olabilir. Eksternal fiksasyonun avantajları ise hızlı uygulama, minimum yumuşak doku diseksiyonu ve uzunluğu koruma, yaraya erişim ve mobilize etme yeteneğidir (Sullivan ve Sugalski, 2017). Tibia-fibulanın ayrılmış kırık, açık kırık gibi durumlarında (Buchanan ve Shuler, 2017), femur shaft kırıklarının bazı durumlarında eksternal fiksator uygulaması yapılabilir (Duman ve Ateş, 2008; Başal, 2015).

2.11.9. İlizarov

Eksternal fiksatorün bir türü olan ilizarov halkalı görünümündedir. Deformitelerde ve kemik uzatmalarda kullanılmaktadır (Köse ve Güler Demir, 2019). Tibia plato çok parçalı kırıklarda yumuşak doku travması da fazla ise uygulanır (Başal, 2015).

2.11.10. Osteotomi

Kemik deformitelerinde kemiğin kesilerek ve greftler kullanılarak şekil verilmesidir. Bazı medial artrozlu diz deformitelerinde artroplasti yerine high tibial osteotomi (HTO) olarak bilinen osteotomi yöntemi uygulanmaktadır (Lee ve Byun, 2012). Ağrılı ve konservatif tedaviye yanıt alınmayan halluks valgusta da cerrahi tedavi yöntemi olarak osteotomi uygulanmaktadır (Ramineni, 2017).

2.11.11. Amputasyon

Alt ekstremitede iskemi, diyabetik ayak, travma ve enfeksiyonlar gibi nedenlerle ekstremitenin bir kısmının veya tümünün vücuttan ayrılması için yapılan cerrahi operasyonlardır. (Köse ve Güler Demir, 2017). Diyabetik ayaklarda Wagner Sınıflandırmasına göre 4 ve 5. sınıfa iyileşmenin olacağı en uygun yerden seviye belirlenerek amputasyon uygulanmaktadır (Wills ve Johnson, 2017).

2.12. Hemşirelik Bakımı

2.12.1. Alt ekstremitte cerrahisi geçiren bireylerde bireyselleştirilmiş bakım

Hemşirelik mesleğinin temelinde yer alan bakım kavramı, bireye özgü bakım anlayışının ortaya çıkmasıyla daha kaliteli hale gelmiştir. Hemşireler, hemşirelik bakımı alan herkesin bireyselliğine saygı göstermekle ahlaki olarak yükümlüdür. Bireyselleştirilmiş bakımda hemşireler, hastanın kişisel özelliklerine, duygu ve düşüncelerine, yaşam tarzına, inançlarına, kültürüne ve daha birçok kişiye özgü durumuna uygun bir şekilde bakım ve hemşirelik müdahalelerini planlamaktadır. Bireyselleştirilmiş bakımın hasta sonuçları üzerinde olumlu bir etkisi vardır ve çalışmalarda hastaların yaşam kalitesini arttırdığı görülmüştür (Suhonen, 2004; Toru, 2020) .

Cerrahi serviste yatan hastaların yaşadığı cerrahi stres, bilgi eksikliği, perioperatif süreçte kendini emin ellerde hissetmek istemesi, ameliyat sonrası dönemde yaşadığı üşüme, ağrı, beden imajı değişikliği, aktivite kısıtlılığı gibi faktörler hastanın kaygı yaşamasına neden olmaktadır. Tüm bu aşamalarda kendini güvende hissetmesini sağlayacak bir ekibe ihtiyaç duymaktadır. Bu ekipte hasta güvenliği sağlama, manevi ve psikolojik desteği sunmada büyük rolü olan hemşireler bireyselleştirilmiş bakım ile hastanın memnuniyetini önemli ölçüde arttırmaktadırlar

(Eyi, Kanan, Akyolcu, Akın & Acaroğlu, 2016). Cerrahi hemşireliğinin özel bir dalı olan ortopedi hemşireliğinde hasta merkezli bakım ve ağrıyı kontrol altına almak büyük önem taşımaktadır (Drozd ve ark, 2007). Ortopedi cerrahisi sonrası özellikle hastaların kısa veya uzun dönem yaşadığı immobilizasyon, fonksiyonel kayıp, ağrı gibi stresörler bireyin günlük aktivitelerinde aksamalara neden olacağından hemşirelerin desteği ve bireysel bakım anlayışı daha fazla önem kazanmaktadır. Hemşirelerin, hastalıkla ilişkili korkularını ve düşüncelerini dikkate alarak özelleştirilmiş hemşirelik bakımına başvurmaları gerekmektedir (Tekin ve Fındık, 2015).

2.12.2. Alt ekstremitte cerrahisi geçiren bireylerde konfor

Alt ekstremitte cerrahileri sonrası ağrı, hareketsizlik, kullanılan alçılar ve pansumanlar bireyin gereksinimlerini karşılayabilmesi için en önemli unsur olan hareket yeteneğinde azalmaya neden olmakta, bireyi hem fiziksel hem de psikolojik olarak etkilemektedir (Bölükbaşı, 2008; Tosun vd., 2015). Ortopedi hemşireleri hasta konforunu, ameliyat öncesi dönemden başlayarak taburculuk dönemine kadar süren geniş bir yelpazede sağlamak durumundadır. Bu süreçte bireyselleştirilmiş bakım uygulamaları hasta konforunu arttırmada önemli rol oynamaktadır (Arslankılıç ve Göl, 2020).

2.12.3. Konfor kuramı

Latince “güçlendirmek” anlamına gelen “confortare” kelimesinden türeyen konfor kavramı, “fiziksel, maddi ve ruhsal olarak iyi olma durumu, sıkıntılardan kurtulma” olarak tanımlanabilmektedir (Terzi ve Kaya, 2017). Fransızca sözlüğe ise konfor kelimesi, “rahatlık” olarak geçmektedir (Çınar Yücel, 2011). Hemşirelikte bireye özgü bir kavram olarak görülen konfor kavramı, çeşitli kuramcılar tarafından kaliteli bakımın parçası olarak kabul edilmiştir (Arslankılıç ve Göl, 2020).

1990 yılında ilk kez Katharina Kolcaba tarafından bir hemşirelik kuramı olarak ortaya atılan konfor kuramı, bireyin ferahlama, huzura kavuşma ve sorunların üstesinden gelebilmek için gereksinimlerine yönelik yardım etme, fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel bütünlük içinde ihtiyaca yönelik önlem alıcı veya destekleyici bakım sunmadır (Terzi ve Kaya, 2017).

2.12.3.1. Konfor kuramının düzey ve boyutları

Kolcabaya göre konfor kuramı düzeyi ve boyutları olarak iki gruba ayrılmıştır. Birinci grupta konfor üç düzey olarak ele alınmaktadır.

1. Ferahlama

Bireyin gereksinimlerini karşılamaya başladıkça konforu bozan durumdan kurtulmayı hissettiği durumdur (Çınar Yücel, 2011; Terzi ve Kaya, 2017).

2. Rahatlama

Bireyin huzur duyarak memnuniyetini bildirmesi durumudur (Çınar Yücel, 2011; Terzi ve Kaya, 2017).

3. Üstünlük

Bireyin gücünün artarak sorunlarının üstesinden gelebildiği durumdur (Çınar Yücel, 2011; Terzi ve Kaya, 2017).

İkinci grupta ise Kolcaba konforu holistik yaklaşıma göre 4 boyutta ele almıştır.

1. Fiziksel konfor

Ağrı, beslenme, bağırsak fonksiyonları, dinlenme, egzersiz gibi bedensel algılarla ilgili durumlardır. Fiziksel konforun devamlılığı için sıvı- elektrolit dengesi, yeterli oksijen saturasyonu, dengeli kan biyokimyası gibi fizyolojik faktörlerde sapma olmaması gerekmektedir (Çınar Yücel, 2011; Terzi ve Kaya, 2017).

2. Psikospiritüel konfor

Bireyin yaşamına anlam veren; öz saygı, benlik kavramı, cinsellik ve kendinin farkında olma gibi manevi duyguları kapsamaktadır. Cerrahi süreçte yaşanan anksiyete ve bilgi eksikliği gibi konular psikospiritüel konfora etki etmektedir (Çınar Yücel, 2011; Terzi ve Kaya, 2017).

3. Sosyo-kültürel konfor

Hemşire, dini ve kültürel inançlara uygun bakım verme, bilgi eksikliğini ve iletişim sorunlarını giderme, sosyal yaşama adapte olma, taburculuk eğitimi gibi konularda bireyin ailesiyle de iş birliği içerisinde sosyal konfora katkı sağlamaktadır (Çınar Yücel, 2011; Terzi ve Kaya, 2017).

4. Çevresel konfor

Gürültü, ışık, sıcaklık, kötü kokular ve mahremiyet gibi dış etkenlere bağlı olarak bireyin konforunu etkileyen çevresel durumlardır. Rahatsız edici bir yatak, soğuk bir ortam, parlak ışıklar bireyin çevresel konforunu önemli derecede azaltır (Çınar Yücel, 2011; Terzi ve Kaya, 2017).

2.12.3.2. Konfor düzeyini yükseltici bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı

2.12.3.2.1. Ameliyat öncesi bakım

Ortopedi ameliyatı öncesi özellikle femur kırığı gelişen yaşlı hastalarda koroner arter hastalığı, hipertansiyon, diyabet ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi ek hastalıklar değerlendirilmelidir. Bu değerlendirme ile bireye özgü bakım sağlamak mümkün olmaktadır. İyi bir sistematik değerlendirme ve hasta öyküsü alınarak ameliyat öncesi hazırlık başlamalıdır. Ameliyat öncesi hasta eğitimi, mobilizasyon hakkında bilgi, ağrı kesici uygulamaların nasıl olacağı konusunda hastayı bilgilendirmek stresi azaltmak ve ameliyat sonrası kalış süresini azaltmak bakımından önemlidir. Ayrıca her hastanın kaygı duyduğu konular öğrenilerek hangi konuda destek sunmak gerektiği planlanıp duruma yönelik girişimler yapılmalıdır (Halstead, 2004; Yavuz, 2014).

Cerrahi stresi önlemek için manevi hazırlık aşaması ile beraber fizyolojik hazırlık da gerekmektedir. Solunum ve öksürük egzersizleri yaptırılarak hasta anesteziye hazırlanmalıdır. Aneminin operasyon öncesinde tedavi edilmesi veya kan transfüzyonu gerekmektedir. (Halstead, 2004; Ertürk, Yıldırım & Diril, 2018) Elektif kalça ve diz protezi öncesinde 4 hafta veya daha uzun süre sigara ve alkol bırakılması önerilmektedir. Anestezi indüksiyonundan 2 saat öncesine kadar berrak sıvı alımı ve katı yiyecekler için 6 saat açlık önerilmektedir. Opioid kullanımı en aza indirme, parasetamol ve non-steroid antiinflatuvar kullanımını ağrıyı kesmede ameliyat öncesi dönemde de kullanılabilmekte güçlü kanıtlar bulunmuştur. Özellikle kalça ve diz artroplastisinde ameliyat sonrası görülmekte olan enfeksiyonlar ciddi komplikasyonlardır. Bu nedenle ameliyat öncesi dönemde antibiyotik profilaksisi önerilmektedir. Derin ven trombozu (DVT) riski yüksek olduğundan ortopedik alt ekstremitte cerrahisi öncesi antitrombotik çorap kullanımı gerekmektedir (Wainwright vd., 2020).

Amputasyon hastaları için elektif vakalarda ameliyat öncesi eğitim gerektiren konular hakkında tespitler yapılarak hastaya eğitim verilmelidir. Beden imajında yaşayacağı değişiklik sebebiyle hastanın psikolojik durumu göz önünde bulundurulmalı, psikolog ile iş birliği sağlanmalı ve aileye ameliyat sonrası rehabilitasyon uygulamaları ve protezler konusunda bilgi verilmelidir (Köse ve Güler Demir, 2019) .

Alt ekstremitedeki kırık vakalarında ameliyat öncesi dönemde hemşireler hastanın nörovasküler (ekstremitte sıcaklığı, ekstremitte rengi, nabız, ağrı, kapiller dolum süresi, duyu, his) takibini yapmalı, ağrı düzeyini sorgulamalı ve gerekli analjezikleri uygulamalıdır. Ağrı ve şişliği en aza indirmek için ekstremitteyi elevasyona almak ve soğuk kompres uygulamak önemlidir. Mobilizasyon kısıtlaması olduğundan hastada gelişebilecek konstipasyonu önlemek için lifli gıda alımı ve laksatif kullanılabilir (Halstead, 2004; Köse ve Güler Demir, 2019).

2.12.3.2.2. Ameliyat sırası bakım

Ameliyat sürecinde hastalar anestezi sebebiyle kısmen veya tamamen savunmasız olmaktadır. Bu aşamada her cerrahi işlemde olduğu gibi alt ekstremitte cerrahisi de hasta güvenliği önemli bir konudur. Ameliyathanedeki hemşireler hastanın ameliyata tepkisini değerlendirmek ve tıbbi hata riskini en aza indiren güvenlik kontrollerini yapmak için cerrahi ekiple birlikte çalışmaktadır. Ekstremitelerde özellikle önem arz eden yanlış taraf ameliyatını önlemek için güvenlik protokollerini etkinleştirmeli ve cerrahi kesiden önce ameliyat bölgesini değerlendirmelidir. Protez doğrulamanın yanı sıra ekipman ve sünger sayımı prosedürlerini içeren güvenlik kontrol listelerini uygulamalıdır. Hemşireler periferik sinir ve cilt yaralanması riskini en aza indirmek için hastaları düzenli aralıklarla dikkatlice konumlandırmalıdır (Goldberg ve Quinlan, 2020). Hastanın mahremiyetini koruyarak, uygun pozisyon sağlanması ve basınç yerlerinin desteklenmesine dikkat ederek, normal vücut ısı ve fizyolojisinin devamını sağlayarak, aseptik tekniklerine uyulmasına dikkat ederek konforlu bir işlem geçirmesine katkıda bulunmalıdır. Yapılan çalışmalarda ameliyat sırasındaki bu bireyselleştirilmiş bakım uygulamalarının hastanın konfor düzeyini arttırdığı belirlenmiştir (Eyi vd., 2016; Yılmaz vd., 2018)

Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü (NICE), hastaların ameliyat sırası boyunca önceden ısıtılmasını ve ameliyat geçiren tüm yetişkinlerin aktif ısınmasını sürdürmesini önermektedir. Anestezik gazların önceden ısıtılması ve nemlendirilmesi, intravenöz ve irrigasyon sıvılarının ısıtılması ve basınçlı hava ısıtma battaniyeleri ve cihazları dahil olmak üzere vücut sıcaklığını korumak için açıklanan birçok yöntem vardır. Bununla birlikte, artan enfeksiyon riskiyle ilişkili olduğuna dair kanıtlar olduğu için, hava ısıtmanın kullanılması önerilmemektedir. Hiponatremi dahil elektrolit dengesizliğini tespit etmek ve önlemek için özen gösterilmelidir. İntravenöz sıvılar, hissedilmeyen kayıpları karşılamak, vücut sıvısı bölmelerinin normal durumunu korumak ve atık ürünlerin renal atılımını sağlamak için rutin bakım sıvıları sağlamak amacıyla akıllıca (böbrek hastalığına dikkat edilerek) kullanılmalıdır (Wainwright vd., 2020). Yaşlı bireylerde ameliyat sırasındaki hipoksi, hiperventilasyon, hipertansiyon, anestezi gibi faktörlerin ameliyat sonrası bilişsel bozukluğu etkilediği ve bunların yönetiminin önemli olduğu çalışmalarda belirtilmektedir (MacKenzie ve Cornell, 2020).

2.12.3.2.3. Ameliyat sonrası bakım

Ameliyat sonrası bakım hasta ameliyattan çıktığı anda başlamaktadır. Bu dönemde hemşirelik bakımının en önemli girişimleri hastanın yaşamsal fonksiyonlarını değerlendirmek, nabız ve kan basıncını izlemek, sapma olduğunda kaydedip hekime bildirmektir. Bunun yanı sıra ameliyat sonrası dönemde hasta için en uygun pozisyon sağlanmalı, pansuman ve alçı durumunu değerlendirilip kanama takibi yapılmalıdır. Beklenenden fazla ağrı ve ekstremitelerde renk değişimi ameliyat sonrası dönemde görülebilecek en önemli komplikasyonlardan biri olan kompartıman sendromunun belirtisi olabileceğinden bu konuda hemşireler hastayı yakından takip etmelidir. Hastada gelişebilecek dolaşım problemlerinin erken tanılanabilmesi için kapiller dolum süresine bakılarak ekstremitedeki renk değişimi ve his kaybı kontrol edilmelidir. Ayrıca hasta tromboembolizm ve pulmoner emboli belirtileri (ödem, takipne, taşikardi, göğüs ağrısı) yönünden de izlenmelidir. Hemşireler hastalara ve yakınlarına takibin neden gerekli olduğunu açıklayarak endişe ve konforsuzluk için duyuşal destek sağlamalıdır. Enfeksiyon kontrolüne yönelik hastaya yapılan her girişimde aseptik tekniklere uyulmasının yanında, hastanın laboratuvar değerleri izlenmeli, normalden sapmalar hekime bildirilmeli ve order edilen antibiyotikler uygulanmalıdır (Goldberg ve Quinlan, 2020).

Hasta da gelişebilecek sıvı-elektrolit dengesizliğinin önüne geçebilmek için belirli aralıklarla hastanın aldığı-çıkarıldığı takibinin yapılması, drenlerin varlığı ve işlevinin sık sık kontrol edilmesi yapılacak hemşirelik girişimlerinin başında gelmektedir (Goldberg ve Quinlan, 2020; Wainwright vd., 2020).

Ameliyat sonrası dönemde hastayı erken mobilizasyona teşvik etmek ve mümkün olan en kısa sürede oral alıma başlamak taburculuk için olumlu olmanın yanı sıra hastanın konfor düzeyini de arttırmaktadır (Goldberg ve Quinlan, 2020; Wainwright vd., 2020).

Pozisyon değişimi ve dekübiti önlemek alt ekstremitte cerrahi girişimi geçiren hastalar için önemlidir. Soğuk uygulama gerektiren durumlarda (diz artroplastisi, osteotomi, uzun kemiklere uygulanan ARİF, artroskopi) ödem ve ağrıyı azaltma amacıyla saatte bir on dakika buz uygulaması yapılmalıdır (Köse ve Güler Demir, 2019; Yavuz, 2014).

2020 yılındaki verilere bakıldığında 65 yaş üstü bireylerin nüfusun önemli bir kısmını oluşturduğu bilinmektedir. Bu yaşlarda femur kırığı ile gelen hasta sayısı fazla olmakta ve %69’unda ameliyat sonrası deliryum görülmektedir. Deliryum için riskin azaltılmasında ek oksijen tedavisi, elektrolit dengesinin sağlanması, yeterli beslenme, yüksek riskli ilaçların kesilmesi, erken mobilizasyon, ağrı yönetimi gibi çeşitli müdahaleler önerilmektedir (MacKenzie ve Cornell, 2020).

Ameliyat sonrası en önemli konulardan bir diğeri bilgi eksikliğidir. Hastaların bilişsel durumu, okuryazarlığı göz önünde bulundurularak eğitim içerikleri belirlenip kişiye uygun planlama yapılmalıdır. Aile ve bakım verici ile de iş birliği yapılması daha etkili bir süreç için önemlidir (Goldberg ve Quinlan, 2020). Total kalça artroplastisi sonrası hastaya ilk sekiz hafta sırtüstü ve yan yatarken bacak arasında abduksiyon yastık kullanılmasının önemi, yürürken yürüteç yüksekliğinin bel hizasının biraz altında olması gerektiği anlatılmalıdır. Hastanede kaldığı süre boyunca ve evde egzersizlerini mutlaka yapmalıdır. Öncelikle küçük egzersizlerle başlayarak yavaş yavaş aktivitelerini arttırmalıdır. Hasta dislokasyon bulguları yönünden (bacak boyunda kısılma, dönme, ani keskin ağrı) takip edilmeli, önlemek için 90 dereceden fazla fleksiyondan, iç ve dış rotasyondan kaçınması gerektiğini bilmeli, pantolon ve çorap giyerken önce ameliyat olan taraftaki bacadan başlamalı, çömelme ve bağdaş kurmaktan kaçınmalıdır. Ev ortamının hastaya uygun şekilde planlanması, kaygan

zemin ve takılabileceği eşya bulundurmuyarak düşme açısından dikkat edilmesinin gerekliliği hasta ve yakınlarına anlatılmalıdır. Hastanın yaşadığı zorluklar konusunda duygularını ifade etmesine izin verilmeli, öz bakımı ile ilgili kararlara en üst düzeyde katılımı sağlanmalıdır. Lifli gıda ve yeterli sıvı alımına dikkat etmeli, gece uykusunu alması sağlanmalıdır. (Köse ve Güler Demir, 2019; Yavuz, 2014; Yılmaz vd., 2018).

Total diz protezi hastalarında kalça protezindeki gibi bacak arası yastığa gerek yoktur. Yukarıdaki bilgilere ilave olarak hasta dislokasyon bulgularını önlemek için diz eklemine iç ve dış rotasyonundan kaçınması gerektiğini bilmeli, bedeni öne eğmekten, çömelmekten kaçınmalı, bir saatten fazla sandalye üzerinde oturmamalıdır (Köse ve Güler Demir, 2019, Savcı ve Bilik, 2015; Yavuz, 2014).

Amputasyon hastaları için ise emosyonel durum oldukça önemlidir. Hastanın şok, kayıp, kabullenmeme gibi duygularını ifade etmesi sağlanmalıdır. Düşük benlik saygısının önüne geçilmesi, depresyon fark edildiğinde psikolojik destek alınması için aileyle iş birliği yapılmalıdır. Hasta ve bakım vericisine fantom ağrı hissi, nedeni, bu durumun normal olduğu ile ilgili bilgi verilmeli ve zamanla geçeceği anlatılmalıdır. Rehabilitasyon programına bir an önce başlaması sağlanarak protez kullanımı için yönlendirilmelidir. Kesilen uzvun kalan kısmı ile itme çekme hareketi yapılması, güdük insizyonu kapanmasından sonra günde iki kez sabunlu ılık su ile yıkama yapılarak kurulanması, güdük bölgesi tahrişinden kaçınılması da konforu arttıracak önemli uygulamalardır (Akan, 2015; Başal, Korkmaz & Türk, 2015; Çoban, Gezginci & Gökteş, 2019; Köse ve Güler Demir, 2019; Kaya ve Bilik, 2020).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma alt ekstremité cerrahisi geçiren bireylerin bireyselleştirilmiş bakım algısının konfor düzeyi üzerine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı alt ekstremité cerrahisi geçiren bireylerin bireyselleştirilmiş bakım algısının konfor düzeyine etkisini incelemektir.

3.3. Araştırmanın Hipotezleri

H₁: Alt ekstremité cerrahisi uygulanan bireylerde bireyselleştirilmiş bakım algısı ile konfor düzeyi arasında pozitif yönde ilişki vardır.

H₂: Alt ekstremité cerrahisi uygulanan bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre bireyselleştirilmiş bakım algısı ölçek ve alt boyutları arasında fark vardır.

H_{2a}: Alt ekstremité cerrahisi uygulanan bireylerin klinik özelliklerine göre bireyselleştirilmiş bakım algısı ölçek ve alt boyutları arasında fark vardır.

H₃: Alt ekstremité cerrahisi uygulanan bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre konfor düzeyi ölçek ve alt boyutları arasında fark vardır.

H_{3a}: Alt ekstremité cerrahisi uygulanan bireylerin klinik özelliklerine göre konfor düzeyi ölçek ve alt boyutları arasında fark vardır.

3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma gerekli izinler alındıktan sonra Kocaeli Üniversitesi Hastanesi'nin Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde 01.01.2021 ile 30.07.2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.



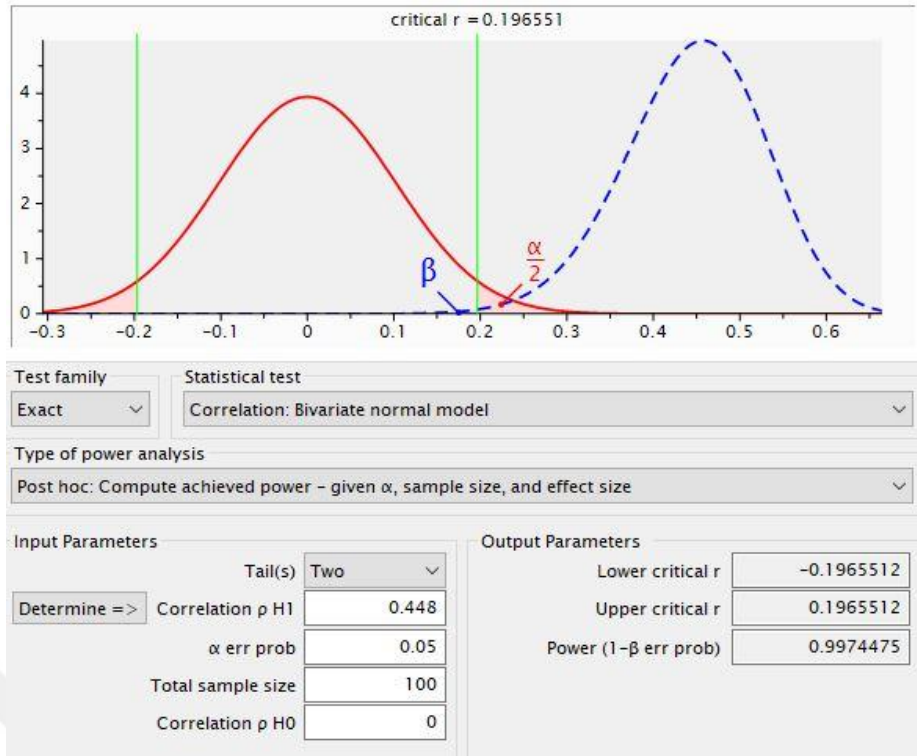
Şekil 3.1. Araştırma Planı

3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

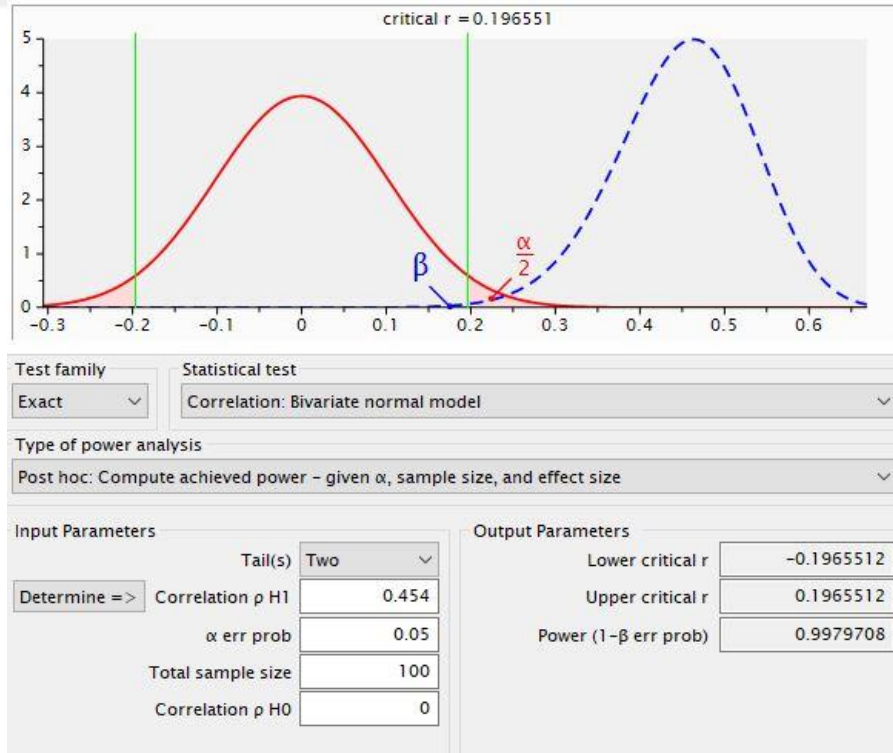
Araştırmanın evrenini 01.01.2021 ile 30.07.2021 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde alt ekstremitte cerrahisi sonrası serviste yatan hastalar oluşturdu.

3.5.1. Araştırmanın örnekleme

Örnekleme, toplam 198 alt ekstremitte cerrahisi geçirerek ameliyat sonrası ikinci günde yatışı bulunan, araştırmaya dahil olma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 100 hasta oluşturmuştur. Ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişki değerlerine göre %5 hata payı ve 100 örneklem büyüklüğü için Bireyselleştirilmiş bakım skalası_A ile Genel konfor ölçeği arasındaki ilişkiyi belirlemek için güç düzeyi %99.74475 ve Bireyselleştirilmiş bakım skalası_B ile Genel konfor ölçeği arasındaki ilişkiyi belirlemek için ise güç düzeyi %99.79708 tespit edilmiştir (Şekil 3.2. ve Şekil 3.3.).



Şekil 3.2. Bireyselleştirilmiş bakım skalası_A ile Genel konfor ölçeği arasındaki güç düzeyi



Şekil 3.3. Bireyselleştirilmiş bakım skalası_B ile Genel konfor ölçeği arasındaki güç düzeyi

3.5.1.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri

- Alt ekstremitte cerrahisi geçirme
- Cerrahi girişim sonrası en az 2 gün yatışı bulunma
- 18 yaşından büyük olma,
- Türkçe konuşma
- Okuryazarlığı olma ve okuduğunu anlayıp kavrayabilme

3.5.1.2. Araştırmadan dışlanma kriterleri

- Üst ekstremitte cerrahisi geçirme
- Üst üste seri ameliyat geçirme
- Tanı konulmuş psikiyatrik rahatsızlığa sahip olma
- Zihinsel engeli bulunma,
- Araştırma sorularını yanıtlamada görme, duyma, bilişsel fonksiyonlarında herhangi bir engele sahip olma
- Demans, alzheimer gibi nörolojik hastalıklara sahip olma

3.6. Araştırmanın Değişkenleri:

Araştırmanın bağımlı değişkenini konfor düzeyi, bağımsız değişkenlerini ise bireyselleştirilmiş bakım algısı, sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, yaşadığı yer, meslek, medeni durum, birlikte yaşadığı kişiler, sosyal güvence) ve klinik özellikler (servise geliş şekli, cerrahi işlem, daha önce hastanede yatış deneyimleme durumu, eşlik eden hastalıklar, refakatçi durumu, serviste yatış süresi, yatağa bağımlı kalma süresi, manevi ve kişisel ihtiyaçlarını karşılama durumu, hemşirelik bakımını yeterli görme durumu) oluşturmaktadır.

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri “Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu (HTBF)”, “Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası (Bireyselleştirilmiş bakım skalası)” ve “Genel Konfor Ölçeği (GKÖ)” kullanılarak toplanmıştır.

3.7.1. Hasta tanıtıcı bilgi formu

Araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda (Bal Kaplan, 2015; Kubat, 2017) hazırlanan formda toplam on sekiz soru bulunmaktadır (Ek 1). Formun sekiz sorusu yaş, cinsiyet, yaşadığı yer, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sosyal

güvence ve birlikte yaşadığı kişileri içeren sosyodemografik özellikleri belirtmektedir. Formda yer alan diğer on soru ise cerrahi işlem, daha önce hastanede yatma durumu, eşlik eden diğer sağlık sorunları, servise geliş şekli, refakatçi durumu, serviste yatış süresi, yatağa bağımlı kalma süresi, manevi ve kişisel ihtiyaçlarını karşılama durumu ve hemşirelik bakımını yeterli algılama durumunu içeren klinik özellikleri belirlemektedir.

3.7.2. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası

Hastaların bireyselleştirilmiş bakımı algılama durumlarını belirlemek amacı ile kullanılmıştır (Ek 2).

Hastanede yatarak bakım almış, bağımsızca soruları yanıtlayabilen ve hastaneden eve taburcu edilebilecek yetişkin hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarını ölçebilmek amacıyla 2000 yılında Suhonen ve ark. tarafından geliştirilmiş, daha anlaşılır olması ve soru sayısını azaltmak amacıyla 2005 yılında yine Suhonen ve ark. tarafından düzenlenmiştir. 2010 yılında ise Acaroğlu ve arkadaşları tarafından ölçeğin Türkçe geçerlik-güvenirlilik çalışması yapılmıştır. İki bölümden oluşan ölçeğin A bölümü hastanın hastanede tedavi gördüğü sürece bireysel bakımı hedefleyen hemşirelik bakımının farkındalığını B bölümü ise hasta bireyin kendi bakımındaki bireyselliği algılayışını ölçmektedir. 17'şer sorudan oluşan Bireyselleştirilmiş bakım skalası A-B'nin alt boyutları şu şekildedir;

- i. Klinik durum A01-A07 (KlinA) ve B01-B07 (KlinB)
- ii. Kişisel yaşam durumu; A08-A11 (KişA) ve B08-B11 (KişB)
- iii. Karar verme kontrolü A12-A17 (KarA) ve B12-B1 (KarB)

Bireyselleştirilmiş bakım skalası maddeleri 1-5 arasında puanlandırılmış (1= kesinlikle katılmıyorum, 2= katılmıyorum, 3= ne katılmıyorum ne de katılıyorum, 4= katılıyorum, 5= tamamen katılıyorum) likert tipinde bir ölçektir (Acaroğlu ve ark.,2010).

Bireyselleştirilmiş bakım skalası_A Ölçeğinin Chronbach alfa katsayısı 0.92, Bireyselleştirilmiş bakım skalası_B Ölçeğinin Chronbach alfa katsayısı 0.93 olarak bulunmuştur (Suhonen ve ark., 2007; Acaroğlu ve ark.,2010).

3.7.3. Genel konfor ölçeği

Genel konfor ölçeği, Kolcaba (2003) tarafından hastaların konfor düzeylerini tespit edebilmek amacıyla 1992 yılında yine kendisi tarafından oluşturulan Konfor Kuramı'na dayalı olarak geliştirilmiş, Kuğuoğlu ve Karabacak (2008) tarafından 2008 yılında Türkçe'ye çevrilerek geçerlik ve güvenirlik analizleri yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alpha güvenirlik oranı orijinal ölçekte 0,88; Türkçe versiyonunda ise 0,85 olarak bulunmuştur (Ek 3).

Ölçekte toplam 48 madde yer almaktadır. Bu maddeler 1-Kesinlikle katılmıyorum (1 puan), 2-Katılmıyorum (2 puan), 3-Katılıyorum (3 puan), 4-Tamamen katılıyorum (4 puan) biçiminde 4'lü likert tipi ölçek aracılığıyla cevaplanmaktadır. Dolayısıyla ölçekten alınabilecek en düşük puan 48, orta puan 120 ve en yüksek puan 192'dir. Ölçekten alınan puan arttıkça hastanın konfor düzeyi de artmaktadır.

Ayrıca ölçek, Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na uygun bir biçimde 3 düzey ve 4 boyuttan oluşmaktadır. 16 madde ferahlama, 17 madde rahatlama ve 15 madde sorunların üstesinden gelme düzeylerinde yer almaktadır. Bunun yanında 12 madde fiziksel konfor, 13 madde psikopritüel konfor, 13 madde çevresel konfor ve 10 madde sosyo-kültürel konfor boyutları ile ilgilidir.

3.7.4. Veri toplama araçlarının uygulanması

Veriler; araştırmacı tarafından, ameliyattan 48 saat sonra, hastanede kendi odasında yatan hastalarla yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplandı. Veri toplama formlarının uygulanması ortalama 20 dakika sürdü.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın uygulanabilmesi için Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 24.11.2020 tarihinde (Karar No:2020/04) etik izin (Ek 4), Kocaeli Üniversite Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Başkanlığından 11.11.2020 tarihinde (Sayı 4) (Ek 5) gerekli kurum izinleri alındı. Bireyselleştirilmiş bakım skalası kullanımı için Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışmasını yapan Acaroğlu'ndan (Ek 6), Genel konfor ölçeği kullanımı için Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışmasını yapan Kuğuoğlu ve Karabacak'tan (Ek 7) gerekli izinler alındı. Hastalara kendilerinden

edinilen bilgilerin gizli tutulacağı, sadece araştırma amacıyla kullanılacağı açıklandı ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastaların sözlü ve yazılı izinleri (Ek 8) alındı.

3.9. Verilerin değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS Statistics 25 programı kullanılmıştır. Çalışmada kategorik değişkenler için frekans dağılımı (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma) verilmiştir. Kullanılan verilerin normal dağılım göstermesi çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 3 arasında olmasına bağlıdır (Shao, 2002). Normal dağılıma sahip veriler için iki grup arasındaki fark olup olmadığına bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla grup arasında fark olup olmadığına tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) ile bakılmıştır. “Tek yönlü varyans analizi” (ANOVA) sonucunda öncelikle varyans homojenliği için Levene testine, ardından farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığı “çoklu karşılaştırma testi” (Bonferroni ya da Scheffe) ile kontrol edilmiştir. Normal dağılıma sahip olmayan veriler ile niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki bağımsız grup arasındaki fark için Mann Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır. Ölçekler arasında ilişkinin incelenmesi için korelasyon analizinden yararlanılmıştır. Normal dağılım gösteren veriler için Pearson katsayısına, normal dağılım göstermeyen veriler için ise Spearman katsayısına bakılmıştır. Ölçek güvenilirlikleri için ise Cronbach’s alfa değerinden yararlanılmıştır. Anlamlılık için $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmadaki sınırlılıklar, Covid-19 pandemisi sürecinde olduğundan bazı hastaların ameliyat sonrası 48 saati takiben taburcu olmaları, elektif vakalara ara verilmesidir.

4. BULGULAR

Çalışmadan elde edilen bulgular;

- 4.1. Alt ekstremitte cerrahi girişimi geçiren bireylerin sosyodemografik ve klinik özelliklerinin dağılımı,
 - 4.2. BBS ve GKÖ alt boyut ve puan ortalamalarının dağılımı,
 - 4.3. BBS ve GKÖ normallik analiz dağılımı,
 - 4.4. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin ölçek alt boyutları ile karşılaştırılması,
 - 4.5. Hastaların klinik özelliklerinin ölçek alt boyutları ile karşılaştırılması,
 - 4.6. BBS ve GKÖ arasındaki ilişkinin korelasyon analizi ile incelenmesi
- şeklinde altı bölümde verilmiştir.

4.1. Alt Ekstremitte Cerrahisi Geçiren Bireylerin Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Dağılımı

Çalışmaya katılan bireylerin sosyodemografik özelliklerine yönelik bulgular Tablo 4.1.1.'de verilmiştir.

Tablo 4.1.1. Demografik özelliklerin dağılımı. (N=100)

		N	%
Yaş	18-35	25	25,0
	36-55	38	38,0
	56-70	17	17,0
	70 ve üzeri	20	20,0
Cinsiyet	Kadın	43	43,0
	Erkek	57	57,0
Yaşadığı yer	Şehir merkezi	28	28,0
	İlçe- kasaba	47	47,0
	Köy	25	25,0
Medeni durum	Evli	71	71,0
	Bekar	29	29,0
Eğitim durumu	Okuryazar	11	11,0
	İlkokul	26	26,0
	Ortaokul	18	18,0
	Lise	22	22,0
	Üniversite	23	23,0
Meslek	Ev hanımı	33	33,0
	İşçi	18	18,0
	Memur	17	17,0
	Emekli	12	12,0
	Diğer	20	20,0
Sosyal güvence	Var	93	93,0
	Yok	7	7,0
Birlikte yaşadığı kişiler	Çekirdek aile	77	77,0
	Bir aile/yakınının yanında	9	9,0
	Yalnız	14	14,0

Hastaların %38'i 36-55 yaş aralığında olup, %57'si erkek, %71'i evli, %26'sı ilkokul mezunudur. %33'ü ev hanımı, onu takiben %18 işçi meslek grubundadır. %47'si ilçe-kasabada ve %77'si çekirdek ailesiyle yaşamaktadır. Hastaların %93'ünün sosyal güvencesi bulunmaktadır (Tablo 4.1.1.).

Çalışmaya katılan bireylerin klinik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.2.'de, verilmiştir.

Tablo 4.1.2. Klinik özelliklerinin dağılımı. (N=100)

		N	%
Cerrahi girişim	Femur cerrahisi	35	35,0
	Diz eklem cerrahisi	30	30,0
	Amputasyon	14	14,0
	Ayak/ayak bileği cerrahisi	12	12,0
	Tibia/fibula cerrahisi	9	9,0
Servise geliş şekli	Acil servisten	43	43,0
	Planlı	53	53,0
	Yoğun bakımdan	4	4,0
Daha önce hastaneye yatma durumu	Evet	69	69,0
	Hayır	31	31,0
Eşlik eden hastalık durumu	Evet	39	39,0
	Hayır	61	61,0
Refakatçi durumu	Evet	100	100,0
Serviste kaç gün kaldığı	1-5	53	53,0
	6-10	34	34,0
	11 gün ve üzeri	13	13,0
Yatağa bağımlı kalma süresi	1-5	60	60,0
	6-10	28	28,0
	11 gün ve üzeri	12	12,0
Manevi ihtiyaçlarını karşılama durumu	Evet	62	62,0
	Kısmen	33	33,0
	Hayır	5	5,0
Kişisel ihtiyaçlarını karşılama durumu	Evet	60	60,0
	Kısmen	30	30,0
	Hayır	10	10,0
Hemşirelik bakımını yeterli görme durumu	Evet	93	93,0
	Kısmen	7	7,0

Çalışmaya katılan hastaların %35'ine femur cerrahisi, %30'una diz eklem cerrahisi, %14'üne amputasyon, %12'sine ayak/ayak bileği cerrahisi ve %9'una tibia/fibula cerrahisi uygulanmıştır. Hastaların %53'ünün servise geliş planlı olurken, %69'u daha önce hastanede yatmış, %39'unda eşlik eden bir hastalığı bulunduğu saptanmıştır. Tamamının refakatçisinin olduğu, %53'ünün serviste 1-5 gün, %60'ının yatağa bağımlı 1-5 gün kaldığı, ve %62'sinin manevi ihtiyaçlarını, %60'ının kişisel ihtiyaçlarını karşılayabildiği, %93'ünün de hemşirelik bakımını yeterli gördüğü belirlenmiştir (Tablo 4.1.2.).

4.2. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası ve Genel Konfor Ölçeği alt boyut ve puan ortalamalarının dağılımı

Çalışmaya katılan hastaların BBS ve GKÖ alt boyut ve puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.2.1.'de verilmiştir.

Tablo 4.2.1. BBS ve GKÖ alt boyut ve puan ortalamalarının dağılımı. (N=100)

	Ort.	S.S.	Min.	Maks.	Cronbach's alfa
BBS_A	3,95	1,09	1,29	5,00	0,963
Klin_A	4,08	1,12	1,14	5,00	0,941
Kiş_A	3,69	1,21	1,00	5,00	0,834
Kar_A	3,99	1,17	1,00	5,00	0,918
BBS_B	4,31	0,74	2,18	5,00	0,924
Klin_B	4,25	0,92	1,57	5,00	0,903
Kiş_B	4,09	0,95	1,75	5,00	0,741
Kar_B	4,55	0,66	2,00	5,00	0,812
GKÖ	133,84	16,54	102,00	170,00	0,864
Ferahlama	42,92	5,76	29,00	55,00	
Rahatlama	47,04	7,04	30,00	64,00	
Üstünlük	43,88	5,89	32,00	57,00	
Fiziksel	32,13	5,32	20,00	42,00	
Psikospritu�el	38,88	6,18	27,00	51,00	
Çevresel	35,43	5,93	19,00	49,00	
Sosyokültürel	27,40	3,09	20,00	32,00	

Hastaların Bireyselleştirilmiş bakım skalası_A puan ortalaması $3,95 \pm 1,09$, Bireyselleştirilmiş bakım skalası_B puan ortalaması $4,31 \pm 0,74$ olarak; Genel konfor  l eđi puan ortalaması ise $133,84 \pm 16,54$ olarak belirlenmiştir.

Bireyselleştirilmiş bakım sklasında Klinik durum_A puan ortalaması $4,08 \pm 1,12$ ve Karar verme kontrol _B puan ortalaması $4,55 \pm 0,66$ bulunmuştur.

Konfor  l eđinde rahatlama düzeyi puan ortalaması $47,04 \pm 7,04$ olarak, psikospritu el boyut puanı $38,88 \pm 6,18$ olarak bulunmuştur.

Ölçek güvenilirliğinin değerlendirilmesi sırasında en sık kullanılan kriterlerden biri içsel tutarlılık  l s  olan Cronbach's alfa'dır. Çalışmamızdaki  l eklerin Cronbach's alfa değerleri Bireyselleştirilmiş bakım skalası_A için 0,963, Bireyselleştirilmiş bakım skalası_B için 0,924 ve Genel konfor  l eđi için 0,864 olarak saptanmıştır. Bu değerler genelde kabul edilebilir değer olan 0,700'den (Nunnally, 1978) yüksektir.

4.3. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası ve Genel Konfor  l eđi Normallik Analizleri

BBS ve GK  normallik dağılımları Tablo 4.3.1.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.3.1. BBS ve GKÖ alt boyutları normallik dağılımı. (N=100)

Ölçekler ve Alt Boyutları	Çarpıklık	Std. Hata	Basıklık	Std. Hata	Durum
Bireyselleştirilmiş bakım skalası a	-1,077	0,241	0,105	0,478	Normal
Klinik durum_a	-1,297	0,241	0,629	0,478	Normal
Kişisel yaşam durumu a	-0,867	0,241	-0,220	0,478	Normal
Karar verme kontrolü_a	-1,050	0,241	-0,048	0,478	Normal
Bireyselleştirilmiş bakım skalası b	-1,015	0,241	-0,021	0,478	Normal
Klinik durum_b	-1,096	0,241	0,090	0,478	Normal
Kişisel yaşam durumu b	-0,764	0,241	-0,609	0,478	Normal
Karar verme kontrolü_b	-1,957	0,241	3,993	0,478	Normal değil
GKÖ	0,223	0,241	-0,670	0,478	Normal
Ferahlama	-0,037	0,241	-0,271	0,478	Normal
Rahatlama	0,069	0,241	-0,086	0,478	Normal
Üstünlük	0,042	0,241	-0,776	0,478	Normal
Fiziksel	0,033	0,241	-0,526	0,478	Normal
Psikospritiyel	-0,096	0,241	-0,750	0,478	Normal
Çevresel	-0,101	0,241	-0,024	0,478	Normal
Sosyokültürel	-0,366	0,241	-0,565	0,478	Normal

Karar verme kontrolü_b alt boyutu dışında kalan ölçek ve boyutların normal dağıldığı gözlenmiştir. Kullanılan verilerin normal dağılım göstermesi çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 3 arasında olmasına bağlıdır (Shao, 2002).

4.4. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Ölçek Alt Boyutları İle Karşılaştırılması

4.4.1. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası ölçek alt boyutları ile karşılaştırılması

Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik özelliklerinin Bireyselleştirilmiş bakım skalası ve ölçek alt boyutları puan ortalamaları ile karşılaştırılması Tablo 4.4.1.'de verilmiştir.

Tablo 4.4.1. Bireyselleştirilmiş bakım skalası ve ölçek alt boyutları ile demografik özelliklerin ilişkisinin dağılımı. (N=100)

	BBS_A	Klin_A	Kiş_A	Kar_A	BBS_B	Klin_B	Kiş_B	Kar_B
	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	Sıra ort.
Yaş								(KW)
18-35	4,07±1,11	4,13±1,13	3,85±1,14	4,16±1,21	4,38±0,82	4,29±1,03	4,18±0,91	51,50
36-55	3,83±0,94	4,00±1,02	3,61±1,08	3,77±0,99	4,10±0,79	4,05±0,94	3,86±0,95b	41,01
56-70	3,85±1,18	4,00±1,31	3,65±1,26	3,82±1,25	4,37±0,60	4,26±0,89	3,90±1,02	60,06
70 ve üzeri	4,12±1,26	4,23±1,16	3,69±1,52	4,28±1,34	4,59±0,59	4,56±0,71	4,56±0,78a	59,15
F/p	0,474/0,701	0,227/0,877	0,201/0,895	1,175/0,324	2,126/0,102	1,427/0,240	2,902/0,039*	8,423/0,038*
Cinsiyet								(MWU)
Kadın	4,08±1,06	4,23±1,05	3,66±1,29	4,18±1,05	4,50±0,57	4,38±0,83	4,32±0,86	58,69
Erkek	3,85±1,11	3,96±1,16	3,72±1,16	3,82±1,23	4,18±0,83	4,15±0,98	3,91±0,98	44,32
t/p	1,024/0,308	1,219/0,226	-0,254/0,800	1,526/0,130	2,271/0,025*	1,223/0,224	2,193/0,031*	873,5/0,010*
Yaşadığı yer								(KW)
Şehir merkezi	4,09±1,06	4,23±1,08	3,88±1,14	4,08±1,17	4,38±0,80	4,35±0,97	4,20±0,90	49,18
İlçe- Kasaba	3,88±1,15	4,01±1,23	3,62±1,28	3,90±1,17	4,26±0,75	4,15±0,93	3,97±0,99	52,50
Köy	3,93±1,02	4,04±0,93	3,61±1,16	4,02±1,2	4,34±0,69	4,31±0,88	4,17±0,92	48,22
F/p	0,352/0,704	0,368/0,693	0,484/0,618	0,227/0,798	0,206/0,771	0,463/0,630	0,615/0,543	0,476/0,788
Medeni durum								(MWU)
Evli	3,92±1,07	4,05±1,14	3,68±1,19	3,93±1,11	4,26±0,77	4,16±0,95	4,01±0,98	49,27
Bekar	4,12±1,05	4,22±0,95	3,83±1,18	4,18±1,24	4,50±0,63	4,52±0,76	4,35±0,75	51,84
t/p	-0,827/0,410	-0,701/0,485	-0,582/0,562	-0,987/0,326	-1,512/0,134	-1,749/0,083	-1,847/0,069	942,5/0,675
Eğitim durumu								(KW)
Okuryazar	4,57±0,44	4,64±0,42	4,11±0,80	4,79±0,40	4,76±0,23	4,62±0,37	4,73±0,39	71,23
İlkokul	3,84±1,19	4,05±1,28	3,37±1,48	3,92±1,15	4,35±0,66	4,29±0,90	3,96±1,09	52,60
Ortaokul	3,70±1,10	3,94±1,10	3,49±1,23	3,56±1,16	4,20±0,67	4,11±1,01	3,94±1,04	41,64
Lise	4,04±1,19	4,11±1,28	3,84±1,11	4,09±1,26	4,26±0,89	4,27±0,98	4,08±0,88	49,09
Üniversite	3,89±1,04	3,91±0,97	3,88±1,07	3,87±1,24	4,20±0,85	4,11±1,02	4,03±0,89	46,50
F/p	1,249/0,295	0,893/0,471	1,172/0,328	2,089/0,088	1,317/0,269	0,695/0,597	1,522/0,202	8,644/0,071
Meslek								(KW)
İşçi	4,02±1,01	4,25±1,02	3,82±1,16	3,88±1,02	4,26±0,74	4,15±1,04	3,83±1,18	47,08
Memur	3,58±1,02	3,55±1,11	3,62±0,95	3,59±1,18	3,89±0,90	3,84±0,96	3,79±0,84	36,85
Ev hanımı	4,08±1,17	4,23±1,18	3,61±1,42	4,22±1,11	4,58±0,50	4,52±0,72	4,48±0,73	59,17
Emekli	3,79±1,12	3,93±1,07	3,69±1,29	3,69±1,40	4,19±0,69	4,17±0,85	3,71±1,08	47,33
Diğer	4,10±1,07	4,21±1,08	3,78±1,11	4,18±1,21	4,35±0,86	4,28±1,06	4,14±0,89	52,78
F/p	0,781/0,541	1,365/0,252	0,120/0,975	1,179/0,325	2,719/0,034*	1,639/0,171	2,813/0,030*	7,884/0,096
Sosyal güvence								(MWU)
Var	3,92±1,08	4,05±1,12	3,65±1,21	3,95±1,15	4,30±0,73	4,23±0,90	4,04±0,94	50,26
Yok	4,36±1,18	4,41±1,03	4,32±1,08	4,33±1,48	4,55±0,95	4,49±1,23	4,64±0,94	53,71
t/p	-1,035/0,303	-0,815/0,417	-1,436/0,154	-0,833/0,407	-0,856/0,394	-0,724/0,471	-1,628/0,107	303,0/0,751
Birlikte yaşadığı kişiler								(MWU)
Çekirdek aile	4,09±0,97	4,22±0,97	3,81±1,12	4,11±1,05	4,41±0,67	4,36±0,88	4,17±0,96	52,84
Bir aile/yakınının yanında-Yalnız	3,50±1,35	3,59±1,42	3,30±1,43	3,52±1,42	3,98±0,88	3,86±0,99	3,82±0,88	42,65
t/p	1,947/0,061	1,999/0,055	1,775/0,079	1,851/0,074	2,193/0,036*	2,313/0,023*	1,567/0,120	705/0,122

F:One-way ANOVA testi, t:Bağımsız örneklem t testi*: $p < 0,05$ Normal dağılmayan Kar_B alt boyutuna Mann whitney-U ve Kruskal Wallis**

Bireyselleştirilmiş bakım skalası ve ölçek alt boyutları puan ortalamaları ile yaşanan yer, medeni durum, eğitim durumu ve sosyal güvence durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken ($p>0,05$); yaş, cinsiyet, meslek, birlikte yaşanan kişiler ile ölçek ve alt boyutları arasında istatistiksel anlamlılık saptandı ($p<0,05$).

Yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık Kişisel Yaşam Durumu_B puan ortalaması bakımından bulunmaktadır. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Scheffe testine göre, 70 yaş ve üzerinde olanların Kişisel Yaşam Durumu_B puan ortalaması 36-55 ve 56-70 yaşında olanlara göre daha yüksektir ($p=0,039$; Tablo 4.4.1.).

Ayrıca yaş grupları ile Karar verme kontrolü_B puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testine göre; 36-55 yaş aralığında olan hastaların Karar Verme Kontrolü_B ortalama puanı 56-70 yaş aralığı ve 70 yaş ve üzeri hastaların puan ortalamasından düşük bulunmuştur ($p=0,038$; Tablo 4.4.1.).

Cinsiyet durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık Bireyselleştirilmiş bakım skalası_B puan ortalaması ve Kişisel Yaşam Durumu_B, Karar Verme Kontrolü_B alt boyut puan ortalamaları bakımından bulunmaktadır. Buna göre, kadınlarda Bireyselleştirilmiş bakım skalası_B ($p=0,025$) puan ortalaması ve Kişisel Yaşam Durumu_B, Karar Verme Kontrolü_B ($p=0,03$) alt boyut puan ortalamaları erkeklere göre daha yüksektir (Tablo 4.4.1.).

Meslek durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık Bireyselleştirilmiş bakım skalası_B puan ortalaması ve Kişisel Yaşam Durumu_B alt boyut puan ortalaması bakımından bulunmaktadır. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Scheffe testine göre, ev hanımı olanların Bireyselleştirilmiş bakım skalası_B puan ortalaması memurların puan ortalamasından yüksektir ($p=0,034$). Yine bu teste göre ev hanımlarının Kişisel Yaşam Durumu_B alt boyut puan ortalaması memur, işçi ve emekli puan ortalamalarından yüksek olduğu gözlenmiştir. ($p=0,03$; Tablo 4.4.1.).

Birlikte yaşanan kişiler arasında Bireyselleştirilmiş bakım skalası_B puan ortalaması ve Klinik Durum_B alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel

olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre, çekirdek ailesiyle yaşayanların Bireyselleştirilmiş bakım skalası_B puan ortalaması ($p=0,036$) ve Klinik Durum_B alt boyut puan ortalaması ($p=0,023$) bir aile/yakınının yanında ve yalnız yaşayanlara göre daha yüksektir. (Tablo 4.4.1.)

4.4.2. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin Genel Konfor Ölçeği ve ölçek alt boyutları ile karşılaştırılması

Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik özelliklerinin Genel konfor ölçeği ve ölçek alt boyut puan ortalamaları ile karşılaştırılması Tablo 4.4.2.'de verilmiştir.



Tablo 4.4.2. Genel konfor ölçeği ve ölçek alt boyutları ile demografik özelliklerin ilişkisinin dağılımı. (N=100)

	GKÖ ort±ss	Ferahlama ort±ss	Rahatlama ort±ss	Üstünlük ort±ss	Fiziksel ort±ss	Psikospritiuel ort±ss	Çevresel ort±ss	Sosyokültürel ort±ss
Yaş								
18-35	134,28±19,17	43,88±5,49	46,76±8,80	43,64±6,73	32,88±5,58	38,52±6,72	34,84±7,49	28,04±2,35
36-55	133,87±17,96	42,66±6,69	47,39±7,28	43,82±5,95	31,84±5,56	39,34±7,00	35,97±5,95	26,71±3,25
56-70	129,24±11,80	41,82±4,25	44,29±4,45	43,12±5,24	31,35±5,28	37,24±5,87	34,65±4,15	26,00±3,43
70 ve üzeri	137,30±13,44	43,20±5,45	49,15±5,32	44,95±5,45	32,45±4,75	39,90±3,64	35,80±5,18	29,15±2,43
F/p	0,733/0,535	0,472/0,703	1,533/0,211	0,324/0,808	0,341/0,795	0,676/0,569	0,308/0,820	4,775/0,004*
Cinsiyet								
Kadın	129,67±15,04	41,21±5,41	46,02±6,06	42,44±5,91	30,53±5,08	37,14±5,94	34,98±5,11	27,02±3,29
Erkek	137,04±17,00	44,23±5,71	47,84±7,65	44,96±5,69	33,35±5,21	40,21±6,07	35,77±6,50	27,70±2,93
t/p	-2,251/0,027*	-2,677/0,009*	-1,284/0,202	-2,160/0,033*	-2,706/0,008*	-2,527/0,013*	-0,662/0,509	-1,088/0,279
Yaşadığı yer								
Şehir merkezi	137,29±15,82	44,57±5,72	47,39±6,97	45,32±5,31	32,82±5,75	40,71±5,80	35,89±6,48	27,86±2,59
İlçe- Kasaba	131,23±17,18	41,91±5,33	46,83±7,43	42,49±6,04	31,77±5,38	37,15±6,48	35,02±5,13	27,30±3,39
Köy	135,00±15,80	43,00±6,33	47,12±6,59	44,88±5,86	32,08±4,80	40,12±5,25	35,68±6,82	27,12±3,09
F/p	1,262/0,288	0,1906/0,154	0,056/0,945	2,589/0,080	0,344/0,710	3,785/0,026*	0,216/0,806	0,429/0,653
Medeni durum								
Evli	132,39±16,19	42,39±5,77	46,52±6,78	43,48±5,78	31,58±4,98	38,73±6,00	34,97±5,77	27,11±3,12
Bekar	138,32±16,74	44,36±5,66	48,89±7,20	45,07±6,15	33,68±5,96	39,43±6,76	36,93±6,02	28,29±2,89
t/p	-1,625/0,107	-1,532/0,129	-1,541/0,127	-1,213/0,228	-1,785/0,077	-0,502/0,617	-1,501/0,137	-1,719/0,089
Eğitim durumu								
Okuryazar	130,91±10,89	39,55±5,97	48,45±3,96	42,91±3,36	29,55±4,27	37,91±3,39	34,64±4,65	28,82±2,52
İlkokul	136,5±17,38	44,65±5,56	46,81±7,58	45,04±6,04	33,35±5,27	39,58±6,25	37,08±5,82	26,5±3,55
Ortaokul	130,11±13,76	41,33±4,3	45,39±6,28	43,39±5,21	29,94±4,21	38,22±5,07	34,11±6,19	27,83±2,43
Lise	133,09±15,53	42,32±6,27	48,45±5,6	42,32±6,33	32,18±4,83	38,77±6,53	35,32±4,41	26,82±2,94
Üniversite	136±20,61	44,43±5,65	46,65±9,18	44,91±6,66	33,7±6,31	39,22±7,75	35,09±7,51	28±3,19
F/p	0,584/0,675	2,476/0,049	0,596/0,666	0,918/0,457	2,377/0,057	0,213/0,930	0,789/0,535	1,673/0,163
Meslek								
İşçi	136,06±17,99	44,44±6,08	46,67±8,11	44,94±5,06	31,39±5,25	40,33±5,57	36,94±7,43	27,39±2,33
Memur	134,29±22,17	42,18±7,65	48,00±8,96	44,12±7,56	32,59±6,45	38,24±8,75	36,47±6,02	27,00±3,61
Ev hanımı	132,06±15,36	41,73±5,86	46,94±5,90	43,39±5,85	31,21±5,31	38,18±5,66	35,45±5,67	27,21±3,66
Emekli	137,33±11,33	44,42±3,34	46,83±6,09	46,08±4,68	33,67±3,58	40,17±3,64	35,17±4,22	28,33±2,64
Diğer	132,45±15,05	43,30±4,37	46,95±7,09	42,20±5,65	33,05±5,30	38,55±6,36	33,30±5,54	27,55±2,58
F/p	0,340/0,850	0,964/0,431	0,093/0,984	1,038/0,392	0,758/0,555	0,535/0,710	1,081/0,371	0,377/0,825
Sosyal güvence								
Var	133,19±16,36	42,59±5,57	46,92±7,15	43,68±5,84	31,85±5,17	38,56±6,11	35,47±5,83	27,31±3,13
Yok	142,86±17,29	47,43±6,75	48,86±5,4	46,57±6,29	36,00±6,08	43,29±5,77	34,86±7,56	28,71±2,36
t/p	-1,502/0,136	-2,185/0,031*	-0,699/0,486	-1,257/0,212	-2,024/0,046*	-1,981/0,050	0,264/0,792	-1,159/0,249
Birlikte yaşadığı kişiler								
Çekirdek aile	134,06±16,6	43,16±5,68	46,9±7,12	44,01±5,88	32,17±5,29	39,08±6,09	35,35±6,05	27,47±2,8
Bir aile/yakınının yanında-Yalnız	133,22±16,59	42,17±6,05	47,61±6,85	43,43±6,04	32,04±5,5	38,26±6,57	35,7±5,61	27,22±3,99
t/p	0,215/0,830	0,716/0,476	-0,425/0,672	0,411/0,682	0,099/0,922	0,555/0,580	-0,244/0,808	0,281/0,781

F:One-way ANOVA testi, t:Bağımsız örneklem t testi*:p<0,05

Genel konfor ölçeği ve ölçek alt boyutları puan ortalamaları ile hastaların medeni durumu, eğitim durumu ve birlikte yaşadığı kişiler arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık saptanmazken ($p>0,05$); yaş, cinsiyet, yaşanan yer ve sosyal güvence ile ölçek ve alt boyutları arasında istatistiksel anlamlılık saptandı ($p<0,05$).

Yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık sosyokültürel boyut puan ortalaması bakımından bulunmaktadır. Buna göre, 70 yaş ve üzerinde olanların sosyokültürel boyut puan ortalaması 36-70 yaşında olanlara göre daha yüksektir ($p=0,004$; Tablo 4.4.2.).

Cinsiyet durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık Genel konfor ölçeği, ferahlama, üstünlük, fiziksel, psikospiritüel boyut puan ortalamaları bakımından bulunmaktadır. Buna göre, erkeklerde Genel konfor ölçeği ($p=0,027$), ferahlama ($p=0,009$), üstünlük ($p=0,033$), fiziksel ($p=0,008$), psikospiritüel ($p=0,013$) boyut puan ortalamaları kadınlara göre daha yüksektir (Tablo 4.4.2.).

Yaşanılan yerler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık psikospiritüel boyut puan ortalaması bakımından bulunmaktadır. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını incelemek için yapılan Bonferroni testine göre, şehir merkezinde yaşayanların psikospiritüel boyut puan ortalaması ilçe-kasabada yaşayanlara göre daha yüksektir ($p=0,026$; Tablo 4.4.2.).

Sosyal güvence durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ferahlama ve fiziksel boyut puan ortalamaları bakımından bulunmaktadır. Buna göre, sosyal güvencesi olmayanların ferahlama ($p=0,031$) ve fiziksel ($p=0,046$) boyut puan ortalamaları sosyal güvencesi olanlara göre daha yüksektir (Tablo 4.4.2.).

4.5. Hastaların Klinik Özelliklerinin Ölçek Alt Boyutları İle Karşılaştırılması

4.5.1. Hastaların klinik özelliklerinin Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası ve ölçek alt boyutları ile karşılaştırılması

Çalışmaya katılan hastaların klinik özelliklerinin Bireyselleştirilmiş bakım skalası ve ölçek alt boyutlarının puan ortalamaları ile karşılaştırılması Tablo 4.5.1.'de verilmiştir.

Tablo 4.5.1. Bireyselleştirilmiş bakım skalası ve ölçek alt boyutları ile klinik özelliklerin ilişkisinin dağılımı. (N=100)

	BBS_A	Klin_A	Kiş_A	Kar_A	BBS_B	Klin_B	Kiş_B	Kar_B
	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	Sıra ort.
Cerrahi Girişimler								(KW)
Amputasyon	3,63±1,09	3,90±0,96	3,46±1,17	3,44±1,35	4,12±0,82	3,98±0,98	3,89±0,86	45,36
Diz eklem cerrahisi	4,08±1,12	4,14±1,13	3,77±1,35	4,22±1,18	4,55±0,56	4,57±0,69	4,32±0,92	57,53
Femur cerrahisi	3,89±1,11	4,05±1,25	3,57±1,26	3,92±1,01	4,19±0,79	4,09±0,99	3,90±1,01	50,54
Ayak/ayak bileği cerrahisi	3,85±1,01	3,95±1,09	3,75±0,90	3,82±1,13	4,14±0,78	4,02±0,96	4,00±0,98	37,08
Tibia/fibula cerrahisi	4,37±1,03	4,40±0,89	4,19±0,97	4,44±1,31	4,52±0,82	4,46±1,05	4,44±0,80	52,78
F/p	0,777/0,543	0,337/0,852	0,627/0,645	1,539/0,197	1,584/0,185	1,814/0,133	1,288/0,280	5,267/0,261
Servise geliş şekli								(KW)
Acil servisten	3,75±1,21	3,85±1,32	3,52±1,30	3,79±1,19	4,16±0,82	4,07±0,98	3,98±0,96	44,42
Planlı	4,20±0,92	4,34±0,88	3,88±1,14	4,26±1,05	4,53±0,58	4,49±0,78	4,25±0,91	58,51
Yoğun bakımdan	2,76±0,14	3,07±0,08	3,00±0,29	2,25±0,29	3,15±0,24	2,86±0,33	3,00±0,29	9,75
F/p	4,892/0,009*	4,222/0,017*	1,758/0,178	7,315/0,001*	9,325/<0,001*	8,271/<0,001*	3,891/0,024*	15,087/0,001*
Daha önce hastanede yatma durumu								(MWU)
Evet	3,83±1,13	3,94±1,20	3,55±1,24	3,89±1,21	4,27±0,74	4,19±0,93	3,98±0,99	50,34
Hayır	4,22±0,94	4,37±0,83	4,00±1,08	4,18±1,07	4,42±0,76	4,36±0,91	4,32±0,82	50,85
t/p	-1,651/0,102	-2,054/0,043*	-1,723/0,088	-1,176/0,243	-0,952/0,343	-0,858/0,393	-1,696/0,093	1058,5/0,932
Eşlik eden hastalık								(MWU)
Evet	3,80±1,26	3,88±1,33	3,52±1,35	3,91±1,31	4,31±0,71	4,24±0,87	4,12±0,94	52,59
Hayır	4,05±0,96	4,20±0,94	3,80±1,11	4,02±1,08	4,32±0,77	4,25±0,96	4,07±0,96	49,16
t/p	-1,024/0,310	-1,345/0,184	-1,149/0,253	-0,464/0,644	-0,030/0,976	-0,066/0,948	0,255/0,799	1108,0/0,547
Serviste kaç gün kaldığı								(KW)
1-5	4,03±1,05	4,17±1,03	3,82±1,16	4,01±1,19	4,40±0,71	4,32±0,94	4,18±0,98	51,84
6-10	3,86±1,23	3,98±1,30	3,50±1,38	3,96±1,24	4,29±0,83	4,20±0,96	4,09±0,89	54,47
11 ve üzeri	3,88±0,89	3,95±0,96	3,69±0,91	3,92±0,93	4,05±0,66	4,04±0,76	3,67±0,95	34,65
F/p	0,278/0,758	0,385/0,682	0,705/0,497	0,035/0,965	1,159/0,318	0,532/0,589	1,534/0,221	5,052/0,080
Yatağa bağımlı kalma süresi								(KW)
1-5 gün	4,02±1,07	4,15±1,03	3,83±1,19	3,99±1,21	4,36±0,71	4,31±0,94	4,12±0,98	49,64
6-10 gün	4,10±0,99	4,20±1,10	3,74±1,13	4,21±0,99	4,37±0,82	4,29±0,86	4,29±0,76	58,36
11 gün ve üzeri	3,27±1,24	3,40±1,41	2,92±1,29	3,36±1,21	3,94±0,67	3,83±0,93	3,44±0,94	36,46
F/p	2,789/0,066	2,567/0,082	2,972/0,056	2,311/0,105	1,781/0,174	1,374/0,258	3,713/0,028*	5,368/0,068

F:One-way ANOVA testi, t:Bağımsız örneklem t testi*:p<0,05

Tablo 4.5.2. Bireyselleştirilmiş bakım skalası ve ölçek alt boyutları ile klinik özelliklerin ilişkisinin dağılımı. (N=100) (Devam Ediyor)

	BBS_A	Klin_A	Kiş_A	Kar_A	BBS_B	Klin_B	Kiş_B	Kar_B
	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	Sıra ort.
Manevi ihtiyaçlarını karşılama durumu								(KW)
Evet	4,22±0,82	4,38±0,85	3,93±1,02	4,22±0,92	4,45±0,70	4,43±0,85	4,20±0,91	55,46
Kısmen	3,40±1,33	3,46±1,31	3,16±1,43	3,49±1,43	4,04±0,79	3,86±1,00	3,85±1,00	42,30
Hayır	4,27±1,02	4,29±1,24	4,30±0,45	4,23±1,23	4,47±0,51	4,49±0,65	4,20±0,86	43,10
F/p	7,083/0,001*	8,537/<0,001*	5,475/0,006*	4,623/0,012*	3,515/0,034*	4,584/0,013*	1,551/0,217	5,209/0,074
Kişisel ihtiyaçlarını karşılama durumu								(KW)
Evet	4,05±1,06	4,24±1,05	3,73±1,22	4,06±1,17	4,37±0,75	4,34±0,91	4,16±0,94	52,49
Kısmen	3,81±0,93	3,83±0,99	3,68±1,08	3,88±0,99	4,21±0,71	4,12±0,85	3,93±0,96	46,02
Hayır	3,76±1,64	3,84±1,68	3,53±1,58	3,82±1,69	4,27±0,87	4,04±1,20	4,13±0,98	52,00
F/p	0,660/0,519	1,595/0,208	0,117/0,890	0,334/0,717	0,474/0,624	0,816/0,445	0,611/0,545	1,120/0,571
Hemşirelik bakımını yeterli görme durumu								(MWU)
Evet	4,09±0,98	4,20±1,04	3,81±1,14	4,15±1,02	4,41±0,66	4,37±0,82	4,19±0,90	53,25
Kısmen	2,13±0,77	2,41±0,73	2,18±1,06	1,76±0,71	3,03±0,56	2,65±0,73	2,75±0,52	13,93
t/p	5,171/<0,001*	4,480/<0,001*	3,645/<0,001*	6,079/<0,001*	5,329/<0,001*	5,354/<0,001*	4,173/<0,001*	69,50/<0,001*

F:One-way ANOVA testi, t:Bağımsız örneklem t testi*:p<0,05

Bireyselleştirilmiş bakım skalası ve ölçek alt boyutları puan ortalamaları ile geçirilen cerrahi girişim, eşlik eden hastalık, serviste kaldığı gün sayısı ve kişisel ihtiyaçlarını karşılama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken ($p>0,05$); servise geliş şekli, daha önce hastanede yatma durumları, yatağa bağımlı kalma süreleri, manevi ihtiyaçlarını karşılama durumları ve hemşirelik bakımını yeterli görme durumu ile ölçek ve alt boyutları arasında istatistiksel anlamlılık saptandı ($p<0,05$).

Servise geliş şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık Bireyselleştirilmiş bakım skalası_A, Klinik Durum_A, Karar Verme Kontrolü_A, Bireyselleştirilmiş bakım skalası_B, Klinik Durum_B, Kişisel Yaşam Durumu_B, Karar Verme Kontrolü_B, alt boyut puan ortalamaları bakımından bulunmaktadır. Buna göre, yapılan Post-Hoc Bonferroni testinde **planlı** olarak servise gelenlerin, Bireyselleştirilmiş bakım skalası_A ($p=0,009$) ve Kişisel Yaşam Durumu_B ($p=0,024$) puan ortalaması yoğun bakımdan gelenlere göre; Bireyselleştirilmiş bakım skalası_B ($p<0,001$) puan ortalaması acil servisten gelenlere göre daha yüksektir. **Acil servisten** ve **yoğun bakımdan** gelenlerin Klinik Durum_A puan ortalaması planlı gelenlere göre daha düşüktür ($p=0,017$). **Planlı** ve **acil servisten** gelenlerin Bireyselleştirilmiş bakım skalası_B, Karar Verme Kontrolü_A, Klinik Durum_B, Karar Verme Kontrolü_B puan ortalaması yoğun bakımdan gelenlere göre daha yüksektir ($p<0,001$; Tablo 4.5.1.).

Daha önce hastanede yatma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık Klinik Durumu_A puan ortalaması bakımından bulunmaktadır. Buna göre, daha önce hastaneye yatmayanların Klinik Durumu_A puan ortalaması daha önce hastanede yatanlara göre daha yüksektir ($p=0,043$; Tablo 4.5.1.).

Yatağa bağımlı kalma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık Kişisel Yaşam Durumu_B alt boyut puan ortalaması bakımından bulunmaktadır. Buna göre, 6-10 gün yatağa bağımlı kalanların Kişisel Yaşam Durumu_B alt boyut puan ortalaması 11 gün ve üzerinde kalanlara göre daha yüksektir ($p=0,028$; Tablo 4.5.1.).

Manevi ihtiyaçlarını karşılama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık Bireyselleştirilmiş bakım skalası_A puan ortalaması, Klinik Durum_A, Kişisel Yaşam Durumu_A, Karar Verme Kontrolü_A, Bireyselleştirilmiş bakım skalası_B, Klinik Durum_B alt boyut puan ortalamaları bakımından

bulunmaktadır. Buna göre, manevi ihtiyaçlarını karşılayanların Bireyselleştirilmiş bakım skalası_A ($p=0,001$), Klinik Durum_A ($p<0,001$), Kişisel Yaşam Durumu_A ($p=0,006$), Karar Verme Kontrolü_A ($p=0,012$), Bireyselleştirilmiş bakım skalası_B ($p=0,034$), Klinik Durum_B ($p=0,013$) puan ortalamaları kısmen karşılayanlara göre daha yüksektir (Tablo 4.5.1.).

Hemşirelik bakımını yeterli görme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık Bireyselleştirilmiş bakım skalası_A, Klinik Durum_A, Kişisel Yaşam Durumu_A, Karar Verme Kontrolü_A, Bireyselleştirilmiş bakım skalası_B, Klinik Durum_B, Kişisel Yaşam Durumu_B, Karar Verme Kontrolü_B alt boyut puan ortalamaları bakımından bulunmaktadır. Buna göre, hemşirelik bakımını yeterli görenlerin Bireyselleştirilmiş bakım skalası_A, Klinik Durum_A, Kişisel Yaşam Durumu_A, Karar Verme Kontrolü_A, Bireyselleştirilmiş bakım skalası_B, Klinik Durum_B, Kişisel Yaşam Durumu_B ve Karar Verme Kontrolü_B alt boyut puan ortalamaları bakımından kısmen yeterli görenlere göre daha yüksektir ($p<0,01$; Tablo 4.5.1.).

4.5.2. Hastaların klinik özelliklerinin Genel Konfor Ölçeği ve ölçek alt boyutları ile karşılaştırılması

Çalışmaya katılan hastaların klinik özelliklerinin Genel konfor ölçeği alt boyut ve puan ortalamaları ile karşılaştırılması Tablo 4.5.2.'de verilmiştir

Tablo 4.5.3. Genel konfor ölçeği ve ölçek alt boyutları ile klinik özelliklerin ilişkisinin dağılımı. (N=100)

	GKÖ	Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük	Fiziksel	Psikosprituél	Çevresel	Sosyokültürel
	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss
Cerrahi girişimler								
Amputasyon	134,79±10,6	43,21±3,68	47,21±3,93	44,36±4,29	33,57±3,34	38±5,86	35,86±2,88	27,36±3,59
Diz eklem cerrahisi	136,8±19,52	43,43±6,25	48,57±8,67	44,8±6,82	32,63±5,72	39,3±6,37	36,87±7	28±3,05
Femur cerrahisi	128,91±15,07	41,23±5,44	45,34±6,16	42,34±5,75	30±5,17	38,06±5,71	33,94±5,6	26,91±3,39
Ayak/ayak bileği cerrahisi	133±18,69	43,42±6,93	46,17±7,63	43,42±6,16	32±5,27	38,67±7,09	35,67±6,08	26,67±1,97
Tibia/fibula cerrahisi	143,11±11,4	46,78±4,84	49,67±6,56	46,67±3,91	36,78±3,46	42,44±6,52	35,44±6,44	28,44±2,24
F/p	1,803/0,135	1,928/0,112	1,236/0,301	1,342/0,260	3,851/0,006*	1,014/0,404	1,016/0,403	0,922/0,455
Servise geliş şekli								
Acil servisten	131,49±15,88	42,74±5,74	46,14±6,66	42,6±5,72	31,84±5,38	38,72±5,95	33,67±5,99	27,26±3,05
Planlı	135,94±17,07	43,11±5,90	48,00±7,44	44,83±5,87	32,09±5,34	39,25±6,08	36,74±5,76	27,87±2,99
Yoğun bakımdan	132,00±16,17	42,5±5,20	44,5±4,04	45,00±6,93	36,00±3,46	36,00±10,39	37,00±2,31	23,00±0,00
F/p	0,888/0,415	0,059/0,942	1,109/0,334	1,799/0,171	1,130/0,327	0,536/0,587	3,480/0,035*	5,094/0,008*
Daha önce hastanede yatma Durumu								
Evet	132,72±17,37	42,25±5,82	46,91±7,47	43,57±6,34	31,57±5,32	37,88±6,55	36,1±5,89	27,17±3,18
Hayır	136,42±14,38	44,45±5,38	47,39±6,06	44,58±4,77	33,42±5,15	41,13±4,6	33,94±5,83	27,94±2,86
t/p	-1,035/0,303	-1,792/0,076	-0,310/0,757	-0,886/0,379	-1,627/0,107	-2,841/0,006*	1,707/0,091	-1,141/0,257
Eşlik eden hastalık								
Evet	129,26±14,94	41,21±5,52	45,79±5,93	42,26±6,19	30,82±5,17	36,92±5,50	34,26±4,82	27,26±3,27
Hayır	136,82±16,92	44,03±5,67	47,87±7,59	44,92±5,49	32,98±5,28	40,15±6,30	36,18±6,46	27,51±3,00
t/p	-2,280/0,025*	-2,457/0,016*	-1,446/0,151	-2,249/0,027*	-2,016/0,047*	-2,620/0,010*	-1,596/0,114	-0,396/0,693
Serviste kaç gün kaldığı								
1-5 gün	136,43±18,09	44,04±5,81	47,64±7,94	44,75±6,2	32,49±5,73	40,19±6,25	35,98±6,75	27,77±2,91
6-10 gün	131,65±14,49	41,85±6,11	46,85±5,33	42,94±5,34	31,68±5,19	38,32±5,76	34,26±4,91	27,38±3,23
11 gün ve üzeri	129,23±13,76	41,23±3,52	45,23±7,15	42,77±5,85	31,92±3,93	35,08±5,47	36,23±4,49	26,00±3,27
F/p	1,473/0,234	2,196/0,117	0,631/0,534	1,254/0,290	0,252/0,778	4,022/0,021*	1,005/0,370	1,746/0,180
Yatağa bağımlı kalma süresi								
1-5 gün	135,45±18,05	44,03±5,54	47,07±7,92	44,35±6,22	32,32±5,69	39,80±6,38	35,63±6,56	27,70±2,84
6-10 gün	132,82±15,39	41,00±6,63	48,29±5,71	43,54±5,70	31,39±5,53	38,89±5,34	34,68±5,33	27,86±3,11
11 gün ve üzeri	128,42±8,90	41,92±2,94	44,17±3,95	42,33±4,60	33,00±1,76	34,33±5,28	36,17±3,64	24,92±3,37
F/p	0,984/0,377	2,978/0,056	1,454/0,239	0,648/0,525	0,462/0,631	4,166/0,018*	0,349/0,707	4,802/0,010*

F:One-way ANOVA testi, t:Bağımsız örneklem t testi*:p<0,05

Tablo 4.5.4. Genel konfor ölçeği ve ölçek alt boyutları ile klinik özelliklerin ilişkisinin dağılımı. (N=100) (Devam Ediyor)

	GKÖ	Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük	Fiziksel	Psikosprituél	Çevresel	Sosyokültürel
	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss
Manevi ihtiyaçlarını karşılama durumu								
Evet	138,34±16,13	44,19±5,91	48,97±6,26	45,18±5,88	33,19±5,12	41,02±5,74	36,26±6,01	27,87±2,91
Kısmen	127,24±14,89	41,06±5,20	44,45±7,11	41,73±5,42	30,64±5,31	35,70±5,48	34,48±5,14	26,42±3,43
Hayır	122,2±13,14	39,60±1,67	40,6±7,67	42,00±5,20	29,00±5,05	33,60±3,65	31,40±8,29	28,20±1,30
F/p	6,909/0,002*	4,348/0,016*	7,532/0,001*	4,221/0,017*	3,591/0,031*	12,147/<0,001*	2,236/0,112	2,612/0,079
Kişisel ihtiyaçlarını karşılama durumu								
Evet	137,17±16,82	43,67±6,21	48,75±6,84	44,75±5,85	33,00±5,37	40,27±5,98	36,18±5,52	27,72±2,95
Kısmen	129,63±16,64	42,27±5,48	44,23±6,89	43,13±6,27	30,93±5,3	37,37±6,5	34,37±6,34	26,97±3,16
Hayır	126,80±8,16	40,50±1,72	45,40±5,97	40,90±3,67	30,60±4,33	35,20±3,68	34,10±6,89	26,90±3,81
F/p	3,237/0,044*	1,602/0,207	4,771/0,011*	2,229/0,113	2,020/0,138	4,481/0,014*	1,225/0,298	0,736/0,482
Hemşirelik bakımını yeterli görme durumu								
Evet	134,82±16,64	43,08±5,89	47,49±7,03	44,25±5,92	32,24±5,48	39,25±6,11	35,78±5,89	27,55±3,08
Kısmen	121,29±7,74	41,00±3,27	41,29±4,03	39,00±2,24	30,86±1,95	34,14±5,3	30,71±4,50	25,57±2,88
t/p	3,984/0,002*	0,919/0,360	2,301/0,024*	5,023/<0,001*	1,482/0,159	2,146/0,034*	2,226/0,028*	1,646/0,103

F:One-way ANOVA testi, t:Bağımsız örneklem t testi*:p<0,05

Genel konfor ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları ile geçirilen cerrahi girişim, servise geliş şekli, eşlik eden hastalık, serviste kaldığı gün sayısı, kişisel ihtiyaçlarını karşılama durumları, daha önce hastanede yatma durumları, yatağa bağımlı kalma süreleri, manevi ihtiyaçlarını karşılama durumları ve hemşirelik bakımını yeterli görme durumu arasında istatistiksel anlamlılık saptandı ($p<0,05$).

Geçirilen cerrahi girişimler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık fiziksel boyut puan ortalaması bakımından bulunmaktadır. Buna göre, Tibia/fibula cerrahisi tanısı olanların fiziksel boyut puan ortalaması femur cerrahisi tanısı olanlara göre daha yüksektir ($p=0,006$; Tablo 4.5.2.).

Servise geliş şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık çevresel, sosyokültürel alt boyut puan ortalamaları bakımından bulunmaktadır. Buna göre, planlı ($p=0,034$) gelenlerin çevresel puan ortalaması acil servisten gelenlere göre daha yüksektir. Acil servisten ($p=0,035$) ya da planlı ($p=0,008$) gelenlerin sosyokültürel puan ortalaması yoğun bakımdan gelenlere göre daha yüksektir (Tablo 4.5.1.).

Daha önce hastanede yatma durumu arasında psikospiritüel boyut puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ($p=0,006$; Tablo 4.5.2.).

Eşlik eden hastalık durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık Genel konfor ölçeği, ferahlama, üstünlük, fiziksel, psikospiritüel boyut puan ortalamaları bakımından bulunmaktadır. Buna göre, eşlik eden hastalığı olmayanların Genel konfor ölçeği($p=0,025$), ferahlama ($p=0,016$), üstünlük ($p=0,027$), fiziksel ($p=0,047$), psikospiritüel ($p=0,010$) boyut puan ortalamaları eşlik eden hastalığı olanlara göre daha yüksektir (Tablo 4.5.2.).

Serviste kaldığı gün sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık psikospiritüel boyut puan ortalaması bakımından bulunmaktadır. Buna göre, 1-5 gün kalanların psikospiritüel boyut puan ortalaması 11 gün ve üzerinde kalanlara göre daha yüksektir ($p=0,021$; Tablo 4.5.2.).

Yatağa bağımlı kalma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık psikospiritüel ve sosyokültürel boyut puan ortalamaları bakımından bulunmaktadır. Buna göre, 1-5 gün kalanların psikospiritüel boyut puan ortalaması 11 gün ve üzerinde kalanlara göre daha yüksektir ($p=0,018$). 1-5 gün kalanların ve 6-10 gün kalanların ise sosyokültürel boyut puan ortalaması 11 gün ve üzerinde kalanlara göre daha

yüksektir ($p=0,01$; Tablo 4.5.2.).

Manevi ihtiyaçlarını karşılama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık Genel konfor ölçeği, ferahlama, rahatlama, üstünlük, fiziksel, psikospiritüel boyut puan ortalamaları bakımından bulunmaktadır. Buna göre, manevi ihtiyaçlarını karşılayanların Genel konfor ölçeği ($p=0,002$), ferahlama ($p=0,016$), üstünlük ($p=0,001$) boyut puan ortalamaları kısmen karşılayanlara göre daha yüksektir. Ayrıca manevi ihtiyaçlarını karşılayanların rahatlama ($p=0,017$), fiziksel ($p=0,031$), psikospiritüel ($p<0,001$) boyut puan ortalamaları kısmen ya da karşılayamayanlara göre daha yüksektir (Tablo 4.5.2.).

Kişisel ihtiyaçlarını karşılama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık Genel konfor ölçeği, rahatlama, psikospiritüel boyut puan ortalamaları bakımından bulunmaktadır. Buna göre, kişisel ihtiyaçlarını karşılayanların genel konfor ölçek puan ortalaması ($p=0,044$) karşılayamayanlara göre daha yüksektir. Ayrıca kişisel ihtiyaçlarını karşılayanların rahatlama ($p=0,011$), psikospiritüel ($p=0,014$) boyut puan ortalamaları kısmen karşılayanlara göre daha yüksektir (Tablo 4.5.2.).

Hemşirelik bakımını yeterli görme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık Genel konfor ölçeği, rahatlama, üstünlük, psikospiritüel, çevresel boyut puan ortalamaları bakımından bulunmaktadır. Buna göre, hemşirelik bakımını yeterli görenlerin Genel konfor ölçeği ($p=0,002$), rahatlama ($p=0,024$), üstünlük ($p<0,001$), psikospiritüel ($p=0,034$), çevresel ($p=0,028$) boyut puan ortalamaları kısmen yeterli görenlere göre daha yüksektir (Tablo 4.5.2.).

4.6. BBS ve GKÖ Arasındaki İlişkinin Korelasyon Analizi ile İncelenmesi

Bireyselleştirilmiş bakım skalası ve Genel konfor ölçeği arasındaki ilişkinin korelasyon analizi Tablo 4.6.1.'de verilmiştir.

Tablo 4.6.1. BBS ve GKÖ arasındaki ilişkinin korelasyonel dağılımı. (N=100)

		GKÖ	Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük	Fiziksel	Psikospiritüel	Çevresel	Sosyokültürel
BBS_A	r	0,448*	0,328*	0,445*	0,405*	0,277*	0,424*	0,322*	0,456*
	p	<0,001	0,001	<0,001	<0,001	0,005	<0,001	0,001	<0,001
Klin_A	r	0,477*	0,374*	0,439*	0,448*	0,292*	0,479*	0,328*	0,461*
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,003	<0,001	0,001	<0,001
Kiş_A	r	0,387*	0,268*	0,379*	0,371*	0,251*	0,339*	0,303*	0,378*
	p	<0,001	0,007	<0,001	<0,001	0,012	0,001	0,002	<0,001
Kar_A	r	0,384*	0,263*	0,424*	0,314*	0,232*	0,351*	0,274*	0,428*
	p	<0,001	0,008	<0,001	0,001	0,020	<0,001	0,006	<0,001
BBS_B	r	0,454*	0,340*	0,444*	0,411*	0,289*	0,388*	0,357*	0,468*
	p	<0,001	0,001	<0,001	<0,001	0,004	<0,001	<0,001	<0,001
Klin_B	r	0,463*	0,354*	0,446*	0,419*	0,288*	0,411*	0,350*	0,485*
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,004	<0,001	<0,001	<0,001
Kiş_B	r	0,372*	0,224*	0,416*	0,327*	0,215*	0,315*	0,306*	0,401*
	p	<0,001	0,025	<0,001	0,001	0,032	0,001	0,002	<0,001
Kar_B	r	0,284*	0,184	0,348*	0,273*	0,194	0,240*	0,237*	0,323*
	p	0,004	0,067	<0,001	0,006	0,053	0,016	0,017	0,001

r: Pearson – Spearman korelasyon katsayısı, *:p<0,05

Genel konfor ölçeği ile bireyselleştirilmiş bakım skalası alt boyutlarından Klinik durum_A, Bireyselleştirilmiş bakım skalası_B , Klinik durum_B alt boyutları arasında pozitif (aynı) yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır. Genel konfor ölçeği ile Kişisel yaşam durumu_A, Karar verme kontrolü_A, Kişisel yaşam durumu_B ve Karar verme kontrolü_B alt boyutları arasında ise pozitif (aynı) yönde düşük seviyede bir ilişki bulunmaktadır.

Ferahlama düzeyi ile Kişisel yaşam durumu_A, Karar verme kontrolü_A, Kişisel yaşam_B ve Karar verme kontrolü_B arasında pozitif yönde düşük seviyede, yine ferahlama boyutu ile Bireyselleştirilmiş bakım skalası_A, Klinik durum_A, Bireyselleştirilmiş bakım skalası_B ve Klinik durum_B arasında pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır.

Rahatlama düzeyi ile Kişisel yaşam durumu_A ve Karar verme kontrolü_B arasında pozitif yönde düşük seviyede, Bireyselleştirilmiş bakım skalası_A, Klinik durum_A, Karar verme kontrolü_A, Bireyselleştirilmiş bakım skalası_B, Klinik durum_B ve Kişisel yaşam_B arasında pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır.

Üstünlük düzeyi ile bireyselleştirilmiş bakım skalasından Kişisel yaşam durumu_A, Karar verme kontrolü_A, Karar verme kontrolü_B ve Kişisel yaşam

durumu_B arasında pozitif yönde düşük seviyede, Bireyselleştirilmiş bakım skalası_A, Bireyselleştirilmiş bakım skalası_B, Klinik durum_A ve Klinik durum_B arasında pozitif (aynı) yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır.

Fiziksel boyutu ile bireyselleştirilmiş bakım skalası ve alt boyutları arasında pozitif yönde düşük seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır.

Psikospritiüel boyutu ile Kişisel yaşam_A, Karar verme kontrolü_A, Bireyselleştirilmiş bakım skalası_B, Kişisel yaşam_B ve Karar verme kontrolü_B arasında pozitif yönde düşük seviyede, psikospritiüel boyutu ile Bireyselleştirilmiş bakım skalası_A, Klinik durum_A, Klinik durum_B arasında pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır.

Çevresel boyutu ile bireyselleştirilmiş bakım skalası ve alt boyutları arasında pozitif yönde düşük seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır.

Sosyokültürel boyutu ile Kişisel yaşam_A, Karar verme kontrolü_B arasında pozitif yönde düşük seviyede, Bireyselleştirilmiş bakım skalası_A, Klinik durum_A, Karar verme kontrolü_A, Kişisel yaşam_B, Bireyselleştirilmiş bakım skalası_B ve Klinik durum_B arasında pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$ Tablo 4.6.1.).

5. TARTIŞMA

Ortopedik alt ekstremitte cerrahisi geçiren bireylerin bireyselleştirilmiş bakım algısının konfor düzeyi üzerine etkisini incelemek amacıyla gerçekleştirdiğimiz çalışmamızın sonuçları bulgularla doğrultulu olarak,

- 5.1. Alt ekstremitte cerrahisi geçiren bireylerin sosyodemografik ve klinik özelliklerinin dağılımının tartışılması
- 5.2. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası ve Genel Konfor Ölçeği alt boyut ve puan ortalamalarının dağılımının tartışılması,
- 5.3. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin ölçek alt boyutları ile karşılaştırılması,
- 5.4. Hastaların klinik özelliklerinin ölçek alt boyutları ile karşılaştırılması,
- 5.5. Bireyselleştirilmiş bakım skalası ve Genel konfor ölçeği arasındaki ilişkinin tartışılması

başlıkları altında literatür bilgileri ışığında tartışılacaktır.

5.1. Alt Ekstremitte Cerrahisi Geçiren Bireylerin Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Dağılımının Tartışılması

Bu çalışmada hastaların çoğunluğu 36-55 yaş aralığında olup, %57'si erkek, %71'i evli, %26'sı ilköğretim mezunu ve %93'ünün sosyal güvencesi bulunmaktadır (Tablo 4.1.1.). Literatürde yer alan çalışmalarda bireylerin yaş aralığı 49-57 arasında değişmekte olup, cinsiyet açısından kadın cinsiyet oranı (%51.9-%64) daha fazladır. Yine bireylerin çoğunluğu evli, ilköğretim mezunu ve bu çalışmadakine benzer şekilde sosyal güvence sahibidir (Suhonen 2009, Tekin 2011, Bal Kaplan 2015, Kubat 2017). Bu çalışmaya katılan bireylerin sosyodemografik özelliklerinin literatür ile benzer özellikleri taşımasının yanında erkek cinsiyetin çalışmada çoğunlukta olduğu saptanmıştır. Bu durum çalışmanın yapıldığı kurumun sanayi ili içerisinde yer almasından kaynaklanabilir.

Cerrahi girişimlerin bir kısmını önceden tanı konularak hazırlık yapılan planlı girişimler oluştururken, diğer kısmını bireyin hayati tehlikesinin olduğu acil cerrahi girişimler oluşturmaktadır (Özyürek ve Göktaş, 2021). Ortopedi cerrahisinde de acil ve planlı olarak yapılan müdahaleler sonrasında özellikle alt ekstremitte cerrahisi geçiren bireyler; hastanede uzun süre yatmak zorunda kalmakta, taburculuk sonrasında

geçici veya kalıcı olarak yardımcı araç-gereçlere (koltuk değneği, tekerlekli sandalye) gereksinim duymaktadır (Ünal ve Gürhan, 2021). Bu çalışmada hastaların %53'ünün servise planlı geldiği ve 1-5 gün yattığı, %69'unun ise daha önce hastanede yatma deneyimine sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.2.). Suhonen'in (2009) çalışmasında daha önce hastaneye yatış deneyimine sahip olan hastaların oranı %82 ve hastanede kaldıkları gün sayısı ortalama 8.8 olarak belirtilmiştir. Literatüre göre hastaların daha önce yatış deneyimi ve klinikte yatış sürelerinin daha düşük oranlarda olmasının veri toplanan kurumda cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme (ERAS) protokolünün benimsenmiş olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca içinde bulunduğumuz pandemi süreci hastaların en kısa sürede taburcu olmasını gerekli kılmış olabilir.

Ortopedi cerrahisi sonrası hareket kısıtlılığı ve yatağa bağımlı kalma durumu, hasta bireyin ağrı ve zorlanma yaşamasına sebep olduğundan, hemşirelerin destekleyici bakımı en üst düzeyde tutmalarını gerekmektedir (Danç, 2019). Bu çalışmada %60 oranında hastanın yatağa bağımlı 1-5 gün kaldığı ve %62,0'sinin manevi ihtiyaçlarını, %60,0'ının kişisel ihtiyaçlarını tamamen karşılayabildiği, %93,0'ünün de hemşirelik bakımını yeterli gördüğü belirlenmiştir. Bal Kaplan (2015), çalışmasında yatağa bağımlı olarak geçirilen gün sayısı $4,78 \pm 5,74$ gün olarak belirtilirken, hastalar hemşirelik bakımından memnun olduklarını (%98) ifade etmelerine rağmen manevi ihtiyaçlarını kısmen karşılamışlardır. Bu çalışmaya katılan bireylerin yatağa bağımlı olarak geçirdikleri gün sayısı ve hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri literatür ile benzerlik gösterirken, literatürden farklı olarak çalışmadaki bireyler manevi ve kişisel ihtiyaçlarını kısmen değil tamamen karşılayabilmişlerdir. Bu durumun hastaların bireyselleştirilmiş bakım düzeyinin yüksek olmasından ve çalışmanın yapıldığı kurumda tüm hastaların yanında refakatçi bulunmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Refakatçilerin hemşirelerle işbirliği içerisinde hastaların kişisel ve manevi ihtiyaçlarını karşılamada yardımcı olmalarının bireyselleştirilmiş bakım düzeyini artırdığı söylenebilir.

5.2. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası ve Genel Konfor Ölçeği Alt Boyut ve Puan Ortalamalarının Dağılımının Tartışılması

Bireyselleştirilmiş bakım, hemşirelik bakım uygulamalarının bireye özgü hale getirilerek bakımının verilmesinin yanında hasta bireyin de bu yaklaşımı algılaması ve

kendi bakımında da bu algıları hissederek geri bildirimler ile ifade etmesidir. Bireyselleştirilmiş bakım algısıyla ilgili yapılan çalışmalarda sağlık bakım kalitesi ve hemşirelik memnuniyetinin arttığı görülmektedir (Toru, 2020). Çalışmada Bireyselleştirilmiş bakım skalası_A ortalaması $3,95 \pm 1,09$, Bireyselleştirilmiş bakım skalası_B ortalaması $4,31 \pm 0,74$ bulunmuştur (Tablo 4.2.1.). Acaroğlu ve arkadaşları (2007) tarafından Türkiye'de beyin cerrahisi servisinde yatmış 54 hasta ile yapılan çalışmada Bireyselleştirilmiş bakım skalası_A ortalaması 3.86 ± 0.87 'dir. Aynı çalışmada Bireyselleştirilmiş bakım sklası_B ortalaması 4.20 ± 0.91 'dir. Sonuçlar hastaların bireyselleştirilmiş bakım algısının yüksek olduğunu göstermektedir.

Hasta bireyselliğini destekleyen hemşirelik eyleminin farkına varmada *klinik durum* ve *karar verme kontrol* puan ortalamalarının *kişisel yaşam durumu* puan ortalamasından fazla olduğunu görmekteyiz. Bu durumda hastalar iş, hobi ve alışkanlıklarla ilgili hemşirelik girişimlerine oranla; kişisel bakım ihtiyaçları, hisleri, düşünceleri ve karar verme becerilerine ilişkin hemşirelik girişimlerini daha fazla fark etmektedirler. Bireyselliği algılama durumlarına göre ise en yüksek puan ortalamasının *karar verme kontrolü*, en düşük puan ortalamasının *kişisel yaşam durumu* bulunması; hastaların kararlara katılımının daha fazla algılandığını, kişisel yaşam durumlarının daha az dikkate alındığını göstermektedir. Literatürde de hastaların bulunan sonuçlarla aynı doğrultuda bakım algılarına sahip olduğu bulgulanmıştır (Acaroğlu vd., 2007).

Bakım uygulamaları sonrasında hastada pozitif bir sonuca ulaşma olarak kabul edilen konfor düzeyini ölçebilmek ve değerlendirebilmek amacıyla hemşireler Genel konfor ölçeğini yazılı kayıt olarak kullanabilmektedir (Kuğuoğlu & Karabacak, 2008).

Çalışmada Genel konfor ölçeği ortalaması ($133,84 \pm 16,54$) normal değerler arasında olup Cronbach's alfa değeri 0,864 hesaplanmıştır. Boyutlara göre *rahatlama* düzeyi puan ortalaması ve *psikospiritüel* boyut puan ortalaması en yüksek bulunmuştur (Tablo 4.2.1.). Genel konfor ölçeği Türkçe versiyonunda ölçeğin Cronbach's alfa değeri bu çalışmaya yakın olarak bulunmuştur (0,85). Benzer başka bir çalışmada ortopedi hastalarında konfor ölçeğinin Cronbach's alfa değeri 0.79 bulunurken, konfor alt boyutlarından psikospiritüel boyut puanının yüksek, fiziksel boyut puanının düşük olduğu görülmüştür (Kubat Bakır ve Yurt,2020). Hastaların düşüncelerine, hislerine ve isteklerine yönelik uygulanan bakımın en fazla psikospiritüel rahatlık durumuna etkisi olduğu düşünülebilir.

5.3. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Ölçek Alt Boyutları ile Karşılaştırılması

5.3.1. *Hastaların sosyodemografik özelliklerinin Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası ölçek alt boyutları ile karşılaştırılması*

Çalışmada yaş, cinsiyet, meslek ve birlikte yaşanan kişiler ile Bireyselleştirilmiş bakım skalası ve alt boyutları arasında istatistiksel anlamlılık saptanmıştır ($p<0,05$; Tablo 4.4.1.). Literatürde benzer bulgular sunan çalışmalar yer alırken (Bekmezci 2019, Bal Kaplan 2015, Suhonen vd., 2010, Suhonen vd., 2017); bu çalışma bulgularına paralellik göstermeyen çalışmalar da yer almaktadır (Tekin 2011, Şişe 2013; Gül ve Dinç, 2018).

Bu çalışmada yaş grupları arasında istatistiksel anlamlılık 70 yaş ve üzerinde olanların Kişisel Yaşam Durumu_B, Karar verme_B puan ortalamasında bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.3.1.). Literatürde yer alan Bekmezci (2019) 'nin çalışmasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık, çalışmamıza benzer şekilde 65 yaş ve üzeri bireylerde Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puan ortalamasında saptanmıştır. Literatürde yaş grupları ile bireylerin bakım algılarının farklılık göstermediği çalışmalar (Şişe 2013; Gül ve Dinç 2018) olması, 70 yaş ve üzeri bireylerin bu çalışmada kişisel yaşam durumu ve karar verme kontrolü ile ilgili bakımları algılama durumunu ortaya koymaktadır.

Cinsiyet durumları arasında kadınların Bireyselleştirilmiş bakım skalası_B puan ortalaması ve Kişisel Yaşam Durumu_B, Karar Verme Kontrolü_B puan ortalamaları anlamlı düzeydedir ($p<0,05$; Tablo 4.4.1.). Bekmezci (2019) 'nin çalışması ile Suhonen ve ark. (2010) beş ülkenin ortopedi servislerinde yaptığı çalışmada; hastaların bireyselleştirilmiş bakım özelliklerine ilişkin algıları ile cinsiyet arasında bir ilişki saptanamamıştır. Bal Kaplan'ın (2015) çalışmasında ise kadın hastaların Bireyselleştirilmiş bakım skalası_B toplam madde puan ortalaması ve Klinik Durum alt boyut madde puan ortalaması istatistiksel açıdan anlamlı saptanmıştır. Bu çalışmada kadın hastaların Bireyselleştirilmiş bakım skalası_B puan ortalaması yanında Kişisel Yaşam Durumu_B, Karar Verme Kontrolü_B puan ortalamalarının anlamlı saptanması çalışmanın kadın hastalar ile daha büyük yaş grubundaki hastaların bakımlarına ilişkin bireyselliği daha yüksek değerlendirmelerinin kanıtını doğrulamaktadır.

Meslek durumları arasında Bireyselleştirilmiş bakım skalası_B puan ortalaması ve Kişisel Yaşam Durumu_B puan ortalaması bakımından ev hanımı olanlarda anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.4.1.). Ev hanımlarının tümü kadınlardan oluştuğundan yine burada da hastalık özellikleri, duygu, düşünce ve hislerin kadınlar tarafından bakımda daha fazla algılandığının göstergesi olduğu düşünülebilir.

Birlikte yaşanan kişiler arasında, çekirdek ailesiyle yaşayanların Bireyselleştirilmiş bakım skalası_B puan ortalaması ile Klinik Durum_B alt boyut puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve bir aile/yakınının yanında ve yalnız yaşayanlara göre daha yüksektir ($p<0,05$; Tablo 4.4.1.). Cansev ve ark. (2015) çalışmasında çekirdek ailede yaşayan hastalarda Klinik Durum_B alt boyut madde puan ortalaması bir aile/yakınının yanında yaşayan ya da yalnız yaşayan hastalardan istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla daha yüksek olarak belirlenmiştir. Çalışmanın literatür ile olan benzerliği, çekirdek aileyle yaşamının bireylerin bireyselleştirilmiş bakımı algılama durumlarına olumlu etkisi olduğunu düşündürülebilir.

5.3.2. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin Genel Konfor Ölçeği ve ölçek alt boyutları ile karşılaştırılması

Bu çalışmada Genel konfor ölçeği ve alt boyutları yaş grupları, cinsiyet, yaşanan yer ve sosyal güvence durumuna göre incelendiğinde; konfor düzeyinin yaş arttıkça arttığı, erkek cinsiyette, şehir merkezinde yaşayanlarda, sosyal güvencesi olmayanlarda konfor düzeyinin daha yüksek olduğu saptandı. İstatistiksel anlamlılığın yaş gruplarında 70 yaş ve üzerinde olan hastaların sosyokültürel boyut puan ortalamasında, şehir merkezinde yaşayanların psikospiritüel boyut puan ortalamasında, sosyal güvencesi olmayanların ferahlama ve fiziksel boyut puan ortalamalarında olduğu belirlendi ($p<0,05$; Tablo 4.4.2.). Literatürde çalışmanın aksine genel olarak konforun yaş arttıkça azaldığı belirten çalışmalar bulunmaktadır (Kubat 2017). Yaş yoğunluğunun bu çalışmada orta yaşlarda daha yüksek bulunması sonuçların farklı çıkmasına neden olabilmektedir. Yine literatürde bu çalışmayı destekler nitelikte Büyükcüoğlu Şahin'in (2016) çalışmasında da konfor düzeyi erkeklerde yüksek bulunurken; Kubat'ın (2017) çalışmasında ise konfor düzeyi ile cinsiyetler arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Erkek hastaların konfor düzeyinin yüksek bulunması, kadın hastaların mahremiyete verdiği önemin ve ev ortamına alışkanlığının daha fazla olmasından kaynaklı olabilir. Alt ekstremitte cerrahisi sonrası bağımsız olarak

pozisyon alamama, boşaltım ihtiyaçları gibi kişisel ihtiyaçlarda yardıma gereksinim duyma gibi durumlarda kadın hastalar daha çekingen olabilmekte bu da hasta konforunu etkilemektedir.

5.4. Hastaların klinik özelliklerinin ölçek alt boyutları ile karşılaştırılması

5.4.1. Hastaların klinik özelliklerinin Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası ölçek alt boyutları ile karşılaştırılması

Bireyselleştirilmiş bakım ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları ile eşlik eden hastalık, serviste kaldığı gün sayısı ve kişisel ihtiyaçlarını karşılama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken ($p>0,05$, Tablo 4.5.1.); servise geliş şekli, daha önce hastanede yatma durumları, yatağa bağımlı kalma süreleri, manevi ihtiyaçlarını karşılama durumları ve hemşirelik bakımını yeterli görme durumu ile ölçek ve alt boyutları arasında istatistiksel anlamlılık saptandı ($p<0,05$, Tablo 4.5.1.).

Servise geliş şekillerine göre planlı olarak gelen hastaların acil servis ve yoğun bakımdan nakil olan hastalara oranla bireyselliği daha yüksek algılamaları, travma ve yoğun bakım sürecinin hastada yaşattığı stres, bu stresin algı durumuna etkisi ile açıklanabilir ve literatür ile uyumlu bulunmuştur (Suhonen vd., 2010)

Hastaların eşlik eden hastalıkların varlığı ile bireyselleştirilmiş bakım ölçek alt boyutları arasında bu çalışmayı destekler nitelikte anlamlı ilişki literatürde saptanmamıştır (Suhonen vd, 2010; Tekin, 2011, Bal Kaplan 2015, Bekmezci 2019). Ek hastalıkları ile ilgili yaşanan olumsuz deneyimlerin varlığı ve fazlaca tıbbi müdahalelere maruz kalmanın hastaların bakım algılarını etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

Suhonen ve ark, (2010) hastane yatış süresinin kısalığını bireyselleştirilmiş bakım alt boyutlarında olumlu değerlendirirken, bu çalışmada serviste kalınan gün sayısı ile bireyselleştirilmiş bakım alt boyutlarında istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4.5.1.). Çalışmada hastaların serviste kalma gün sayısını etkileyen etmenler (pandemi süreci) farklılığa sebep olabilmektedir.

Bu çalışmada yatağa bağımlı kalma süreleri arasında istatistiksel anlamlılık 6-10 gün yatağa bağımlı yaşayanların Kişisel Yaşam Durumu_B puan ortalamasında bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.4.1.). Hastaların erken mobilizasyonunun hastalık

özelliklerini, duygu ve düşüncelerini algılamadaki bakım algısına olumlu etki sağladığını düşündürmektedir.

Manevi ihtiyaçlarını karşılayabilme durumları arasında istatistiksel anlamlılık ihtiyaçlarını tamamen karşılayanların Klinik Durum_A Kişisel Yaşam Durumu_A, Karar Verme Kontrolü_A, Bireyselleştirilmiş bakım skalası_B, Klinik Durum_B puan ortalamalarında bulunmuştur ($p<0.05$; Tablo 4.4.1.). Elde edilen bu sonuç, Bal Kaplan'ın 2015 yılındaki çalışması ile paralellik göstermektedir (Bal Kaplan, 2015). Buna göre manevi ihtiyaçlarını karşılayabilen hastaların bireyselleştirilmiş bakım algısının, ihtiyaçlarını karşılayamayan hastalara göre daha yüksek olmasının nedeni; ihtiyaçların karşılanmasına yönelik bakım uygulamalarının bireylerin kendini sağlıklı hissettiği zamanlardaki gibi algılamasıyla ve hemşirelik bakımının farkında olmasıyla ilgili olmaktadır.

Bu çalışmada hemşirelik bakımını yeterli görme durumları arasındaki istatistiksel anlamlılık bakımı yeterli görenlerin Bireyselleştirilmiş bakım skalası_A puan ortalaması, Klinik Durum_A, Kişisel Yaşam Durumu_A, Karar Verme Kontrolü_A Bireyselleştirilmiş bakım skalası_B puan ortalaması ve Klinik Durum_B, Kişisel Yaşam Durumu_B, Karar Verme Kontrolü_B alt boyut puan ortalamalarında bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.4.1.). Literatür ile paralel olan bu sonuç hastaların hemşire memnuniyeti ile ilişkilendirilmiştir (Tekin, 2011; Bal Kaplan, 2015; Bekmezci, 2019). Hemşirelerin bireye özgü bakım planlarında hastaların istek, duygu ve düşüncelerini göz önünde bulundurarak cerrahi girişim öncesi ve sonrası dönemde konfor düzeyini arttıracak girişimlere yer vermesi, bakımda katılımı desteklemesi, bakım algısını ve hemşirelik farkındalığını arttırarak memnuniyeti üst düzeyde tutmaktadır.

5.4.2. Hastaların klinik özelliklerinin Genel Konfor Ölçeği ölçek alt boyutları ile karşılaştırılması

Bu çalışmada tibia/fibula cerrahisi geçiren hastaların fiziksel boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$, Tablo 4.5.2.). Literatür incelendiğinde, çalışmayı destekler nitelikte femur fraktürü tanısı alan hastaların konfor düzeyi düşük, tibiya eksternal fiksator uygulanmış hastaların konfor düzeyi anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (Milutinović D vd., 2018). Femur cerrahisi ve amputasyon geçiren bireylerin daha fazla hareket kısıtlılığı ve yüksek ağrı deneyimine

maruz kalmalarının konfor düzeyini düşürdüğü tahmin edilmektedir. Tibia/fibula cerrahisi geçiren birey sayısının daha az olması da sonuçları etkileyebilmektedir.

Bu çalışmada daha önce hastanede yatma ve eşlik eden hastalık bulunmasının anlamlı derecede konfor düzeyini düşürdüğü, serviste kalınan gün ve yatağa bağımlı kalınan sürelerin konfor düzeyini etkilediği, buna göre 1-5 gün kalan hastalarda psikospiritüel konfor puan ortalamasının yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$, Tablo 4.5.2.). Hastaların daha önceki hastane deneyimleri ve eşlik eden hastalıklarının konfor düzeyini literatürle paralel şekilde (Kubat ve Yurt, 2020) olumsuz etkilemesinin nedeni, hastaların şimdiki hastane deneyimlerini daha önce yaşadıkları deneyimlerle karşılaştırmaları kaynaklı olabilir. Yatağa bağımlı kalma ve serviste kalma süresi bakımından hastalarda beklendiği gibi sürenin artması konfor düzeyinin azalmasına sebep olabilmektedir. Bu da en çok hasta psikolojisini etkileyerek stres ve kaygıyı arttırabilir.

Yine bu çalışmada konfor düzeyi, manevi ve kişisel ihtiyaçlarını karşılayabilen, hemşirelik bakımını yeterli gören hastalarda anlamlı derece de yüksek belirlendi ($p<0.05$, Tablo 4.5.2.). Manevi ve kişisel ihtiyaçları karşılama, hastaların kendini yeterli hissetmesi için önemlidir. Bu nedenle manevi ve kişisel ihtiyaçlarını yeterince karşılayan hastalarda konfor düzeyinin yüksek olması beklenildiği gibidir. Hemşireler hasta ile sürekli beraber olan ve hastaların konfor düzeyine arttırmada en etkin olan sağlık personelidir. Hemşirelik bakımını yeterli görme durumu açısından hastalardaki konfor düzeyinin hemşire memnuniyeti ile paralel olarak arttığı görülmekte ve çalışmalarda desteklenmektedir (Kubat, 2017; Güner ve Karakoç Kumsar, 2021).

5.5. BBS ile GKÖ Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Bu çalışmada Genel konfor ölçeği ile Klinik durum_A, Bireyselleştirilmiş bakım skalası_B , Klinik durum_B alt boyutları arasında pozitif (aynı) yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunurken, Genel konfor ölçeği ile Kişisel yaşam durumu_A, Karar verme kontrolü_A, Kişisel yaşam durumu_B ve Karar verme kontrolü_B alt boyutları arasında ise pozitif (aynı) yönde düşük seviyede bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.6.1.).

Yapılan çalışma hastaların klinik durumlarında duygu, düşünce, istek ve inançlarına yönelik hemşirelik bakımını algılayarak bu bakımın farkında olmalarının hasta konforuna olumlu etkisi olduğunu göstermektedir.

Çalışmada konfor ölçeği ferahlama, rahatlama, üstünlük boyutları ile bireyselleştirilmiş bakım skalası alt boyutları arasında pozitif ve orta düzeyde ilişki bulunması, yüksek bakım algısının konfor düzeylerine olumlu etkisi olduğunu göstermiştir.

Çalışmada konfor ölçeği fiziksel boyut skoru ve çevresel boyut skoru ile bireyselleştirilmiş bakım ölçek ve alt boyutları arasında düşük seviyede ilişki bulunması, alt ekstremitte cerrahisinin konfor düzeyi üzerinde bu boyutlarda daha fazla etkisi olması ile açıklanabilir. Bağımsızlık düzeyini en aza indiren alt ekstremitte cerrahisi sonrasında bireyin öz bakımını ve bağımsız yapabileceği tüm aktivitelerini yapması için güçlendirmek hemşirelerin görevidir. Bireyselleştirilmiş bakım algısı yükselen hasta birey, verilen bakımın ve tedavinin farkında olacak ve bu farkındalık ile kendisini özel hissedecektir. Bunun sonucunda da çalışmada bulunduğu gibi, genel konfor düzeyi artacak, konfor düzeyinin artması ile ferahlık, rahatlık ve üstünlük hissederek sağlık durumunu iyileştirmeye daha hazır hale gelebilecektir. Yapılan çalışmalarda hastaların hemşirelik memnuniyeti ile hasta konforu arasında pozitif ilişki bulunmuş (Suhonen, 2012; Kubat, 2017) hemşirelerin hastaya ayırdıkları süre ile konfor düzeyinin arttığı görülmüştür (Kubat, 2017). Mevcut hemşirelik bakımında ağrıyı azaltmaya yönelik uygulamalar, güvenli ilişki, anksiyetenin azaltılması, bilgi eksikliğini giderme, ameliyat öncesi hasta hazırlığı gibi konuların konforu arttırmada önemli etkisi olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Sönmez, 2013; Kavalcı, 2021).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Alt ekstremite cerrahisi geçiren bireylerin bireyselleştirilmiş bakım algısının konfor düzeyi üzerine etkisini araştırdığımız bu çalışmada,

Çalışmaya katılan hastaların %38'inin 36-55 yaş aralığında, %57'sinin erkek, %71'inin evli, %26'sının ilkokul mezunu, %33'ünün ev hanımı, %47'sinin ilçe-kasabada ve %77'sinin çekirdek ailesiyle yaşadığı, %93'ünün sosyal güvencesinin bulunduğu görüldü (Tablo 4.1.1.)

Hastaların %35'ine femur cerrahisi uygulandığı %69'unun daha önce hastane deneyimi olduğu ve %39'unda eşlik eden bir hastalığı bulunduğu saptanmıştır. Hastaların %53'ünün servise geliş planlı iken %53'ünün serviste 1-5 gün kaldığı, %60'ı yatağa bağımlı 1-5 gün kaldığı, %100'ünün refakatçisinin olduğu ve %62'sinin manevi ihtiyaçlarını, %60'ının kişisel ihtiyaçlarını karşılayabildiği, %93'ünün de hemşirelik bakımını yeterli gördüğü belirlendi (Tablo 4.1.2.).

Hastaların sosyodemografik özelliklerden yaş, cinsiyet, meslek, birlikte yaşanan kişiler ile; klinik özelliklerden servise geliş şekli, daha önce hastanede yatma durumları, yatağa bağımlı kalma süreleri, manevi ihtiyaçlarını karşılama durumları ve hemşirelik bakımını yeterli görme durumu ile Bireyselleştirilmiş bakım skalası ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlılık saptandığı görüldü ($p<0,05$).

Kadın cinsiyetin erkeklere oranla Bireyselleştirilmiş bakım skalası_B, Kişisel Yaşam Durumu_B, Karar Verme Kontrolü_B puan ortalamaları daha yüksek belirlendi (Tablo 4.4.1.).

Servise geliş şekline bakıldığında planlı yatışı olan hastalarda Bireyselleştirilmiş bakım skalası_A, Klinik Durum_A, Karar Verme Kontrolü_A, Bireyselleştirilmiş bakım skalası_B, Klinik Durum_B, Kişisel Yaşam Durumu_B, Karar Verme Kontrolü_B puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.5.1.).

Hastaların sosyodemografik özelliklerinden yaş, cinsiyet, yaşanan yer ve sosyal güvence ile; klinik özelliklerinden geçirilen cerrahi girişim, servise geliş şekli, eşlik eden hastalıklar, serviste kaldığı gün sayısı, kişisel ihtiyaçlarını karşılama durumları, daha önce hastanede yatma durumları, yatağa bağımlı kalma süreleri, manevi ihtiyaçlarını karşılama durumları ve hemşirelik bakımını yeterli görme durumu ile Genel konfor ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlılık bulundu ($p<0,05$).

Kadın cinsiyette bireyselleştirilmiş bakım algısı daha yüksek bulunmasına rağmen erkek cinsiyette Genel konfor düzeyi ve alt boyut puan ortalamaları daha yüksek belirlendi (Tablo 4.4.2.).

Hastaların hemşirelik bakımını yeterli bulduğu, manevi ve kişisel ihtiyaçları karşılamada refakatçi ve hemşirelik desteğinin konfor düzeyi üzerine olumlu etkisi olduğu görüldü (Tablo 4.5.2.)

Genel konfor ölçeği ve ölçek alt boyutları Klinik durum_A, Bireyselleştirilmiş bakım skalası_B, Klinik durum_B arasında pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki belirlendi ($p<0,05$; Tablo 4.6.1.) ve bu ilişki ile hastaların, bireyselleştirilmiş bakım algılarının hasta konforu üzerinde olumlu etkisi olduğu görüldü.

6.2. Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Ortopedi hemşirelerinin, alt ekstremité cerrahisi geçiren hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarını negatif yönde etkileyerek konfor düzeyini düşüren sosyodemografik ve klinik özellikleri değerlendirmeleri, olumsuz etkilerini azaltmaya yönelik fiziksel ve psikolojik desteği içeren bağımlı ve bağımsız girişimlere daha fazla yer vermeleri, bu konudaki bilgi düzeylerini arttırmaları
- Hastaların bireysel bakım algılarını ve konfor düzeylerinin artırılmasına yönelik yapılan uygulamalar sonrası hastalardan geri bildirimlerin alınması,
- Hastaların bireysel bakım algılarını ve konfor düzeylerini karşılaştırmaya yönelik çok merkezli, geniş örneklemli araştırmaların yapılması önerilir.

KAYNAKLAR DİZİNİ

- Acaroğlu, R., Suhonen, R., Şendir, M., Kaya, H. (2010). Reliability and validity of Turkish version of The Individualised Care Scale. *Journal of Clinical Nursing*, 20: 136-145.
- Acaroğlu, R., Şendir, M., Kaya, H., Sosyal, E. (2007). Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının hasta memnuniyeti ve sağlığa ilişkin yaşam kalitesine etkisi. *İstanbul Üniversitesi Florans Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 15(59): 61-67.
- Altındağ, Ö., Kocabey, A., Soran, N., Tabur, H. (2009). Artroskopik ön çapraz bağ tamiri sonrası hızlandırılmış rehabilitasyon programı. *Gaziantep tıp dergisi*, 15(1): 16-19.
- Arslan, B. K. (2015). Türkiye'de hastaların bireyselleştirilmiş bakım algısı ve hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi. *Uluslararası Bakım Bilimleri Dergisi*, 8 (2): 369.
- Atay, T. (Ed.). (2015). *Alt Ekstremité Kırıkları/Ayak Bileği ve Ayak. Ortopedi ve Spor Yaralanmaları Asistan Kitabı içinde (s. 301-311)*. Ankara: Derman
- Bal Kaplan, C. (2015). Hastaların bireyselleştirilmiş bakım algıları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- Başal, Ö. (2015). *Alt Ekstremité Kırıkları/ Kalça ve Femur- Diz ve Bacak. T. Atay (Ed.), Ortopedi ve Spor Yaralanmaları Asistan Kitabı içinde (s. 269-300)*. Ankara: Derman
- Başal, Ö., Baykal, B., Burç, H., Turgay, O., Öztürk, R. (2015). *Artrozlar ve Artroplasti & Güncel Artrodez Yaklaşımları Kalça Artroplastileri. T. Atay (Ed.), Ortopedi ve Spor Yaralanmaları Asistan Kitabı içinde (s. 486)*. Ankara: Derman
- Başal, Ö., Korkmaz, S., Türk, B. (2015). *Amputasyonlar. T. Atay (Ed.), Ortopedi ve Spor Yaralanmaları Asistan Kitabı içinde (s. 856-868)*. Ankara: Derman
- Bekmezci, E. (2019). Hasta Ve Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algısı, Yüksek Lisans Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya
- Bergin, P., Lawyer, T. J. (2017). *Tibial Plateau Fractures. A. E. M. Eltorai, C. P. Ebersson, A. H. Daniels (Eds.), Orthopedic Surgery Clerkship içinde (s.315-321)*. Switzerland: Springer
- Bilge, A., Ulusoy, R. G., Üstebay, S., Öztürk Ö. (2018). Osteoartrit. *Kafkas J Med Sci*, 8, (Ek1): 133-142
- Buchanan, G. S., Shuler, F. D. (2017). *Tibial and Fibular Fracture. A. E. M. Eltorai, C. P. Ebersson, A. H. Daniels (Eds.), Orthopedic Surgery Clerkship içinde (s.349-352)*. Switzerland: Springer
- Büyükcünal Şahin, P. (2016). Ameliyat Geçiren Hastalarda Konfor Düzeyi Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Can Ş. (2019). Bireyselleştirilmiş bakım ve neuman sistemler modeli. J Tradit Complem Med., 2(1): 25-32.
- Ceylan B. (2014). Türkiye'deki bir üniversite hastanesinde yatan hastalarda bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının değerlendirilmesi. Journal of Nursing Management, 24(7): 954-961.
- Cruz Jr., A. I. (2017). *Knee Ligament Injuries*. A. E. M. Eltorai, C. P. Eberson, A. H. Daniels (Eds.), *Orthopedic Surgery Clerkship içinde (s.300-301)*. Switzerland: Springer
- Çoban, N., Gezgin, E., Göktaş, S. (2019). Amputasyon bakımında Abdellah'ın modelinin kullanımı: Olgu Sunumu. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi, 1 (3): 249-256.
- Çoğuroğlu, C., Heybeli, N. (2011). Yaşlılarda ortopedik sorunlar. GeroFam,2(1): 1-10.
- Danç, E. (2019). Ortopedi Servisinde Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Hareket Düzeyleri Ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sakarya
- Desouza M. S., Phil M. (2002). Effectiveness Of Nursing Interventions In Alleviating Perceived Problems Among Orthopaedic Patients. Journal of Orthopaedic Nursing, 6(4): 211-219.
- Dinç, L.(2010). Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi:74-82.
- Doğan, A., Üzümcügil, O., Akman, Y. E. (2007). Halluks valgus. TOTBİD Dergisi, 6(3-4): 88-94.
- Drozd, M., Jester, R., Santy, J. (2007). The inherent components of the orthopaedic nursing role: An exploratory study. Journal of Orthopaedic Nursing, 11: 43–52
- Ekim, M., Ekim, H. (2016). Diyabetik ayak ülserlerinde etiyoloji ve tedavi. Van Tıp Dergisi,23(2): 235-241.
- Ertürk, C., Yıldırım, B., Diril, S. K. (2018). Ortopedi ve travmatolojide ameliyat sonrası geliştirilmiş iyileşme (ERAS). İKSST Derg, 10(Ek sayı): 41-47
- Eyi, S., Kanan, N., Akyolcu, N., Akın, M. L., Acaroğlu, R. (2016). Ameliyat sırasında uygulanan hemşirelik bakımının hastalar tarafından değerlendirilmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 15(2): 159-170
- Forsberg A., Söderberg S., Engström A. (2014). People's experiences of suffering a lower limb fracture and undergoing surgery. Journal of Clinical Nursing, 23(1-2): 191-200.
- Gillig, J., Pearsal, A. (2017). *Meniscal Tear*. A. E. M. Eltorai, C. P. Eberson, A. H. Daniels (Eds.), *Orthopedic Surgery Clerkship içinde (s. 305-308)*. Switzerland: Springer

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Goldberg, S., Quinlan, P. (2020). *Professional Nursing Practice in the Orthopedic Care Setting*. C. R. MacKenzie, C. N. Cornell, S. G. Memtsoudis (Eds). *Perioperative Care of the Orthopedic Patient içinde* (s. 419-425). Switzerland: Springer
- Güner, A., Karakoç Kumsar, A. (2021). Akciğer kanseri nedeniyle ameliyat olan hastalarda konfor düzeyi ve konforu etkileyen faktörler. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6 (2): 155 – 162.
- Healsted, J.A. (2004). *Orthopedic Nursing: Caring for Patients with Musculoskeletal Disorders*. Brockton, MA: Western Schools
- Idvall, E., Berg, A., Katajisto, J., Acaroğlu, R., Antunes Do Luz, M.D., Efstathiou, G., Kalafati, M., Kanan, N., Kılıpı, H.L., Lemonidou, M., Paastavrou, E., Şendir, M., Suhonen, R. (2012). Nurses sociodemographic background and assesment of individuzalied care. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(3): 284-293.
- Johnson, B., Gill, T. (2017). *Hip Fractures*. A. E. M. Eltorai, C. P. Eberson, A. H. Daniels (Eds.), *Orthopedic Surgery Clerkship içinde* (s.259-265). Switzerland: Springer
- Jones, O. (2020). The Femur. Teach me anatomy. Erişim: <https://teachmeanatomy.info/lower-limb/bones/femur/>
- Kadono Y., Yasunaga H., Horiguchi H., Hashimoto H., Matsuda S., Tanaka S., Nakamura K. (2010). Statistics for orthopedic surgery 2006-2007: Data from the japanese diagnosis procedure combination database. *Journal of Orthopaedic Science*,15,162-170
- Karaoğlu, S., Karaaslan, F. (2018). Menisektomi. *TOTBİD Dergisi*, 17: 128–133.
- Karayurt, Ö., Erol Ursavaş, F., İşeri, Ö. (2018). Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım verme durumlarının ve görüşlerinin incelenmesi. *ACU Sağlık Bil Derg* 9(2): 163-169
- Kavalcı, G. (2021). *Kolorektal Cerrahi Hastalarına Uygulanan Hızlandırılmış İyileşme Protokolünün Konfor Düzeyine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- Kılıç, B., Çatıkkaş, F., Yücel, A. S., Korkmaz, M. (2014). Sporcularda menisküs yırtıkları. *Uluslararası Hakemli Ortopedi Travmatoloji Ve Spor Hekimliği Dergisi*, 1(1): 34-46.
- Koçak, C., Yıldırım, A. Ö. (2018). Patella kırıklarında tedavi yaklaşımları ve patellektominin tedavideki yeri. *TOTBİD Dergisi*, 17: 381–385.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing.
- Köse, G., Güler Demir, S. (2019). *Kas İskelet Sistemi Cerrahisinde Bakım*. M. Karadağ & H. Bulut (Eds.), *Kavram Haritası ve Akış Şemalı Cerrahi Hemşireliği içinde* (s. 823-879). Ankara: Vize.
- Kubat Bakır, G., Yurt, S. (2020). Cerrahi operasyon geçiren hastaların konfor düzeyinin değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 20(3): 158-165.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Kubat, G. (2017). Cerrahi Operasyon Geçiren Hastaların Konfor Düzeyinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- Lee, D. C., Byun, S. J. (2012). High tibial osteotomy. *Knee Surg Relat Res.*, 24(2): 61–69.
- Lucas, B., Drozd, M., Flynn, S., Blair, V. (2014). *Elective Orthopaedic Surgery. S. Clarke & J. Santy-Tomlinson (Eds.), Orthopaedic and trauma nursing An evidence-based approach to musculoskeletal care içinde (s. 176). UK: John Wiley & Sons*
- MacKenzie, C. R.; Cornell, C. N. (2020). *Perioperative Care of the Elderly Orthopedic Patient, C. R. MacKenzie, C. N. Cornell & S. G. Memtsoudis (Eds.). Perioperative Care of the Orthopedic Patient içinde (s.283). Switzerland: Springer*
- Milutinović, D., Mikić, M., Rakić, D., Cvijanović, D., Živković, D. (2018). Evaluation of comfort level in patients with immobilization. *Medicinski*, 71 (Ek sayı 1): 31-35.
- Milewski, M. D., Sanders, T. G., Miller, M. D.(2011). MRI-Arthroscopy correlation. *The Knee The Journal of Bone & Joint Surgery*, 93(18): 1735-1745.
- Oğuz, A., Çuhacı, N., Usluoğulları, A. C., Caner, S., Uğurlu, M., Ersoy, R., Çakır, B. (2012). Diabetik ayaklı hastalarımızda amputasyon oranları ve demografik veriler. *Ankara Medical Journal*, 12(1): 11-15.
- Özkan, S., Adanaş, C. (2018). Femur boyun kırıklarında güncel yaklaşımlar. *Van Tıp Dergisi*, 25(1): 76-81.
- Özturan, K.E., Yücel, İ., Çakıcı, H., Güven, M., Gürel, K. (2012). Menisküs ve bağ yaralanmalarının manyetik rezonans görüntüleme ve artroskopik cerrahi bulgularının karşılaştırılması. *Düzce Tıp Dergisi*, 14(2): 1-4.
- Özyürek, H., Göktaş, S. (2021). Acil ve elektif cerrahide hastaların anksiyete düzeylerinin ve hemşirelik bakım memnuniyetlerinin değerlendirilmesi. *SBÜ Hemşirelik Dergisi*, 3(2): 83-92.
- Ramineni, S. K. (2017). *Hallux Valgus. A. E. M. Eltorai, C. P. Ebersson, A. H. Daniels (Eds.), Orthopedic Surgery Clerkship içinde (s.365-7). Switzerland: Springer*
- Shao, A. T. (2002). *Marketing Research: An Aid to Decision Making*, Cincinnati, Ohio: South-Western/Thomson Learning
- Saleh, A., Cornell, C. N. (2020). *The Prevalence of Disabling Musculoskeletal Conditions and the Demand for Orthopedic Surgery in the Twenty-First Century, C. R. MacKenzie, C. N. Cornell & S. G. Memtsoudis (Eds.). Perioperative Care of the Orthopedic Patient içinde (s. 37). Switzerland: Springer*

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Sertçakacılar G, Pektaş Y, Çetingök H, Sabaz MS, Bostancı İ, Çukurova Z, Hergünsel GO. (2019). Ortopedik alt ekstremitte cerrahisinde analjezi amacıyla yapılan blokların etkinliğinin geriye dönük incelenmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 15: 376-82.
- Seyhan, M., Ünay, K. (2013). Trokanterik bölge kırıklarının tedavisinde PFN ile PFNA çivilerinin karşılaştırılması. *Göztepe Tıp Dergisi*, 28(2): 86-94
- Soffin, E. M. (2020). *Enhanced Recovery After Surgery(ERAS) Protocols in Orthopedic Patients*. C. R. MacKenzie, C. N. Cornell & S. G. Memtsoudis (Eds). *Perioperative Care of the Orthopedic Patient içinde* (s. 143-149). Switzerland: Springer
- Sönmez, A. (2013). Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Uygulanan Hastaların Konfor Ve Kaygı Deneyimlerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne
- Suhonen, R., Papastavrou, E., Efstathiou, G., Tsangari, H., Jarosova, D., Leino-Kilpi, H., Patiraki, E., Karlou, C., Balogh, Z., Merkuris, A. (2012). Patient satisfaction as an outcome of individualised nursingcare. *Scand J Caring Sci.*, 26: 372–380.
- Suhonen, R., Valimäki, M. Ve Leino-Kilpi, H. (2007). A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17(7): 843-60.
- Suhonen, R., Valimäki, M., Katajisto, J. (2000). Developing and testing aninstrument for the measurement of individual care. *Journal of Advanced Nursing*, 32: 1253–1263.
- Suhonen, R., Valimäki, M., Leino-Kilpi, H. (2002). “Individualised Care” from patients, nurses and relatives perspective-a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 39: 645–654.
- Suhonen, R., Valimäki, M., Leino-Kilpi, H. (2005). Individualized care, quality of life and satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 50(3): 283–292.
- Sullivan, A. C., Sugalski, C. (2017). General Orthopedic Terminology A. E. M. Eltorai, C. P. Ebersson, A. H. Daniels (Eds.), *Orthopedic Surgery Clerkship içinde* (s.5-10). Switzerland: Springer
- Şise, Ş. (2013). Hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyeti. *Kocatepe Tıp Dergisi Kocatepe Medical Journal*, 14: 69-75.
- Tekin, F., Fındık, Ü. Y. (2015). Level of perception of individualized care and satisfaction with nursing in orthopaedic surgery patients. *Ortopedik Hemşirelik*, 34 (6):371–374.
- Thomas A. A., D’silva F. (2015). Pain, anxiety & functional status of patients with lower limb fracture and dislocation after open reduction. *Nitte University Journal of Health Science*, 5(1): 26-30
- Toru, F. (2020). Hemşirelik uygulamalarının kilit noktası: bireyselleştirilmiş bakım. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1): 46-59

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Tosun, B., Aslan, Ö., Tunay, S., Akyüz, A., Özkan, H., Bek, D., Açıksöz, S. (2015). Turkish version of Kolcaba's immobilization comfort questionnaire: A validity and reliability study. *Asian Nursing Research* 9 (4): 278-284.
- Tükenmez, M., Çekin, T., Karataş, C., Perçin, S., Tezeren, G. (2005). Diyabetik ayakta alt ekstremitte amputasyonları. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 27 (3): 100-104.
- Ünal, N., Gürhan, N. (2021). Ortopedi ameliyatlarının hastaların benlik saygısı, beden algısı ve durumluk kaygıları üzerine etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12 (2): 392-400.
- Wainwright, T. W., Gill, M., McDonald, D. A., Middleton, R. G., Reed, M., Sahota, O., Yates & P., Ljungqvist, O. (2020). Consensus statement for perioperative care in total hip replacement and total knee replacement surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations. *Acta Orthopaedica*, 91(1): 3-19
- Wills, B., Johnson, M.D. (2017). *The Diabetic Foot*. A. E. M. Eltorai, C. P. Ebersson, A. H. Daniels (Eds.), *Orthopedic Surgery Clerkship içinde* (s.415-7). Switzerland: Springer
- Winquist and Hansen Classification of Femoral Fractures. (2021). Wharbourview radiology university of Washington. Erişim: <https://faculty.washington.edu/jeff8rob/trauma-radiology-reference-resource/11-lower-extremity/winquist-and-hansen-classification-of-femoral-fractures/>
- Yavuz, M. (2014). *Kas İskelet Sistemi Hastalıkları*. A. Karadakovan & F. Eti Aslan (Eds.) *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım içinde* (s. 1272-95). Ankara: Akademisyen Tıp
- Yıldız, T. (2019). *Ameliyat Öncesi, Sırası ve Sonrası Bakım*. M. Karadağ & H. Bulut (Eds.), *Kavram Haritası ve Akış Şemalı Cerrahi Hemşireliği içinde* (s. 522-538). Ankara: Vize.
- Yılmaz, E. , Çeçen, D. , Kızıl Toğaç, H. , Mutlu, S. , Kara, H. & Aslan, A. (2018). Ameliyat sürecindeki hastaların konfor düzeyleri ve hemşirelik bakımları. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 5 (1): 3-9.
- Zengin N. (2010). Konfor kuramı ve yoğun bakım ünitesinin hasta konforuna etkisi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 14(2): 61-66.

