

**ÖZLEM DAĞBAŞI**

**İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.**

**YÜKSEK LİSANS**

**İSTANBUL-2018**





**T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**( YÜKSEK LİSANS TEZİ )**

**ARTROSKOPİK DİZ AMELİYATI SONRASI HASTALARIN  
TABURCULUK AŞAMASINDAKİ BİLGİ GEREKSİNİMLERİNİN  
BELİRLENMESİ**

**ÖZLEM DAĞBAŞI**

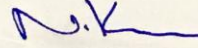
**DANIŞMAN  
DOÇ. DR. NURAY AKYÜZ**

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI  
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

**İSTANBUL-2018**

**TEZ ONAYI****YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAYI**

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programında Yüksek Lisans öğrencisi Özlem Dağbaşı tarafından Doç.Dr.Nuray Akyüz'ün danışmanlığında hazırlanan "Artroskopik Diz Ameliyatı Sonrası Hastaların Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi" başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 19/06/2018 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

**Jüri Başkanı**

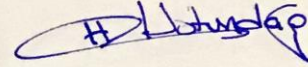
Prof.Dr.Nevin Kanan

i.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi  
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği  
Anabilim Dalı

**Jüri-Danışman**

Doç.Dr.Nuray Akyüz

i.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi  
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

**Jüri**

Dr.Öğr.Üyesi Hülya Üstündağ  
İstanbul Bilgi Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

**BEYAN**

iii

**BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

ÖZLEM DAĞBAŞI



**ITHAF**

Her zaman yanımda olan desteğini esirgemeyen aileme ve eşime ithaf ediyorum.



## TEŞEKKÜR

Çalışmamın her aşamasında yüksek lisans eğitimim süresince değerli bilgileri ile beni aydınlatan ve desteğini esirgemeyen hocam Doç.Dr. Nuray Akyüz'e,

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini bizlerle paylaşan başta hocalarım Prof. Dr. Nevin Kanan ve Prof. Dr. Neriman Akyolcu olmak üzere, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda görevli öğretim üyeleri Prof. Dr. Deniz Öztekin, Prof. Dr. Ayfer Özbaş ve Prof. Dr. İkbâl Çavdar'a,

Çalışmamın sürdürülmesinde ilgi, destek ve yardımları için GATA Ortopedi ve travmatoloji Servisi çalışanlarına,

Yaşamımın her döneminde benden desteğini esirgemeyen ve beni yalnız bırakmayan aileme ve eşime,

Yüksek lisans eğitimim süresince yardımları ile her zaman yanımda olan Neşe Mercan, Ezgi Seyhan Ak ve Nazlı Günel'e,

Tez çalışmama değerli zamanlarını ayırarak katılan hasta ve hasta yakınlarına teşekkürlerimi sunarım.

## İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI .....	ii
BEYAN.....	iii
İTHAF.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER .....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	xi
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ .....	xiii
ÖZET.....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	4
2.1. DİZ EKLEMİNİN ANOTOMİSİ .....	4
2.2. ARTROSKOPİ .....	5
2.3. ARTROSKOPİNİN AVANTAJLARI.....	5
2.4. ARTROSKOPİNİN DEZAVANTAJLARI.....	6
2.5. DİZ ARTROSKOPİSİNİN ENDİKASYONLARI.....	6
2.6. ARTROSKOPİNİN KONTRENDİKASYONLARI.....	6
2.7. ARTROSKOPİDE GÖRÜLEN KOMPLİKASYONLAR.....	7
2.7.1. Eklem İçi Yapılarda Hasar.....	7
2.7.2. Menisküs, Yağ Doku, Bağ ve Tendon Hasarı.....	7
2.7.3. Kan Damarlarının Hasarı.....	7
2.7.4. Sinir Hasarı.....	7
2.7.5. Hemartroz.....	8
2.7.6. İnfeksiyon.....	8
2.7.7. Derin Ven Trombozu ve Pulmoner Emboli.....	8
2.7.8. Snoviyal Fıtık ve Fistül, Kronik Snovit.....	9
2.7.9. Enstrüman Kırılması.....	9
2.7.10. Emilebilir İmplantların Emilememesi.....	9
2.7.11. Yanlış Taraf Cerrahisi.....	9



2.8. DİZ ARTROSKOPİSİNDE ANESTEZİ UYGULAMASI.....	10
2.9. AMELİYAT ÖNCESİ HEMŞİRELİK BAKIMI.....	11
2.9.1. Fizyolojik Hazırlık.....	11
2.9.2. Psikolojik Hazırlık.....	11
2.9.3. Yasal Hazırlık.....	12
2.9.4. Ameliyat Öncesi Eğitim.....	12
2.9.5. Hastanın Ameliyattan Önceki Gece Hazırlığı.....	12
2.9.6. Hastanın Ameliyat Günü Hazırlığı.....	13
2.10. AMELİYAT SIRASI HEMŞİRELİK BAKIMI.....	13
2.11. AMELİYAT SONRASI HEMŞİRELİK BAKIMI.....	13
2.12. TABURCULUK PLANLAMASI.....	15
2.12.1. Veri Toplama.....	15
2.12.2. Planlama.....	16
2.12.3. Uygulama.....	16
2.12.4. Değerlendirme.....	16
2.13. TABURCULUK EĞİTİMİ.....	16
2.13.1. Artroskopi İşlemi Sonrası Taburculuk Eğitimi.....	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli.....	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	21
3.4. Araştırmanın Etik Yönü.....	22
3.5. Veri Toplama Araçları.....	22
3.5.1. Anket Formu.....	22
3.5.2. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ).....	22
3.6. Verilerin Toplanması.....	23
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	23
3.8. Araştırmanın Değişkenleri.....	23
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	23
4. BULGULAR.....	24
5. TARTIŞMA.....	45
5.1. Hastaların Kişisel Özellikleri ve Bilgi Alma Durumlarına Yönelik Tartışma.....	45
5.2. Öğrenim Gereksinimleri ve Etkileyen Faktörlere Yönelik Tartışma.....	47

KAYNAKLAR .....	55
FORMLAR .....	64
ETİK KURUL KARARI.....	71
TELİF HAKKI İZİNİ.....	73
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	74
ÖZGEÇMİŞ .....	75



## TABLolar LİSTESİ

Tablo 4-1: Artroskopik Diz Ameliyatı Olan Hastaların Demografik ve Sosyo-Ekonomik Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 4-2: Artroskopik Diz Ameliyatı Öncesinde Başka Bir Ameliyat Olma ve Aynı Ameliyat ile İlgili Taburculuk Eğitimi Alma Durumunun Dağılımı

Tablo 4-3: Artroskopik Diz Ameliyatı Öncesi Ameliyat ile İlgili Bilgi Sahibi Olma Durumunun Dağılımı

Tablo 4-4: Artroskopik Diz Ameliyatı Sonrası Taburcu Olacağını Öğrenme ve Taburculuk Eğitimi Alma Durumunun Dağılımı

Tablo 4-5: Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Dağılımı

Tablo 4-6: Yaşa Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi

Tablo 4-7: Cinsiyete Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi

Tablo 4-8: Medeni Duruma Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi

Tablo 4-9: Eğitim Durumuna Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi

Tablo 4-10: Çalışma Duruma Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi

Tablo 4-11: Günlük Aktivitesi Dışında Egzersiz/Spor Yapma Durumuna Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi

Tablo 4-12: Artroskopik Diz Ameliyatından Önce Başka Bir Ameliyat Olma Durumuna Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi

Tablo 4-13: Önceki Ameliyattan Sonra Evde Bakımla İlgili Bilgi Verilmesi Durumuna Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi

Tablo 4-14: Artroskopik Diz Ameliyatı Öncesinde Ameliyat ile İlgili Bilgiye Sahip Olma Durumuna Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi

Tablo 4-15: Artroskopik Diz Ameliyatına İlişkin Verilen Eğitimin Yeterli Olması Durumuna Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi

Tablo 4-16: Evde Yardımcı Birinin Olma Durumuna Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi

Tablo 4-17: Aile ya da Bakım Verecek Kişiye Evde Bakım ile İlgili Bilgi Verilmesi Durumuna Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Diz Ekleminin Yapısı

Şekil 2: Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Alt Boyut Puanları Dağılımı

Şekil 3: Yaş ile Duruma İlişkin Duygular Arasında İlişki

Şekil 4: Günlük Aktivitesi Dışında Egzersiz/Spor Yapma Durumuna Göre Yaşam Aktiviteleri Puanı

Şekil 5: Günlük Aktivitesi Dışında Egzersiz/Spor Yapma Durumuna Göre Tedavi ve Komplikasyon Puanları

## SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

**HÖGÖ:** Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği

**GYA:** Günlük Yaşam Aktiviteleri

**DVT:** Derin Ven Trombozu

**PE:** Pulmoner Emboli



## ÖZET

Dağbaşı, Ö. (2018). Artroskopik diz ameliyatı sonrası hastaların taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Araştırma, artroskopik diz ameliyatı sonrası hastaların taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

Araştırmaya, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde Ocak 2015- Haziran 2015 tarihleri arasında artroskopik diz ameliyatı olan 65 hasta katıldı. Araştırmanın verileri, literatür bilgilerinden yararlanılarak geliştirilen anket formu ve Hasta Öğrenim Gereksimleri Ölçeği (HÖGÖ) kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) yanı sıra Student's t test, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis test ve değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon analizi kullanıldı.

Araştırmada hastaların taburculuk sonrası öğrenime gereksinim duydukları konuların öncelik sırasına göre; “tedavi ve komplikasyonlar”, “cilt bakımı”, “yaşam kalitesi”, “ilaçlar”, “yaşam aktiviteleri”, “toplum ve izlem” ve “duruma ilişkin duygular” olduğu saptandı. Yaşları arttıkça duruma ilişkin duygular alt boyut puanının arttığı; günlük hayatında egzersiz ya da spor yapan hastaların “yaşam aktiviteleri” ve “tedavi ve komplikasyon” ile ilgili bilgi gereksinimi olduğu belirlendi. Cinsiyetin, eğitimin, medeni durumun, çalışma durumunun, önceki ameliyatların, bakıma yardımcı birinin var olmasının öğrenim gereksinimini etkilemediği saptandı. Hemşirelerin eğitici rollerinin ve taburculuk planlaması sürecindeki sorumluluklarının farkına varmaları ve daha fazla rol almaları için gerekli eğitimlerin düzenlenmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: artroskopik diz ameliyatı, taburculuk eğitimi, öğrenim gereksinimleri

## ABSTRACT

Dağbaşı, Ö. (2018). Determining the post-arthroscopic knee surgery information requirements of the patients at the discharge stage. Master's Thesis, Department of Surgical Nursing of Medical Sciences Institute of Istanbul University, Istanbul.

The study was conducted descriptive in order to determine the post-arthroscopic knee surgery information requirements of the patients at the discharge stage.

65 patients who underwent arthroscopic knee surgery from January 2015 to June 2015 in the Orthopedics and Traumatology Clinic of the Gulhane Military Medical Academy were included in the study. The data of the study were collected using the survey form developed by using the literature data and the Patient Learning Needs Scale (PLNS). The descriptive statistical methods (mean, standard deviation, median, frequency, ratio, minimum, maximum) as well as Student's Test, Mann-Whitney U Test, Kruskal-Wallis Test and the Pearson correlation analysis to evaluate inter-variable relationships were used to assess the data.

In the study, it was found that the subjects that patients need to learn after discharge are classified by priority order as "treatment and complications", "skin care", "quality of life", "drugs", "life activities", "community and follow-up" and "feelings about the condition". It was found that the subdimension score of feeling about the condition increases as age gets older and that patients who do daily exercise or sports have information requirements regarding "life activities" and "treatment and complication". It was determined that gender, education, marital status, working status, previous surgeries, presence of a care-helping person did not affect the need for learning. It may be advisable for nurses to recognize the responsibilities in the course of their educational roles and discharge planning, and to organize the necessary trainings to take on more roles in these.

Key Words: arthroscopic knee surgery, training for discharge, requirements for learning



## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Artroskopi; eklem içinin gözlenerek ekleme ilişkin sorunların belirlenmesi ve gerektiğinde tedavi edilmesi amacıyla kullanılan cerrahi bir girişimdir. Artroskopide hastanın cildinde küçük bir insizyon açılarak, eklem yerini büyütme ve ışıklandırmaya yarayan fiberoptik artroskop yerleştirilir. Ekleme girilerek eklem endoskopik incelemesi, gerektiğinde belirlenen sorunlara ilişkin tedavisi yapılır. Sıklıkla omuz, kalça ve diz eklemine uygulanır (Savaş 2008; Kazan 2011). Artroskopi; cerrahi travma riski, komplikasyon oranı ve maliyeti düşük, hastanın hastanede kalma ve işe dönüş süresi kısa olduğu için sıkça tercih edilen bir yöntemdir (Savaş 2008; Kazan 2011).

Artroskopi ile ilgili ilk çalışmalar birbirinden bağımsız olarak İsviçreli Eugen Biretter ve Japon Kenji Tagaki tarafından yapılmıştır. 1918’ de Kenji Tagaki sistoskop ile bir kadavranın dizini incelemiş, sonrasında eklem içinini görmek için artroskop adı verilen aleti geliştirmiştir (Baydar ve ark. 2002).

Cerrahi tedavi uygulamaları yıllar içerisinde değişmiş ve cerrahi hastalıkların tedavisinde geleneksel yaklaşımların yerini en az invaziv girişimler almıştır. Artroskopi de bu girişimlere bir örnektir (Sertelli 20013). Günümüzde gelişmiş analjezi, anestezi ve cerrahi teknikler bazı cerrahi girişimler için hastaneden aynı gün taburcu olma olanağını da sunmaktadır (Karahan ve ark. 2010).

Ülkemizde artroskopi kavramından ilk olarak 1960 lı yıllarda bahsedilmiş ve ilk artroskopi 1977 yılında Ege Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde düzenlenen kursta İsveç’li bir profesör tarafından yapılmıştır. Türkiye’de uluslararası katılımlı düzenlenen artroskopik cerrahi kurslarıyla artroskopi daha da yaygın hale gelmektedir (Baydar ve Tunay 2002).

Hastaların servise ameliyat günü kabul edilmeleri ve aynı gün taburcu edilmeleri nedeniyle hasta ve yakınlarının ameliyat öncesi ve sonrası uygun bakım ve eğitim almaları konularında bazı sorunlar ortaya çıkabilmekte, ayrıca hastaya bakım veren hemşireler de hastaya bu sınırlı zaman diliminde nasıl bir eğitim verecekleri konusunda çeşitli endişeler yaşayabilmektedirler (Sertelli 2013).

Artroskopi ameliyatlarında hemşirenin önemli görevlerinden biri, hasta ve ailesinin bakım ve iletişim gereksinimlerini değerlendirmek, iyileşmeyi ve

rehabilitasyonu en üst seviyede sağlamak için taburculuk eğitimini gerçekleştirmektir. (Savaş 2008; Ulusan 2008; Aygöl ve Ulupınar 2012). Taburculuk eğitimi, hastanın hastaneye kabul süreciyle başlar ve taburculuğuna kadar devam eder. Taburculuğa hazırlık sırasında hasta ve ailesinin eğitiminden sağlık ekibinin bütün üyeleri sorumlu olmakla birlikte, taburculuk planlaması temelde hemşirenin sorumluluğundadır. (Coşkun ve Akbayrak 2001; Yaman 2008; Demirkıran 2011).

Cerrahi girişim geçirmiş hastaların genellikle taburcu olurken öz bakımları ile ilgili kaygıları vardır. En yaygın endişeleri yara bakımı, ağrı yönetimi, aktivite düzeyi, komplikasyonları izleme, semptom yönetimi, boşaltım ve yaşam kalitesi ile ilgilidir (Pieper ve ark. 2006).

Artroskopi ameliyatında hastaların hastanede kalma süreleri çok kısa olduğu için iyileşmenin önemli bir bölümü evde gerçekleşmektedir. Bu nedenle hastalar evde kendi bakım gereksinimlerini karşılayabilecek bilgi ve becerilere sahip olarak taburcu edilmelidir.

Yapılan araştırmalarda, planlanmış taburculuk eğitiminin hastaların bilgi düzeylerini artırdığı, anksiyetelerini azalttığı, özbakım düzeylerini ve memnuniyeti arttırdığı, taburculuk sonrası normal aktivitelerine dönmelerinde yardımcı olduğu ve hastaneye/ polikliniğe tekrarlı başvuruların azaldığı, buna bağlı olarak da hasta bakım maliyetlerinin azaldığı ve bakım kalitesinin yükseldiği saptanmıştır (Yaman 2008; Demirkıran 2011; Uğraş ve ark. 2011; Kırbaş ve ark. 2014).

Taburculuk eğitiminin hastanın fizyolojik, psikolojik ve sosyal gereksinimleri doğrultusunda planlanan ve uygun öğretim yöntemlerinin kullanıldığı bir eğitim olması önemlidir. Taburculuk eğitiminin planlanması hemşirelik süreci kapsamındadır ve bu süreç disiplinlerarası bir yaklaşımla hastanın ve ailesinin taburculuk sonrası gereksinimlerini karşılamak amacıyla gerçekleştirilir (Aydoğan 2005; Ulusan 2008).

Taburculuk eğitiminin amacına ulaşmasında eğitimin planlı ve hasta gereksinimlerine uygun olarak yapılması çok önemlidir. Hastaların bilgi gereksinimlerinin, önceliklerinin, bunu etkileyen etkenlerin doğru belirlenmesi, taburculuk eğitiminin doğru planlanmasına ve verilen eğitimin etkinliğinin sürekli değerlendirilmesine olanak sağlayacaktır. Aksi halde hasta sonuçları olumsuz etkilenir ve tekrar hastaneye yatışlara neden olur. Bu nedenle hastanın gereksinimlerinin doğru belirlenmesi ve bunların karşılanması için yeni yöntemler ya da yollar geliştirilmesi

gerekir. Gereksinimlere uygun yapılan eğitim hasta için daha yararlı olacaktır (Suhonen ve ark. 2005; Pieper ve ark. 2006; Özel 2010; Demirkıran 2011; Sertelli 2013; Tan ve ark. 2013).

Yapılan literatür incelemesinde, artroskopi yaygın bir cerrahi girişim olmasına rağmen, ülkemizde artroskopik diz ameliyatı geçirmiş hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ) kullanılarak taburculuk sonrası öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesine yönelik çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Bu bağlamda, artroskopik diz ameliyatı geçiren hastaların öğrenim gereksinimlerinin incelenmesi hastalara en çok gereksinim duydukları alanlarda taburculuk eğitiminin planlanıp uygulanmasına katkı sağlayabilir.

Bu çalışma, ortopedi ve travmatoloji kliniklerinde artroskopik diz ameliyatı sonrası hastaların taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı ve gerçekleştirildi.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. DİZ EKLEMİNİN ANATOMİSİ

Diz eklemi vücuttaki en büyük eklemdir ve birçok işlevi vardır. Anatomik yapısı ve dış kuvvetlere açık olması nedeniyle aynı zamanda en sık zarar gören eklemlerden birisidir (Karşlı 2008; Esmer ve ark. 2011).

Diz; çevresindeki kemik yapılar eklem dışı ve eklem içi yapılardan, kemik yapısı ise patella, femurun distal kondilleri ve proksimal tibial kondiller olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Diz eklemine eklem dışı yapıları sinovya, kapsül, kollateral ligamentler ve eklem boyunca uzanan muskületendinöz yapılardan oluşmaktadır. Eklem dışı yapılar eklemi destekler ve eklem fonksiyonunu etkiler. Eklem içi yapılar medial ve lateral menisküsler, anterior ve posterior çapraz bağlardan oluşmaktadır. Çapraz bağlar kemik yapıların hareketlerinin kontrolüne yardım eder. Menisküsler ise iki adet yarım ay şeklinde fibröz kıkırdaktan yapılmış olup, kemik yüzeyler arasındaki uyumsuzluğu kompanse eder, yük ve ağırlık taşır, eklem stabilizasyonunu sağlar (Karşlı 2008; Esmer ve ark. 2011).



**Şekil 1: Diz Eklemine Yapısı**

(<http://www.sportomed.com.tr/>)

## 2.2. ARTROSKOPİ

Artroskopi; eklem içinin gözlenerek, ekleme ilişkin sorunların belirlenmesi, gerektiğinde tedavi edilmesi amacıyla kullanılan cerrahi bir girişimdir. Artroskopide birkaç küçük insizyon açılır ve eklem içine %0,9 sodyum klorür (NaCl) verilerek eklem açılması sağlanır. Eklem yerini büyütür, ışıklandırarak net görülmesini sağlayan fiberoptik artroskop yerleştirilir ve eklem farklı açılardan görüntülenir. Eklem hareket alanı boyunca hareket ettirilerek eklemdeki bağlar, yumuşak doku ve kıkırdak hasarları değerlendirilebilir ve/veya artroskop ve diğer özel enstrümanlar kullanılarak onarılabilir, işlem sonrası spanç ile kapatılarak elastik bandaj sarılabilir (Savaş 2008; Bradford ve Gordon 2011; Kazan 2011).

Artroskopi cerrahi travma riski, komplikasyon oranı ve maliyeti düşük, hastanın hastanede kalma ve işe dönüş süresi kısa olduğu için sıklıkla tercih edilen bir yöntemdir (Tokem ve ark. 2015; Kazan 2011; Savaş 2008). Lokal veya hafif genel anestezi altında yapılan invaziv bir işlem olmasından ve hastanın hastaneye kabulünün ameliyat günü yapılmasından dolayı diz ve omuz eklemlerinde daha çok uygulanan bir cerrahi yöntemdir (Bradford ve Gordon 2011).

Günümüzde diz artroskopisi ortopedistler arasında en yaygın uygulanan cerrahi girişimler arasında yer almaktadır (Savaş 2008).

## 2.3. ARTROSKOPİNİN AVANTAJLARI

- Ameliyat sonrası morbidite oranı azdır.
- Hastalar normal yaşantılarına nerdeyse hemen, aktivitelerine 1-2 hafta içinde dönebilirler.
- Küçük insizyonlar kullanılmasından dolayı daha az skar ve daha az inflamatuvar yanıt oluşur.
- Kesin tanı koymayı sağlar.
- Artrotomi ameliyatında görülen sekonder yanıt (reaksiyon) görülmez.
- Hastanede kalış ve işe dönüş süresi kısaldığı için maliyet azalır.
- Komplikasyon oranı düşüktür.

- Artrotomi ile zor ve imkansız olan ameliyatları artroskopi yöntemi kolaylaştırır (Baydar ve Tunay 2002; Azar 2008).

#### **2.4. ARTROSKOPİNİN DEZAVANTAJLARI**

- Artroskopi ameliyatı ile ilgili yeterli bilgi ve deneyime sahip olmayan cerrahın ameliyatta kullanılan enstrümanları kullanmakta zorlanması,
- Artroskopide kullanılan ekipmaların pahalı olması, dezavantajları arasında sıralanabilir (Baydar ve Tunay 2002; Azar 2008).

#### **2.5. DİZ ARTROSKOPİSİNİN ENDİKASYONLARI**

- Akut diz travmaları
- Menisküs ve bağ yırtıkları
- Akut eklem içi kanama
- Erken dönemde osteoartrit (kireçlenme) tedavisi
- Diz eklemine ilgilendiren kemik ve kıkırdaklardaki kırıkların tedavisi
- Diz kapağı çıkıklarının tedavisi
- Eklem iltihaplarının boşaltılması
- Hastalıklı eklem zarının çıkartılması (sinovektomi)
- Eklem içi iyi huylu tümör ve kistlerin çıkartılması
- Özel lezyonların tanısının konulması (Baydar ve Tunay 2002; Azar 2008; Savaş 2008).

#### **2.6. ARTROSKOPİNİN KONTRENDİKASYONLARI**

- Ciltteki herhangi bir sorun nedeniyle infeksiyon gelişme riskinin yüksek olması,
- Diz arka eklem kapsülünde hasar olması (Azar 2008; Savaş 2008).

## **2.7. ARTROSKOPİDE GÖRÜLEN KOMPLİKASYONLAR**

Artroskopi sırasında ve sonrasında komplikasyon nadir görülür. Çoğu komplikasyon iyi bir planlama yapılarak ve ayrıntılara dikkat edilerek önlenabilir (Azar 2008; Goradia 2010). Görülebilecek komplikasyonlar şunlardır:

### **2.7.1. Eklem İçi Yapılarda Hasar**

En yaygın görülen diz artroskopisi komplikasyonudur. Eklem yüzeyindeki kıkırdakların hasarı çoğunlukla ameliyatta kullanılan aletlerden dolayı meydana gelir. Cerrah deneyimsiz, eklem sıkı, ameliyat zor ve süresi uzun olduğunda eklem içi yapılarda hasar oluşma olasılığı artar (Azar 2008).

Artroskop veya diğer ameliyat araç gereçlerinin kullanılması sırasında kontrolsüz güç uygulanması da eklem yüzeylerinde, femoral ve tibial kondillerde ciddi düzeyde kıkırdak hasarı ve dejeneratif artrit oluşmasına neden olabilir (Azar 2008).

### **2.7.2. Menisküs, Yağ Doku, Bağ ve Tendon Hasarı**

Ekleme giriş yerinin yanlış olması sonucu (öndeki giriş deliği aşağıda olduğunda) insizyon veya eklem içine giriş sırasında menisküsün arka boynuzu hasar görebilir (Azar 2008). Ekleme giriş yerinin patellar tendona bitişik olması ve yağlı dokuda tekrarlanan delinmeler ise şişliğe neden olur ve hemoraji, hipertrofi ve fibroz görülebilir (Azar 2008). Yırtık menisküsün çıkarılması işleminde ön çapraz bağlar hasar görebilir. Eklem yüzeylerinin motorlu ameliyat aletleri ile temizlendiği işlemlerde ise yapısı bozulmuş bağlar hasar görmeye daha duyarlıdır (Azar 2008; Savaş 2008).

### **2.7.3. Kan Damarlarının Hasarı**

Eklem çevresindeki damarların hasarı en ciddi artroskopi komplikasyonudur. Damar hasarı genellikle doğrudan delme ve yırtıklarla meydana gelir. Aşırı sıvı ekstrevasiyonundan dolayı meydana gelen basınç da damar hasarına neden olabilir.

Popliteal arter ile ven menisküs çıkarılması, menisküs ve arka çapraz bağ tamiri ameliyatlarında risk altındadır (Azar 2008; Savaş 2008; Bert ve Bert 2010).

### **2.7.4. Sinir Hasarı**

Sinir hasarı menisküs tamirinde yaygın görülür (Bert ve Bert 2010). Bistüri veya ameliyatta kullanılan aletler, traksiyon işlemi, sıvı ekstrevasiyon basıncı ve turnike

kullanım süresinin uzaması buna neden olabilir (Azar 2008). Turnike kullanım süresinin 90- 120 dakika olmasına ve basıncına dikkat edilmelidir (Tecimer 1995; Azar 2008).

#### **2.7.5. Hemartroz**

Hemartroz yaygın görülen bir ameliyat sonrası komplikasyonudur. Genellikle hacmi küçüktür, sıklıkla sinovektomi ameliyatlarından sonra görülür ve herhangi bir sistematik tedavi gerektirmez. Ani ödem gelişirse aspirasyon ve cerrahi drenaj gerekebilir (Azar 2008; Savaş 2008).

#### **2.7.6. İnfeksiyon**

Ameliyat kesisinin küçük ve hasta grubunun genç olması, başka bir kronik hastalığın olmaması gibi faktörlere bağlı olarak artroskopi sonrası infeksiyon görülme olasılığı oldukça düşüktür (Azar 2008; Bauer ve ark. 2015; Mayr ve Stoehr 2015). Ameliyat esnasında eklem içine steroid verilmesi, ameliyat süresinin uzaması, önceki cerrahi işlemler, kondroplasti ve yumuşak doku debridmanı gibi durumlar infeksiyon riskini artırmaktadır (Bert ve Bert 2010).

Ameliyat sonrası infeksiyon tanısının konulması zor olabilir. Dizde geçmeyen ağrı ve şişlik olduğunda ateş, eritem, lökositoz veya akıntı olmasa da eklem sıvısı aspire edilir ve kültüre gönderilir (Bert ve Bert 2010).

Diz artroskopisinde antibiyotik profilaksisi tartışmalı bir konudur. Antibiyotik profilaksisinin mutlaka uygulanması gerektiğini savunanlar olduğu gibi (Bert ve Bert 2010), omuz ve diz artroskopisinde klinik değerinin olmadığını belirten çalışmalar da bulunmaktadır (Yel 2001).

#### **2.7.7. Derin Ven Trombozu ve Pulmoner Emboli**

Diz artroskopisi sonrası derin ven trombozunun (DVT) % 17.9 oranında, pulmoner embolinin (PE) ise %1.3 oranında görüldüğü bildirilmiştir (Bert ve Bert 2010). Bir çalışmada, diz artroskopisi geçiren hastaların % 37'sinin DVT için en az bir risk faktörüne sahip oldukları ve bu yüzden tüm hastalara antikoagülan profilaksisi uygulanması gerektiği öne sürülmektedir (Bert ve Bert 2010). Başka bir çalışmada; DVT açısından herhangi bir risk faktörü olmaksızın düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) uygulanan deney grubu ile kontrol grubunun ameliyattan sonra 7. ve 10. günlerdeki ultrason sonuçları karşılaştırıldığında, kontrol grubunda DVT görülme insidansının 5 katına kadar yükseldiği belirlenmiştir (Bert ve Bert 2010). Bu nedenle diz



artroskopisi yapılan hastalara farmakolojik DVT profilaksisinin mutlaka uygulanması gerektiği belirtilmektedir (Bert ve Bert 2010). Turnike ve traksiyon aracı kullanımının ise tromboembolizm görülme olasılığını artırdığı ifade edilmektedir (Demers ve ark. 1998; Azar 2008; Ermiş 2008).

#### **2.7.8. Snoviyal Fıtık ve Fistül, Kronik Snovit**

Artroskopide eklem içine giriş olarak kullanılan deliklerden yağ doku ve snoviyal doku fıtıklaşabilir. Giriş deliklerinin büyük olması bu komplikasyonun görülme olasılığını artırır (Azar 2008). Ameliyatta kullanılan dikiş materyaline karşı oluşan reaksiyon veya abse sonrası nadiren snoviyal fistül ortaya çıkabilir (Azar 2008). Diz artroskopisi sonrası kronik sinovitin %2 ile % 3 arasında görüldüğü bilinmektedir (Bert ve Bert 2010).

#### **2.7.9. Artroskopik Aletlerin Kırılması**

Artroskopik aletlere kontrolsüz güç kullanılması, aletlerin yıpranmış olması ya da aletlerde yapım ve tasarım hatası bazen eklem içinde kırılmasına neden olabilmektedir (Azar 2008; Savaş 2008).

#### **2.7.10. Emilebilir İmplantların Emilememesi**

Farklı tasarımları olan ve diz artroskopisi ameliyatlarında kullanılan implantların 5, 7, 9 ve 13. aylarda gevşemesi ve/veya eksik emilimi artroskopik olarak yapılan tamirlerin başarısızlığına neden olabilmekte ve kalıcı diz ağrısı ile sonuçlanabilmektedir (Bert ve Bert 2010).

#### **2.7.11. Yanlış Taraf Cerrahisi**

Yanlış taraf cerrahisi tüm ortopedik vakaların yaklaşık %2'sini oluşturmaktadır (Bert ve Bert 2010). 2005 yılında American Academy of Orthopedic Surgeons'ın (AAOS) yaptığı bir araştırmada, her 26,581 artroskopik girişimde bir yanlış taraf cerrahisi görüldüğü belirtilmiştir (Bert ve Bert 2010). Yanlış taraf cerrahisi riskini önemli ölçüde azaltmak için hastanelerin bazı önlemler alması gerekmektedir (Güvenli cerrahi kontrol listesi kullanılması gibi). Hemşire ve cerrah hastaya adını sözlü olarak sormalı ve bilek bandındaki isimle karşılaştırarak doğru hasta olduğunu kanıtlamalıdır. Silinmeyen bir kalemle ameliyat yapılacak dize 'evet' yazılarak, cerrah tarafından imzalanmalıdır. Sirküle hemşire hastanın dosyasındaki belgeleri yüksek sesle okuyarak

hastayı, cerrahi girişimi ve cerrahi alanı net bir şekilde belirtmelidir ( Bert ve Bert 2010).

## 2.8. DİZ ARTROSKOPİSİNDE ANESTEZİ UYGULAMASI

Artroskopi ameliyatlarında hastalara genel anestezi ya da bölgesel anestezi uygulanabilir (Flo ve Aliaga 1998; Azar 2008; Savaş 2008; Goradia 2010). Anestezi tekniği seçiminde hastanın yaşı, fiziksel durumu, mevcut hastalıkları, hastanın-cerrahın ve aneztezistin tercihleri göz önünde bulundurulur (Savaş 2008; Goradia 2010).

**Lokal anestezi:** Diz ve ayak bileği artroskopisi ameliyatlarında kullanılır. Hasta kooperedir. Diazepam ve pentozocine kullanılır, sedatiflere ve ağrı kesicilere de gereksinim duyulabilir.

**Bölgesel anestezi:** Alt ekstremitte ameliyatlarında turnike kullanılmasına ve turnike ağrısı olabilmesine rağmen spinal anestezi ve epidural anestezi başarıyla kullanılır (Azar 2008).

Diz artroskopisi, ortopedik cerrahide en sık spinal anestezi uygulanarak yapılan ameliyatlardandır. Uygun hastalarda düşük miktarda ilaç ile anestezi ve analjezi sağlanabilir. Ayrıca uygulanmasının nispeten kolay olması spinal anestezinin geniş bir alanda kullanılmasını sağlamıştır (Kaya ve ark. 2011). Spinal anesteziden sonra hızlı hareket ettiklerinde bazı hastalarda baş ağrısı görülebilir.

Alt ekstremitte ameliyatlarında lumbal pleksus sinir ve siyatik sinir blokları birlikte yapılabilir. Periferik sinir blok işleminin kasların gevşemesi, üriner retansiyonun az görülmesi gibi avantajları varken, diğer anestezi işlemlerine göre daha uzun sürmesi ise dezavantajları arasındadır (Azar 2008).

**Genel anestezi:** Diz ameliyatlarında genel anestezi de kullanılır. Çoğunlukla dizin akut yaralanmalarında, ağrının şiddetli olduğu durumlarda, eklem içinde ciddi bir cerrahi girişim planlandığında, hasta uyumsuz veya endişesinin yüksek olduğu durumlarda genel anestezi tercih edilir (Azar 2008; Karşlı 2008). Turnike kullanılacaksa hasta ve cerrah için rahat bir yöntemdir (Flo ve Aliaga 1998; Azar 2008). Diz artroskopisi ameliyatı olan hastalarda uygulanan anestezi yöntemlerinden hastaların memnuniyet düzeylerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, lokal anestezi uygulanan

hastaların memnuniyet düzeyinin %90, genel anestezi uygulanan hastaların memnuniyet düzeyinin ise % 97 olduğu belirlenmiştir (Goradia 2010).

## **2.9. AMELİYAT ÖNCESİ HEMŞİRELİK BAKIMI**

Ameliyat öncesi hazırlık; fizyolojik hazırlık, psikolojik hazırlık, yasal hazırlık, hasta eğitimi, ameliyattan önceki gece hazırlığı ve ameliyat günü hasta hazırlığını içermektedir (Aksoy ve Sayın 2004; Yaman 2008; Aksoy 2012).

### **2.9.1. Fizyolojik Hazırlık**

Tüm sistemlere yönelik değerlendirmeler yapılarak hastanın genel sağlık durumu belirlenir. Hastanın ameliyat riskini en aza indirmek amacıyla kilolu ise zayıflatılması, sigara kullanıyorsa bırakılması, kan transfüzyonu için gerekli kanın temin edilmesi, kullandığı bazı ilaçların kesilmesi, diş çürüğü, idrar yolu enfeksiyonu, ciltte enfekte yaralar veya başka herhangi bir enfeksiyon odağı varsa bunların tedavisinin yapılması gerekir (Aydoğan 2005; Ulusan 2008; Özel 2010; Girard 2011; Aksoy 2012).

### **2.9.2. Psikolojik Hazırlık**

Ameliyat, hasta için fizyolojik bir stres kaynağı olduğu kadar aynı zamanda güçlü bir psikolojik stres kaynağıdır ve ameliyat olacak hastaların ameliyat öncesi dönemdeki psikolojik durumları ameliyat sonrası sonuçları etkilemektedir. Bu nedenle hastanın ameliyat öncesi psikolojik hazırlığı fizyolojik hazırlığı kadar önemlidir (Yardakçı ve Akyolcu 2004; Ulusan 2008; Yavuz 2010; Aksoy 2012).

Hastalar ameliyatın kendileri için yararlı olduğunu kabul etseler de, ameliyattan önce anksiyete yaşarlar. Bu kaygı ve korku anestezi tipine, hastanın önceki deneyimlerine, kişilik özelliklerine ve geçirilecek cerrahi girişime bağlı olarak gelişebilir (Dönder 2005; Yavuz 2010; Aksoy 2012; Taşdemir ve ark. 2013).

Ameliyat öncesi dönemde iyi bir psikolojik hazırlık anksiyeteyi gidermeye, ameliyatta daha az anestetik, ameliyat sonrasında daha az analjezik kullanılmasına, hızlı iyileşmeye ve erken taburcu olmaya ve hasta memnuniyetinin artmasına yardımcı olur (Yavuz 2010; Taşdemir ve ark. 2013).

Hemşire ameliyat ve ameliyat sonrası dönemle ilgili bilgi vermeli, hastanın soru sormasını desteklemeli ve tüm cerrahi süreç boyunca yanında olacağını vurgulamalıdır (Ulusan 2008; Aksoy 2012).

### **2.9.3. Yasal Hazırlık**

Hekim tarafından hastaya tanısı, tedavisi için uygulanması gereken tıbbi tedavi, içerdiği riskler vb. konularda açıklamalar yapılarak, bilgilendirilmiş izni alınır. Hekimin izin aldığı bu belgede hemşirenin imzası hasta ve yakınlarının imzasına tanıklık eder (Aytur 2001; Aksoy 2012; Özlü ve ark. 2015).

### **2.9.4. Ameliyat Öncesi Eğitim**

Artroskopik cerrahide ameliyat öncesi hasta ve hemşirenin iletişime geçebileceği süre kısa olabilmektedir. Bu nedenle hasta eğitiminin, girişim kararından hemen sonra multidisipliner bir yaklaşımla başlatılması ve taburculuk sonrasında da sürdürülmesi gerekmektedir (Aksoy ve Sayın 2004).

Eğitim, ameliyat öncesi ve sonrası hastaya neler yapılacağı ve hastanın ne zaman nerede bulunacağı, ameliyathane, uyanma odasının yeri, odada bulunan aletler, aç kalma süresi, ameliyattan önceki gece hazırlığı, ameliyat günü hazırlığı, premedikasyon gibi ameliyat öncesi hazırlıklar; anestezi tipi, ameliyat sonrası takılacak drenler, intravasküler infüzyonlar, hastanın yapması gereken derin solunum, öksürme ve bacak egzersizleri, yatakta dönme gibi aktiviteler, hastanın ameliyat öncesi ve sonrası yapılan işlemler sırasında neler hissedeceği (örneğin: premedikasyon verildiğinde baş dönmesi olabileceği), yaşayabileceği sorunlar (örneğin: anestezi sonrası kusma, ağrı, idrar retansiyonu v.b. olabileceği), başetmede neler yapabileceği konularını içermelidir (Karadağ 1998; Aksoy ve Sayın 2004; Çatal 2007; Dönmez ve Özbayır 2008; Dolgun ve Dönmez 2010; Aksoy 2012; Gürlek ve Yavuz 2013).

### **2.9.5. Hastanın Ameliyattan Önceki Gece Hazırlığı**

Hastanın ameliyattan önceki gece duş almasının sağlanmasını, ameliyat bölgesindeki tüylerin klinik protokollerine göre temizlenmesini, istirahat ve uykunun sağlanmasını içerir (Yaman 2008; Yavuz 2010; Ünlü 2016).

Günübirlik cerrahi girişim geçirecek hastalarda, ameliyattan bir gün önce hastanın genel sağlık durumu değerlendirilmeli ve aç kalması gereken süre hatırlatılmalıdır ( Savaş 2008).

### **2.9.6. Hastanın Ameliyat Günü Hazırlığı**

Hastanın kimliği ve cilt hazırlığı kontrol edilir, yaşam bulguları alınır ve kaydedilir, istenilen ilaç veya IV sıvı uygulamaları varsa uygulanır, takıları, takma diş, gözlük vb. çıkarılır, tırnaklarında oje varsa silinir, hastanın var olan alerjileri kaydedilir, bilgilendirilmiş iznin alınıp alınmadığı ve dosyasındaki labaratuvar sonuçları kontrol edilir, ameliyat bölgesi işaretlenir, hasta işitme cihazı kullanıyorsa ameliyathane hemşiresine haber verilir, hastanın ameliyat gömleğini giymesine ve bone takmasına yardımcı olunur (Aksoy ve Sayın 2004; Savaş 2008; Yaman 2008; Özbaş 2009; Yavuz 2010; Girard 2011).

### **2.10. AMELİYAT SIRASI HEMŞİRELİK BAKIMI**

Ameliyat sırası bakım, hastanın cerrahi kliniğinden ameliyathaneye alınmasıyla başlayıp, ameliyat tamamlandıktan sonra bakım verilecek bölüme nakledilmesiyle sona eren bir süreçtir (Kanan 2012).

Hemşire hasta ameliyat odasına alındığında hastanın ismini, ameliyat tarafını yüksek sesle okuyarak belirtir (Bert ve Bert 2010). Artroskopi için gerekli aletleri kontrol eder, ilaçları ve sıvıları hazırlar, hastaya pozisyon verilmesine yardım eder, artroskopi sırasında pompa sisteminden verilen ve çıkan sıvıyı izler (Savaş 2008).

Hastalar endişeli olabilirler. Hemşire hastanın fiziksel ve duygusal durumunu değerlendirerek, ameliyathane ortamından hastanın nasıl etkilendiğini belirlemelidir. Ameliyathane hemşirelerinin bu konulardaki duyarlılıkları ve bu dönemde hastanın bakımını önemseme dereceleri ameliyat sonrası dönemde hastanın iyileşmesini olumlu yönde etkileyecektir (Karadağ 1998; Dönmez ve Özbayır 2008; Özel 2010; Yaban ve Karagöz 2011).

### **2.11. AMELİYAT SONRASI HEMŞİRELİK BAKIMI**

Ameliyat sonrası hemşirelik bakımı nörovasküler durumun değerlendirilmesi, solunum sistemi fonksiyonunun sürdürülmesi, yeterli ve dengeli beslenmenin ve boşaltımın sağlanması, sıvı-elektrolit dengesinin sürdürülmesi, istirahat ve güvenliğin sağlanması, erken hareket ve egzersizlerin başlatılması, yara iyileşmesinin sağlanması,

psikolojik destek sağlanması, komplikasyonların önlenmesi ve yeni yaşam biçimine uyumunun kolaylaştırılması aşamalarını kapsamalıdır (Özel 2010; İzveren ve Dal 2011; Akyolcu 2012).

Ameliyat öncesi ve sonrası sistemli hemşirelik bakımının, komplikasyonları azalttığı ve hastanede yatış süresini kısalttığı bilinmektedir (Yılmaz 2002).

Yapılması gerekenler şunlardır:

- Hastaya ameliyatın özelliğine ve kullanılan anesteziye uygun pozisyon verilir.
- Spinal anestezi yapılan hastalar başı yüksekte olacak şekilde yatırılır, baş ağrısı yönünden hasta uyarılır.
- Yaşam bulguları ve aldığı çıkardığı izlemi yapılır.
- Bol sıvı alması sağlanır. Mesanede distansiyon olup olmadığı kontrol edilir, gerekirse mesaneye kateter takılır.
- Sıvıları, drenleri ve ameliyat yeri kontrol edilir, kaydedilir.
- Artroskopi uygulanan ekstremitenin nörovasküler değerlendirmesi yapılır (sıcaklık, renk, kapiller dolum, hareket, duyu, karıcılanma, uyuşma açısından) ve nasıl yapılacağı konusunda hasta ve yakınları bilgilendirilir.
- Artroskopi sadece tanı amaçlı uygulandıysa, eklemden herhangi bir tamir yapılmadıysa, hasta bacağın düz olarak yükseltilmesi de dahil olmak üzere bacağına kullanması konusunda teşvik edilir.
- Artroskopi tamir amaçlı yapıldıysa, aktivite kısıtlamasına gidilebilir ve daha güçlü analjezikler gerekebilir. Önerilen şekilde aktivite kısıtlaması sağlanır, ağrı yönünden değerlendirilir ve istemi yapılan analjezikler uygulanır.
- Hastanın dizinde ödem oluşmasını önlemek için elastik bandaj sarılır ve buz uygulaması yapılır. Bacak altına yastık konularak bacağın yükseltilmesi sağlanır.
- Hasta ve yakınları ameliyat sonrası yapılması gerekenler konusunda bilgilendirilir (Azar 2008; Savaş 2008; Altizer 2010; Bradford ve Gordon 2011; Akyolcu 2012; Kalender ve ark. 2013; Tokem ve Taşdemir 2015; Ünlü 2016).

## 2.12. TABURCULUK PLANLAMASI

Günümüzde bakımda kaliteyi yükseltme çabaları ile birlikte yeni teknoloji, yeni bakım alternatifleri ve minimal invaziv cerrahi girişimlerin uygulamaya girmesi ile hastanede kalma süresi kısaltmakta ve bu durum erken taburculuğu gündeme getirerek, bakımın sürdürülmesinde etkin bir taburculuk planlamasına duyulan gereksinimin giderek artmasına yol açmaktadır (Karahan ve ark. 2010; Dost ve Kaya 2015).

Kısa sürede hastaların taburcu edilmesi ameliyat sonrası erken dönemde bakım sorumluluğunun hasta ve yakınlarına geçmesine neden olmakta ve hastalar taburcu olduktan sonra ev ortamında karşılaştıkları güçlüklerle baş etmede zorlanabilmektedirler. Hastaların taburcu olduktan sonra bakımlarını sürdürebilmeleri, öz bakımlarını gerçekleştirebilmeleri, gelişebilecek komplikasyonlardan korunabilmeleri ve bozulan vücut fonksiyonları ile baş edebilmeleri için etkin bir taburculuk planlamasının yapılması gerekmektedir (Shepperd ve ark. 2006; Karahan ve ark. 2010; Dal ve ark. 2012; Dost ve Kaya 2015).

Taburculuk planlamasında amaç; hastanede uzun süreli yatışları ve hastaneye tekrar yatışları azaltmaktır (Shepperd ve ark. 2006). Hasta ve yakınları için etkili bir taburculuk planlaması evde bakımın devamlılığını sağlar, niteliği, kaliteyi ve hasta memnuniyetini artırır, hastaneye geri dönüşleri azaltır ve sorunların erken tanınmasına yardımcı olur, müdahale şansını artırır ve hasta sonuçlarını iyileştirir (Paul 2008; Karahan ve ark. 2010; Dal ve ark. 2012). Etkin olmayan taburculuk planlaması ise hastanın bakım gereksinimlerinin karşılanmamasına, yeni sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına ve hastaneye tekrarlı yatışların olmasına neden olur (Karahan ve ark. 2012; Dost ve Kaya 2015).

Hasta ve ailesini evdeki bakıma hazırlayan taburculuk sürecini veri toplama, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamaları oluşturur (Mamon ve ark. 1992; Yaman 2008; Tulgar 2012).

### 2.12.1. Veri Toplama

Veri toplama aşaması, hastanın ve ailesinin bakım gereksinimlerinin saptanması için hastayla, hastanın çevresiyle ve mali desteği ile ilgili konularda yapılan ön

değerlendirmeyi içerir. Hasta ve ailesi ile ilk karşılaştığı andan itibaren başlar ve hasta taburcu olana kadar devam eder (Biro1 2004; Bayat 2005; Çavuş 2008; Çelebi 2015).

### **2.12.2.Planlama**

Uygulama sırasında nelerin, nasıl ve ne zaman yapılacağını, ailenin sürece nasıl dahil edileceğini, hastaya verilecek eğitimin içeriğinin ne olacağını ve nasıl değerlendirileceğini ve eğitimde hangi yöntemlerin kullanılacağını kapsar (Bayat 2005; Tulgar 2012).

### **2.12.3.Uygulama**

Uygulama aşaması, taburculuk eğitiminde belirlenen hedeflere ulaşmak için planlanan hemşirelik girişimlerinin uygulamaya geçirildiği aşamadır (Bayat 2005; Çavuş 2008).

### **2.12.4.Değerlendirme**

Hazırlanan planın, hasta ve hastaya bakım verecek kişilerin gereksinimlerini karşılayıp karşılamadığının değerlendirilmesidir. Taburculuk sürecinin değerlendirilmesi ev ziyareti, hastanın polikliniğe gelmesi, telefonla görüşme ya da bilgisayar ağı aracılığı ile sağlanabilmektedir (Bayat 2005; Tulgar 2012).

## **2.13. TABURCULUK EĞİTİMİ**

Hastanın evdeki bakımına hazırlanmasında hemşireler önemli roller üstlenir. Hasta eğitimi, hemşirelik bakımının en önemli işlevlerinden biridir. Etkin bir taburculuk eğitimi ameliyat öncesi, sırası, sonrası ve taburcu olduktan sonra evde bakım konularını içermeli, hastanın öncelikleri, gelişimsel yapısı, geçmiş deneyimleri, çevre koşulları ve kültürel yapısı göz önüne alınarak, bireyin eğitim gereksinimleri saptanmalı ve yetişkin öğretim yöntemleri dikkate alınarak eğitim verilmelidir (Doutherty 1996; Aytur 2001; Gezer 2001; Aksoy ve Sayın 2004; Suhonen ve Leino- Kilpi 2006; Özel 2010; Yılmaz ve Çiftçi 2010).

Günümüzde cerrahi girişimden sonra hastaların hastanede kalış süreleri kısaldığı için, taburculuk eğitimine ayrılan süre de kısalmıştır (Jacobs 2000). Bu nedenle taburculuk eğitimine mümkün olduğunca erken başlanmalıdır. Böylece hastalar



öğrenmek ve soru sormak için yeterli zamanları olduğunu hissederler (Pieper ve ark. 2007).

Hastaların taburculukları sırasındaki eğitim görsel ve yazılı eğitim materyalleri ile verilmelidir (Paul 2008). Hastanede kalış süresi kısa olduğu için, anlamıyamayan ya da zaman içinde unutulmuş bilgilerin tekrarlanması olanağı da olmayacağından, bu konuya özellikle dikkat etmek gerekir (Aksoy ve Sayın 2004).

Taburculuk eğitimi kapsamında, hasta ve hastaya bakım verecek kişilere, ameliyat sonrası evde izlemeleri gereken durumlar (ağrı, ameliyat bölgesinde kanama/akıntı, bulantı-kusma vb.), anestetik ilaçların olası yan etkileri, oluşabilecek komplikasyonların belirti ve bulguları ile yapılması gerekenler, yemek yeme zamanı ve beslenme şekli, kullanacağı ilaçların etkileri, yan etkileri ve diğer ilaçlarla etkileşimleri, yara bakımı, enfeksiyon, aktiviteler ve egzersiz, banyo yapma zamanı, seksüel aktiviteye başlama zamanı, araba kullanma, işe başlama zamanı ve kontrol tarihi ve acil durumlarda aranması gereken telefon numaraları konularında bilgi verilmelidir (Çilingir 2006).

### **2.13.1 Artroskopik İşlemi Sonrası Taburculuk Eğitimi**

Artroskopik ameliyatından sonra hastalar hastanede kısa süre kalmaktadırlar. Bu nedenle hemşire hasta/aile etkileşim sürecini etkili kullanarak ve eğitim yaparak, hasta ve ailesinin evlerinde öz bakım sorumluluklarını üstlenebilecekleri düzeye getirilmesini sağlamalıdır. Hastanın verilen eğitimi anlayıp anlamadığını değerlendirmek için hastalarla telefon görüşmeleri yapmak doğru bir yaklaşımdır. Bu sayede cerrahi sonrası iyileşme döneminde meydana gelebilecek bir sorun başlangıçta fark edilebilir. Aynı zamanda hastaların endişelerinin belirlenip giderilmesi yoluna da gidilebilir (Brekke 2016).

*Hasta ve yakınlarına verilecek olan taburculuk eğitimi kişilerin gereksinimlerine göre farklılık göstermekle birlikte genel olarak aşağıdaki konuları kapsamalıdır;*

**Buz Uygulaması ve Bacağın Yükseltilmesi:** Ameliyat sonrası 2-3 hafta dizde şişlik olabilir. Hastaya/ailesine ameliyattan sonra 7-10 gün süreyle, saatte 15-20 dakika olacak şekilde buz uygulaması yapılması gerektiği belirtilmelidir (Kalender ve ark. 2013; <http://orthodoc.aaos.org/AJJohnsonMD/index.cfm>. Erişim Tarihi:12.05.2016).

Bacağın yükseltilmesindeki amaç, dizde oluşabilecek ödemi engellemektir. Alt bacak ve topuk altına yastık yerleştirerek kalp seviyesinden yukarıda olacak şekilde oturması/yatması gerektiği belirtilir. Dizin altına asla yastık konulmaz, çünkü bu pozisyonda diz fleksiyon konumunda kalır ve dizin düzeltilmesi daha da zorlaşır

(<http://orthodoc.aaos.org/AJJohnsonMD/index.cfm>. Erişim Tarihi:12.05.2016).

**Yara bakımı:** Hastaya pansumanını kuru ve temiz tutması, banyosunu duş şeklinde yapması, yara bölgesini ovaktan ve merhem vb. sürmekten kaçınması gerektiği söylenmelidir (Kalender ve ark. 2013; Sertelli 2013).

**Brace ve koltuk değneği kullanımı ;** Brace, kıkırdakları daha büyük hasardan korumak için yürürken kullanılan menteşeli bir diz immobilizeridir. Gerekli ise ameliyattan sonra 6-12 hafta kullanması, uyurken ve egzersiz yaparken çıkarması ifade edilmelidir (<http://orthodoc.aaos.org/AJJohnsonMD/index.cfm>. Erişim Tarihi:12.05.2016).

Hastanın uygulanan cerrahi girişime bağlı olarak bacağa ağırlık vermesini sınırlandırmak amacıyla ilk hafta koltuk değnekleri kullanması gerektiği konusunda uyarılmalıdır (Savaş 2008; Bradford ve Gordon 2011; Kalender ve ark.2013).

**İlaç Tedavisi:** Diz artroskopisi işleminden sonra ağrı olması normaldir. Ameliyat sonrası erken dönemde ağrı yönetimi çok önemlidir (Vidriero ve ark. 2010). Ameliyat sonrası dönemde analjezik-antiinflamatuvar ilaç kullanımının rehabilitasyonu kolaylaştırdığı ve effüzyonu azalttığı bilinmektedir (Savaş, 2008). Hekimin önerdiği ağrı kesicileri ağrı şiddetlenmeden belli aralıklarla alması gerektiği konusunda hasta bilgilendirilir (Philips ve Mihalko 2012; Ünlü 2016).

**Beslenme:** İyileşmeyi hızlandırmak ve kabızlığı önlemek için protein ve liften zengin besinler tüketmesi ve bol sıvı alması gerektiği ifade edilir (Korkmaz, 2011).

**Egzersiz:** Hastanın artroskopi sonrası bacak ve diz kaslarını güçlendirmek, dizinin eski hareketliliğine erişebilmesini sağlamak için evde düzenli bir egzersiz programı uygulaması gerekmektedir (Savaş 2008; Kalender ve ark. 2013). Önerilen egzersizler şunlardır:

**Ameliyat Sonrası Erken Dönem:** Artroskopiden sonraki ilk beş günlük dönemdir. İnsizyona bağlı kanama, şişlik ve ağrı gibi sorunlar en fazla bu dönemde

görülmektedir. Hastaya uyluk önündeki ve arkasındaki kasları germe ve düz bacak kaldırma egzersizi yapması önerilir (Savaş 2008).

*Erken İyileşme Dönemi:* Bu dönem artroskopiden sonraki 6-14. günleri kapsar. Kuadriseps kas zayıflığı görülebilir. Birinci dönemde yapılan egzersizler ile birlikte düşük dirence karşı egzersizler, fonksiyonu arttıran aktif egzersizler ve kondisyon bisikleti ile pedal çevirme egzersizleri yapması gerektiği belirtilir (Savaş 2008).

*Geç İyileşme Dönemi:* Artroskopiden sonraki üçüncü haftayı içerir. Bu dönemde ağrı görülmemekle birlikte hareket kısıtlılığı ve kas zayıflığı olabilir. Yüzme, fonksiyonel egzersizler, yüksek hızda izokinetik egzersizler ile bisiklete binme egzersizleri önerilir (Savaş 2008).

*Aktiviteye Dönüş Dönemi:* Artroskopiden sonraki 4.ve 5. haftaları kapsar. Bu dönemde kontrollü ağırlık çalışmaları, her hızda izokinetik egzersizler, koşu, zıplama, fonksiyonel hareketler yapması ve kademeli olarak spora başlaması sağlanır (Savaş 2008).

Uyumsuz hastalarda ameliyat sonrasında kontrollü fizyoterapi uygulanır (Vidriero ve ark. 2010). Bir egzersiz hareketinden sonra eklemlerde ağrı veya şişme hissedilirse hareketlerin bir süre azaltılması ya da bırakılması, etkilenen bölgeye saat başı 15-20 dakika buz uygulanması ve dizin yüksekte tutulması önerilir (Kalender ve ark. 2013).

*İşe dönüş:* Artroskopi sırasında yapılan işleme, hastanın gereksinimlerine ve hastanın yaptığı işe göre işe dönüş süresi değişiklik gösterebilmektedir (Savaş 2008; Kalender 2013).

*Kontrol:* Ameliyat sırasında bir onarım yapılmışsa, hastaya ameliyattan bir hafta sonra kontrole gelmesi gerektiği belirtilir (Bradford ve Gordon 2011).

*Hastaneye başvurması gereken durumlar:* Komplikasyonlar yaygın olmasa da hekime başvurması gereken durumlar hakkında hasta bilgilendirilir:

- Pansuman yerinde olağandışı bir akıntı ya da kanamanın olması,
- Baldırda ağrı ve şişlik olması,

- Buz uygulandığı ve bacak yükseltildiği halde ağrı kesiciyle kontrol altına alınamayan bir ağrının olması,
- İnfeksiyon belirtilerinin olması ;
  - ✓ Ameliyat bölgesinin etrafında kızarıklık, ısı artışı,
  - ✓ Amaliyat bölgesinde şişlik , hareketle artan ağrı,
  - ✓ Ameliyat bölgesinden sarı, yeşil, pis kokulu akıntı gelmesi,
  - ✓ Beden ısısının 38.3°C nin üzerine çıkması,
  - ✓ Genel bir hastalık halinin olması,
- Kullanılan ilaçlara karşı bulantı, kusma, deri döküntüsü gibi reaksiyonların görülmesi,
- Ayağın yükseltilmesine ve bandajın gevşetilmesine rağmen ayakta şişlik, soğukluk, uyuşukluk ve karıncalanmanın devam etmesi,
- DVT belirtilerinin olması sayılabilir (Savaş 2008; Altizer 2010; Kalender ve ark. 2013; Tokem ve Taşdemir 2015).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli

Araştırma, artroskopik diz ameliyatı olan hastaların taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı ve gerçekleştirildi.

Bu araştırmada yanıtlanması gereken sorular şunlardır:

1. Bireylerin kişisel özellikleri ve sosyoekonomik özellikleri ile hasta öğrenim gereksinimleri arasında ilişki var mı?
2. Bireylerin daha önce ameliyat geçirmiş olmaları ile hasta öğrenim gereksinimleri arasında ilişki var mı?
3. Bireylerin ameliyat öncesi, sırası ve sonrası bilgi sahibi olması ile hasta öğrenim gereksinimleri arasında ilişki var mı?

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde Ocak 2015- Haziran 2015 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde Artroskopik diz ameliyatı olan hastalar, örneklemini ise araştırmanın amacı açıklanarak sözlü ve yazılı izinleri alınan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 65 hasta oluşturdu.

Örnekleme seçiminde aşağıdaki kriterler dikkate alındı:

- 18 yaş ve üstü olması
- Diz artroskopisi ameliyatı geçirmiş olması
- İletişim sorununun olmaması
- Araştırmaya katılmayı kabul etmesi
- Okur- yazar olması

### 3.4. Araştırmanın Etik Yönü

Gülhane Askeri Tıp Akademisinden gerekli kurum izni ve Etik Kurul’undan etik kurul izni alındı. Araştırmaya katılan bireylerden ise isteklilik ve gönüllülük ilkesine özen gösterilerek sözlü ve yazılı izinleri alınarak uygulamaya başlandı.

### 3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri; literatür bilgilerinden yararlanılarak araştırmacı tarafından geliştirilen Anket Formu (Ek 1) ve Hasta Öğrenim Gereksimleri Ölçeği (HÖGÖ) (Ek 2) kullanılarak toplandı.

**3.5.1. Anket Formu:** Araştırmacı tarafından literatür bilgileri ışığında oluşturulan anket formunda yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, ameliyat öncesi bilgi sahibi olma durumu ve taburculuk eğitimi alma durumları ile ilgili sorular yer almaktaydı.

**3.5.2. Hasta Öğrenim Gereksimleri Ölçeği (HÖGÖ):** Ölçek hastaların taburculuktaki bilgi gereksinimlerini belirlemek için ilk olarak 1990 yılında Bubela, Galloway, McCay, McKibbon, Nagle, Pringle, Ross & Shamian tarafından geliştirilmiş, Türkiye’de 2007 yılında Emine Çatal tarafından Türkçe’ye uyarlanarak geçerliği ve güvenilirliği test edilmiştir. Toplam 50 madde ve 7 alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçek maddeleri likert tipi ölçekleme yöntemi ile “1= önemli değil”, “2= biraz önemli”, “3= ne az ne çok önemli”, “4= çok önemli”, “5= son derece önemli” şeklinde değerlendirilmektedir. Buna göre hastalardan taburculuk öncesi eve gönderilmeden bilgi gereksinimlerini ve önceliklerini en iyi tanımlayan seçeneği seçmeleri istenmektedir (Özel 2010; Çatal 2007).

Ölçek sonucunda elde edilen puanlar 50-250 arasında değişmektedir. Ölçek ve alt ölçek puanları; toplam ölçek ve tüm alt ölçeklerin soru sayısına bölünerek, 1 ile 5 arasında önemlilik düzeyine göre, “1= önemli değil”, “2= biraz önemli”, “3= ne az ne çok önemli”, “4= çok önemli”, “5= son derece önemli” şeklinde yorumlanmaktadır (Çatal 2007).

Çalışmada, HÖGÖ’den elde edilen Cronbachalpha değerinin 0,68 ile 0,96 arasında değişmekte olduğu ve ölçeğin güvenilir bir ölçek olduğu görüldü.

### 3.6. Verilerin Toplanması

Veriler gerekli izinler alındıktan sonra Ocak 2015-Haziran 2015 tarihleri arasında ortopedi kliniğinde artroskopik diz ameliyatı uygulanan, araştırma kriterlerine uyan ve çalışmayı kabul eden hastalardan yüzyüze görüşme yoluyla elde edildi. Verilerin toplanması 15-20 dk. sürdü.

### 3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için NCSS (NumberCruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) yanı sıra nicel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Student's t test, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında Kruskal Wallis test ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney U test kullanıldı. Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Anlamlılık  $p<0,01$  ve  $p<0,05$  düzeylerinde değerlendirildi.

### 3.8. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler;

- Öğrenim gereksinimi

Bağımsız Değişkenler;

- Bireysel özellikler
- Sosyo- ekonomik özellikler
- Artroskopik diz ameliyatı öncesi ,sırası , sonrası ile ilgili bilgi sahibi olup olmama durumu

### 3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın verileri, sadece tek bir hastanenin Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğindeki taburcu olmak üzere olan hastalardan edildi. Bu nedenle genellendirilmesi güçtür.

#### 4. BULGULAR

Araştırma, artroskopik diz ameliyatı olan hastaların taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı ve gerçekleştirildi.

Örnekleme oluşturan 65 hastadan elde edilen bulgular ve istatistiksel analizler tablolar halinde yer almaktadır.

- Artroskopik Diz Ameliyatı Olan Hastaların Demografik ve Sosyoekonomik Özelliklerinin ve Diz Artroskopi Ameliyatından Önce Başka Bir Ameliyat Geçirme Durumunun Dağılımı (Tablo 4-1, Tablo 4-2),
- Artroskopik Diz Ameliyatı Öncesi Ameliyat ile İlgili Bilgi Sahibi Olma Durumunun ve Ameliyat Sonrasında Taburculuk Eğitimi Alma Durumunun Dağılımı (Tablo 4-3, Tablo 4-4),
- Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Dağılımı (Tablo, 4-5),
- Yaşa, Cinsiyete, Medeni Duruma, Eğitim Durumuna, Çalışma Durumuna ve Günlük Aktivitesi Dışında Spor/Egzersiz Yapma Durumuna Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi (Tablo 4-6, Tablo 4-7, Tablo 4-8, Tablo 4-9, Tablo 4-10, Tablo 4-11),
- Artroskopik Diz Ameliyatından Önce Başka Bir Ameliyat Olma, Önceki Ameliyattan Sonra Evde Bakımla İlgili Bilgi Alma, Artroskopik Diz Ameliyatı Öncesinde Ameliyat ile İlgili Bilgiye Sahip Olma Durumuna Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi (Tablo 4-12, Tablo 4-13, Tablo 4-14),
- Artroskopik Diz Ameliyatına İlişkin Verilen Eğitimin Yeterli Olma, Evde Yardımcı Birisinin Olma ve Aile ya da Bakım Verecek Kişiye Evde Bakım ile İlgili Bilgi Verilme Durumuna Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi (Tablo 4-15, Tablo 4-16, Tablo 4-17).



**Tablo 4-1: Artroskopik Diz Ameliyatı Olan Hastaların Demografik ve Sosyo-Ekonomik Özelliklerinin Dağılımı**

		Min	–	Ort±Ss
		Maks		
<b>Yaş</b>		18 – 69		34,97±13,00
		N		%
<b>Cinsiyet</b>	<b>Kadın</b>	22		33,8
	<b>Erkek</b>	43		66,2
<b>Medeni Durum</b>	<b>Evli</b>	41		63,1
	<b>Bekar</b>	24		36,9
<b>Öğrenim Durumu</b>	<b>Okuryazar</b>	3		4,6
	<b>İlkokul</b>	4		6,2
	<b>Ortaokul</b>	4		6,2
	<b>Lise</b>	11		16,9
	<b>Üniversite</b>	42		64,6
	<b>Yüksek Lisans</b>	1		1,5
<b>Çalışma Durumu</b>		47		72,3
<b>Sosyal Güvence</b>		47		72,3
<b>Günlük Aktivite Dışında Egzersiz/Spor Yapma Durumu</b>		38		58,5

Çalışma kapsamına alınan bireylerin yaşları 18 ile 69 arasında değişmekte olup, ortalama yaş 34,97±13,00 olarak bulundu. %33,8'inin (n=22) kadın, %66,2'sinin (n=43) erkek; %63,1'inin (n=41) evli, %36,9'unun (n=24) bekar; %4,6'sının (n=3) okuryazar olduğu, %6,2'sinin (n=4) ilkokul, %6,2'sinin (n=4) ortaokul, %16,9'unun (n=11) lise, %64,6'sının (n=42) üniversite ve %1,5'inin (n=1) ise yüksek lisans mezunu olduğu belirlendi.

Araştırma kapsamına alınan bireylerin %72,3'ünün (n=47) çalıştığı, %72,3'ünün (n=47) sosyal güvencesi olduğu ve %58,5'inin (n=38) günlük aktivite dışında egzersiz/spor yaptığı saptandı.

**Tablo 4-2: Artroskopik Diz Ameliyatı Öncesinde Başka Bir Ameliyat Olma ve Aynı Ameliyat ile İlgili Taburculuk Eğitimi Alma Durumunun Dağılımı**

	Min – Maks	Ort±Ss
<b>Yatış Süresi</b>	1 – 6	2,03±1,07
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Ameliyat Türü</b>		
Menisküs tamiri	33	50,8
Ön Çapraz Bağ tamiri	32	49,2
<b>Artroskopik diz ameliyatından önce başka bir ameliyat olma durumu</b>	26	40,0
<b>Ortopedi</b>	3	4,6
<b>Genel Cerrahi</b>	5	7,7
<b>Göz</b>	2	3,1
<b>Üroloji (Erkek)</b>	2	3,1
<b>Kadın Hastalıkları ve Doğum</b>	5	7,7
<b>Beyin Cerrahi</b>	1	1,5
<b>Plastik Cerrahi</b>	1	1,5
<b>Üroloji (Kadın)</b>	1	1,5
<b>Ortopedi + Genel Cerrahi</b>	4	6,2
<b>Plastik + Kadın Hastalıkları ve Doğum</b>	1	1,5
<b>Kulak Burun Boğaz</b>	1	1,5
<b>Ameliyatın yapılma zamanı</b>		
1 – 5 Yıl Önce	17	26,2
6 – 15 Yıl Önce	6	9,2
16 – 25 Yıl Önce	3	4,6
<b>Ameliyattan sonra evde bakımla ilgili bilgi verilme durumu</b>	23	35,4
<b>Evde bakımla ilgili hangi konu ya da konularda bilgi verilme durumu</b>		
<b>Yara Bakımı</b>	19	29,2
<b>İlaçlar</b>	12	18,5
<b>Hekime Başvurulması Gereken Durumlar</b>	12	18,5
<b>Beslenme</b>	7	10,8
<b>Egzersiz ve Günlük Yaşam Aktiviteleri</b>	13	20,0
<b>Kontrol</b>	9	13,8

*Birden fazla cevap verildi.*

Çalışma kapsamına alınan bireylerin hastanedeki yatış süreleri 1 ile 6 gün arasında değişmekte olup, ortalama  $2,03 \pm 1,07$  gün olarak saptandı. Bireylerin %32,3'ünün (n=21) 1 gün, %47,7'sinin (n=31) 2 gün, %10,8'inin (n=7) 3 gün, %4,6'sının (n=3) 4 gün, %3,1'inin (n=2) 5 gün ve %1,5'inin (n=1) 6 gün hastanede kaldığı belirlendi.

Araştırma kapsamına alınan bireylerin geçirdikleri ameliyat türü incelendiğinde %50,8'inin (n=33) menisküs tamiri, %49,2'sinin (n=32) ise ön çapraz bağ tamiri olduğu saptandı.

Çalışma kapsamına alınan bireylerin %40'ının (n=26) artroskopik diz ameliyatından önce başka bir ameliyat geçirdiği belirlendi. 40 olgunun %4,6'sı (n=3) ortopedi, %7,7'si (n=5) genel cerrahi, %3,1'i (n=2) göz, %3,1'i (n=2) üroloji (erkek), %7,7'si (n=5) kadın hastalıkları ve doğum, %1,5'i (n=1) beyin cerrahi, %1,5'i (n=1) plastik cerrahi, %1,5'i (n=1) üroloji (kadın), %6,2'si (n=4) ortopedi + genel cerrahi, %1,5'i (n=1) kadın hastalıkları ve doğum + plastik, %1,5'i (n=1) kulak burun boğaz kliniklerinde ameliyat olduklarını belirtti. Bireylerin %26,2'si (n=17) artroskopik diz ameliyatından önceki ameliyatını 1-5 yıl önce olduğunu ifade ederken, %9,2'si (n=6) 6-15 yıl önce ve %4,6'sı (n=3) 16-25 yıl önce olduğunu belirtti.

Diz artroskopisinden önce başka bir ameliyat olan bireylerin %35,4'üne (n=23) ameliyattan sonra evde bakıma ilişkin bilgi verildiği belirlendi. Bireylerin %29,2'sine (n=19) yara bakımı, %18,5'ine (n=12) ilaçlar, %18,5'ine (n=12) hekime başvurulması gereken durumlar, %10,8'ine (n=7) beslenme, %20'sine (n=13) egzersiz ve günlük yaşam aktiviteleri ve %13,8'ine (n=8) ise kontroller hakkında bilgi verildiği saptandı.

**Tablo 4-3: Artroskopik Diz Ameliyatı Öncesi Ameliyat ile İlgili Bilgi Sahibi Olma Durumunun Dağılımı**

	N	%
<b>Artroskopi Ameliyatından Önce Ameliyatla İlgili Bilgi Sahibi Olma Durumu</b>	39	58,5
<b>Hastaneye Yatmadan Önce Artroskopik Diz Ameliyatı ile İlgili Hangi Bilgiye Sahiptiniz?</b>		
Ameliyata İlişkin Hazırlıklar	24	36,9
Ameliyat Yöntemi	27	41,5
Ameliyat Süresi	22	33,8
Ameliyathane Ortamı	10	15,4
Ameliyat Sonrası Oluşabilecek Sorunlar	17	26,2
Ağrı Kontrolü	10	15,4
Yara Bakımı	10	15,4
Beslenme	8	12,3
İlaçlar	8	12,3
Egzersiz	28	43,1
Kontroller	8	12,3
<b>Hastaneye Yatmadan Önce, Artroskopik Diz Ameliyatı ile İlgili Bu Bilgileri Nereden Elde Ettiniz?</b>		
Bilgisi Yok	26	40,0
Hekim	12	18,5
Hemşire	1	1,5
TV – Radyo – İnternet	11	16,9
Hekim TV – Radyo – İnternet	7	10,8
Arkadaş + Hekim	1	1,5
Geçmişte Aynı Ameliyatı Geçirmek	1	1,5
Dersler	1	1,5
Hekim + Hemşire	5	7,7

*Birden fazla cevap verildi.*

Çalışma kapsamına alınan bireylerin %58,5'inin (n=38) artroskopik diz ameliyatından önce ameliyat ile ilgili bilgi aldığı belirlendi. Bireylerin %36,9'u (n=24) ameliyata ilişkin hazırlıklar, %41,5'i (n=27) ameliyat yöntemi, %33,8'i (n=22) ameliyat süresi, %15,4'ü (n=10) ameliyathane ortamı, %26,2'si (n=17) ameliyat sonrasında oluşabilecek sorunlar, %15,4'ü (n=10) ağrı kontrolü, %15,4'ü (n=10) yara bakımı, %12,3'ü (n=8) beslenme, %12,3'ü (n=8) ilaçlar, %43,1'i (n=28) egzersiz ve %12,3'ü (n=8) kontroller hakkında bilgi sahibi olduğu belirlendi. Bireylerin %18,5'i (n=12) artroskopik diz ameliyatı ile ilgili bilgiyi hekimden, %1,5'i (n=1) hemşireden, %16,9'u (n=11) TV – Radyo – İnternetten, %10,8'i (n=7) hekim+TV – Radyo – İnternetten, %1,5'i (n=1) arkadaş+hekim, %1,5'i (n=1) geçmişte geçirdiği aynı ameliyat nedeniyle, %1,5'i (n=1) dersler ve %7,7'si (n=5) hekim + hemşireden aldığını ifade etti.

**Tablo 4-4: Artroskopik Diz Ameliyatı Sonrası Taburcu Olacağını Öğrenme ve Taburculuk Eğitimi Alma Durumunun Dağılımı**

	n	%
<b>Taburcu olacağını öğrenme durumu</b>		
Hekim	61	95,3
Hemşire	1	1,6
Hekim + Hemşire	2	3,1
<b>Artroskopik diz ameliyatına ilişkin evde bakımla ilgili bilgi alma durumu</b>	65	100,0
Hekim	21	32,3
Hemşire	5	7,7
Fizyoterapist	11	16,9
Fizyoterapist + Hekim	24	36,9
Hekim + Hemşire	4	6,2
<b>Verilen bilginin yeterli olma durumu</b>	63	96,9
<b>Evde yardımcı olacak kişinin var olma durumu</b>	64	98,5
<b>Aile ya da bakım veren kişilere evde bakımınızla ilgili bilgi verilme durumu</b>	52	80,0
<b>Bireye ve aileye taburcu olmadan önce bilgi verilen konular</b>		
Oluşabilecek Sorunlar	31	47,7
Ağrı Kontrolü	15	23,1
Yara Bakımı	27	41,5
Beslenme	15	23,1
GYA	43	66,2
İlaçlar	19	29,2
Kontroller	35	53,8
Egzersiz	61	93,8

*Birden fazla cevap verildi.*

Çalışma kapsamına alınan bireylerin %95,3'ü (n=61) taburcu olacağını hekimin haber verdiğini belirtirken, %1,6'sı (n=1) hemşirenin ve %3,1'i (n=2) hekim+hemşirenin haber verdiğini belirtti. Bireylerin %100'ü (n=65) artroskopik diz ameliyatına ilişkin evde bakım ile ilgili bilgi verildiğini ifade etti.

Araştırmaya katılan bireylerin %32,3'üne (n=21) hekim tarafından bilgi verildiği gözlenirken, %7,7'sine (n=5) hemşire, %16,9'una (n=11) fizyoterapist, %36,9'una (n=24) fizyoterapist ve hekim ve %6,2'sine (n=4) hekim ve hemşire tarafından bilgi verildiği saptandı. Bireylerin %96,9'u (n=63) verilen eğitimin yeterli olduğunu belirtti.

Çalışma kapsamına alınan bireylerin %98,5'inin (n=64) evde kendilerine yardımcı olacak birisinin olduğu, %80'ine (n=52) ailesi ya da kendisine bakım veren

kişilere evde bakım ile ilgili bilgi verildiği belirlendi. Bireylerin %47,7'si (n=31) oluşabilecek sorunlar, %23,1'i (n=15) ağrı kontrolü, %41,5'i (n=27) yara bakımı, %23,1'i (n=15) beslenme, %66,2'si (n=43) GYA, %29,2'si (n=19) ilaçlar, %53,8'i (n=35) kontroller ve %93,8'i (n=61) egzersiz hakkında bilgi verildiğini ifade etti.

**Tablo 4-5: Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Dağılımı**

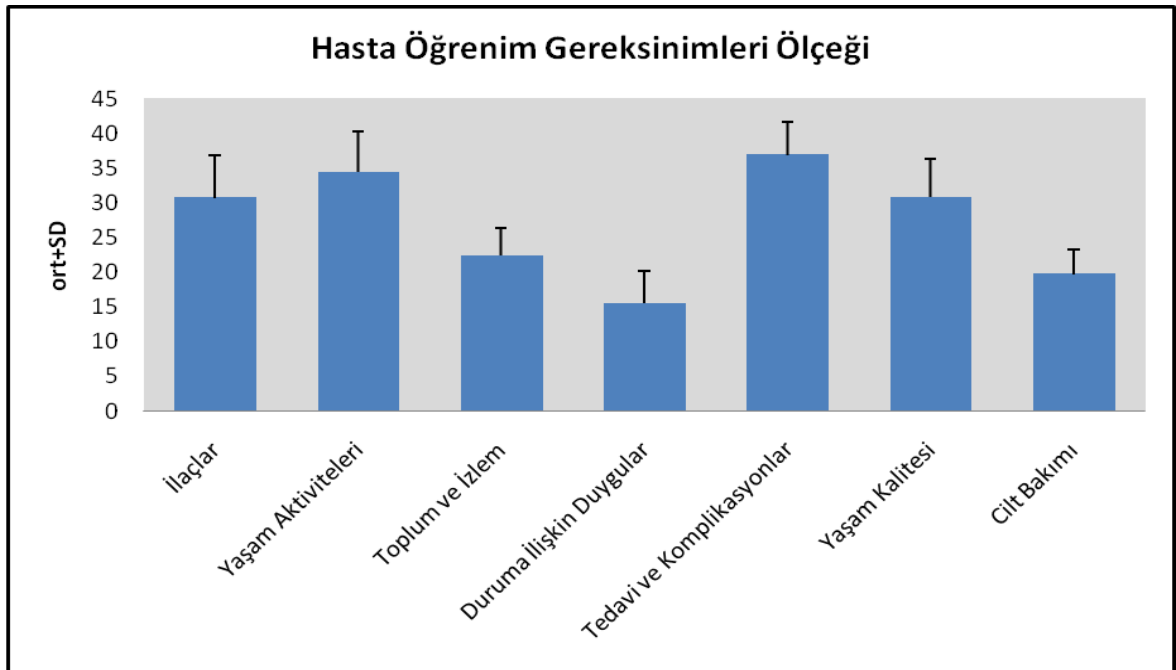
Hasta Gereksinimleri Ölçeği	Öğrenim İlişkin ve	Min – Maks	Ort±Ss	Önemlilik Düzeyi	Cronbach Alpha
İlaçlar		8 – 40	30,71±6,18	3,83	0,898
Yaşam Aktiviteleri		17 – 45	34,43±5,76	3,82	0,812
Toplum ve İzlem		6 – 30	22,35±4,02	3,72	0,694
Duruma İlişkin Duygular		5 – 25	15,46±4,78	3,09	0,813
Tedavi ve Komplikasyonlar		19 – 45	36,91±4,82	4,10	0,803
Yaşam Kalitesi		13 – 40	30,82±5,44	3,85	0,830
Cilt Bakımı		10 – 25	19,69±3,55	3,93	0,687
<b>Toplam Puan</b>		<b>84 – 247</b>	<b>190,37±30,43</b>	<b>3,80</b>	<b>0,962</b>

Çalışma kapsamına alınan bireylerin Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği "*İlaçlar*" alt boyutundan aldıkları puanlar 8 ile 40 arasında değişmekte olup, ortalama 30,71±6,18 olarak saptanırken, cronbachalpha değeri 0,898 olarak bulundu. Bireylerin "*Yaşam Aktiviteleri*" alt boyutundan aldıkları puanlar 17 ile 45 arasında değişmekte olup, ortalama 34,43±5,76, cronbachalpha değeri 0,812; "*Toplum ve İzlem*" alt boyutundan aldıkları puanlar 6 ile 30 arasında değişmekte olup, ortalama 22,35±4,02, cronbachalpha değeri 0,694; "*Duruma İlişkin Duygular*" alt boyutundan aldıkları puanlar 5 ile 25 arasında değişmekte olup, ortalama 15,46±4,78, cronbachalpha değeri 0,813; "*Tedavi ve Komplikasyonlar*" alt boyutundan aldıkları puanlar 19 ile 45 arasında değişmekte olup, ortalama 36,91±4,82, cronbachalpha değeri 0,803; "*Yaşam Kalitesi*" alt boyutundan aldıkları puanlar 13 ile 40 arasında değişmekte olup, ortalama 30,82±5,44, cronbachalpha değeri 0,830; "*Cilt Bakımı*" alt boyutundan aldıkları puanlar 10 ile 25 arasında değişmekte olup, ortalama 19,69±3,55, cronbachalpha değeri 0,687 olarak bulundu. Bireylerin ölçekten aldıkları "*Toplam*" puanlar 84 ile 247 arasında

değişmekte olup, ortalama  $190,37 \pm 30,43$  olarak saptanırken, cronbachalpha değeri 0,962 olarak saptandı.

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinin alt boyutlarının önemlilik düzeyleri sırasıyla “**Tedavi ve Komplikasyonlar (4.10)**”, “**Cilt Bakımı(3.93)**”, “**Yaşam Kalitesi (3.85)**”, “**İlaçlar (3.83)**”, “**Yaşam Aktiviteleri (3.82)**”, “**Toplum ve İzlem (3.72)**” “**Duruma İlişkin Duygular (3,09)**” olarak belirlendi.

Hasta gereksinimleri ölçeğinden elde edilen Cronbachalpha değerinin 0,68 ile 0,96 arasında değişmekte olduğu, ölçeğin güvenilir bir ölçek olduğu görüldü.



**Şekil 2: Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Alt Boyut Puanları Dağılımı**

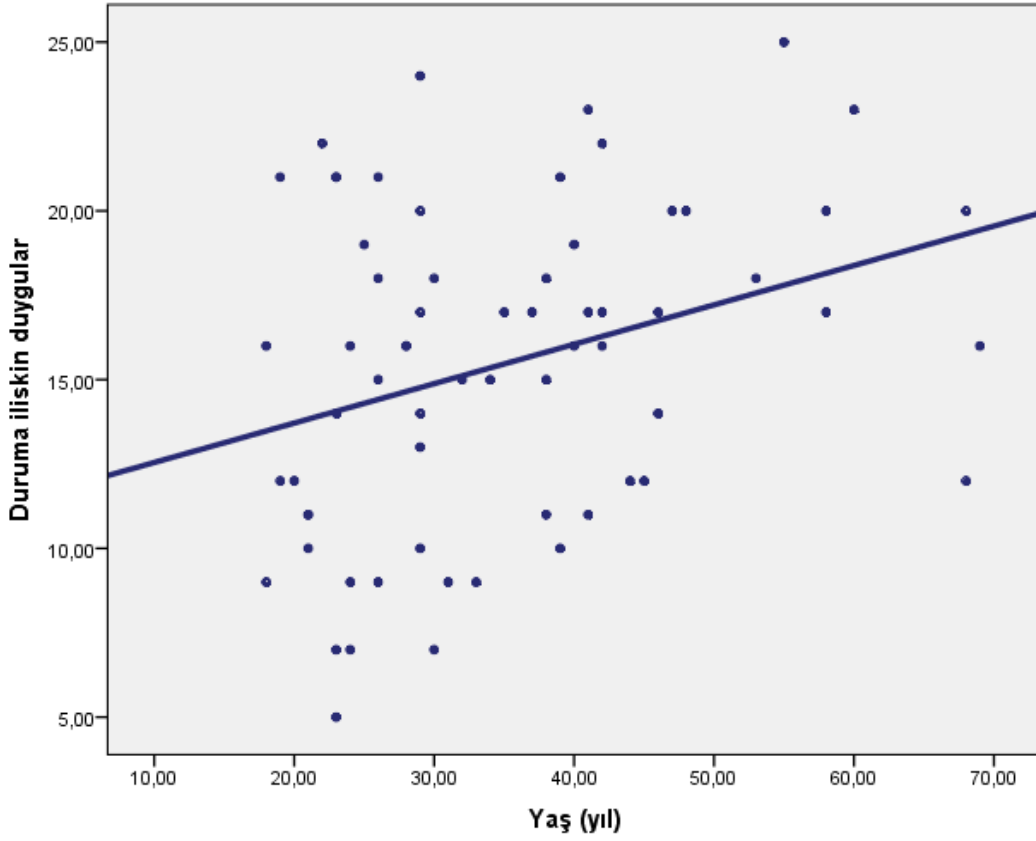
**Tablo 4-6: Yaş ile Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi**

	Yaş	
	R	P
<b>İlaçlar</b>	0,183	<b>0,145</b>
<b>Yaşam Aktiviteleri</b>	0,131	<b>0,297</b>
<b>Toplum ve İzlem</b>	0,173	<b>0,168</b>
<b>Duruma İlişkin Duygular</b>	0,317	<b>0,010*</b>
<b>Tedavi ve Komplikasyonlar</b>	-0,029	<b>0,820</b>
<b>Yaşam Kalitesi</b>	0,058	<b>0,646</b>
<b>Cilt Bakımı</b>	-0,025	<b>0,844</b>
<b>Toplam Puan</b>	0,138	<b>0,275</b>
<i>r=Pearson Korelasyon Katsayısı</i>	<i>*p&lt;0,05</i>	

Yaşa göre olguların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ve “İlaçlar”, “Yaşam Aktiviteleri”, “Toplum ve İzlem”, “Tedavi ve Komplikasyonlar”, “Yaşam Kalitesi” ve “Cilt Bakımı” alt boyutlarından aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermedi ( $p>0,05$ ).

Yaş ile Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği “Duruma İlişkin Duygular” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü (yaş arttıkça Duruma İlişkin Duygular alt boyutundan alınan puan da artan) %31,7’lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $r=0,317$ ;  $p=0,010$ ;  $p<0,05$ ).





**Şekil 3: Yaş ile duruma ilişkin duygular arasında ilişki**

**Tablo 4-7: Cinsiyete Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi**

<i>Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği</i>	Kadın (n=22)	Erkek (n=43)	<i><sup>a</sup>p</i>
	Ort±Ss	Ort±Ss	
<b>İlaçlar</b>	30,68±6,37	30,72±6,15	<b>0,981</b>
<b>Yaşam Aktiviteleri</b>	34,64±5,63	34,33±5,89	<b>0,839</b>
<b>Toplum ve İzlem</b>	22,09±3,46	22,49±4,31	<b>0,709</b>
<b>Duruma İlişkin Duygular</b>	14,59±4,79	15,91±4,78	<b>0,297</b>
<b>Tedavi ve Komplikasyonlar</b>	37,36±3,79	36,67±5,30	<b>0,589</b>
<b>Yaşam Kalitesi</b>	30,59±4,87	30,93±5,77	<b>0,814</b>
<b>Cilt Bakımı</b>	19,55±3,54	19,77±3,60	<b>0,814</b>
<b>Toplam Puan</b>	189,50±27,17	190,81±32,27	<b>0,871</b>

<sup>a</sup>Student-t Test

Cinsiyete göre olguların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ve alt boyutlarından aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermedi ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4-8: Medeni Duruma Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi**

<i>Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği</i>	Evli (n=41)	Bekar (n=24)	<i><sup>a</sup>p</i>
	Ort±Ss	Ort±Ss	
<b>İlaçlar</b>	31,76±4,90	28,92±7,68	<b>0,073</b>
<b>Yaşam Aktiviteleri</b>	34,68±5,39	34,00±6,43	<b>0,648</b>
<b>Toplum ve İzlem</b>	22,59±3,04	21,96±5,35	<b>0,548</b>
<b>Duruma İlişkin Duygular</b>	16,05±4,49	14,46±5,19	<b>0,198</b>
<b>Tedavi ve Komplikasyonlar</b>	36,80±4,27	37,08±5,73	<b>0,824</b>
<b>Yaşam Kalitesi</b>	30,78±4,82	30,88±6,48	<b>0,947</b>
<b>Cilt Bakımı</b>	19,39±3,70	20,21±3,30	<b>0,374</b>
<b>Toplam Puan</b>	192,05±26,54	187,50±36,58	<b>0,565</b>

*<sup>a</sup>Student-t Test*

Evli bireylerin Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği “İlaçlar” alt boyutundan aldıkları puanlar, bekar bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte dikkat çekici düzeyde yüksek olduğu saptandı ( $p=0,073$ ;  $p>0,05$ ).

Medeni duruma göre olguların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği “Yaşam Aktivitesi”, “Toplum ve İzlem”, “Duruma İlişkin Duygular”, “Tedavi ve Komplikasyonlar”, “Yaşam Kalitesi” ve “Cilt Bakımı” alt boyutlarından aldıkları puanlar ve Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4-9: Eğitim Durumuna Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi**

<i>Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği</i>		$\leq$ İlköğretim (n=11)	Lise (n=11)	$\geq$ Üniversite (n=43)	<i><sup>b</sup>p</i>
<b>İlaçlar</b>	<b>Ort±Ss</b>	30,91±6,12	27,91±7,93	31,37±5,63	<b>0,607</b>
	<b>Min-Maks (Medyan)</b>	22-40 (31)	8-34 (30)	14-40 (31)	
<b>Yaşam Aktiviteleri</b>	<b>Ort±Ss</b>	35,73±7,5	30,64±5,52	35,07±5,03	<b>0,078</b>
	<b>Min-Maks (Medyan)</b>	21-45 (36)	17-36 (32)	25-45 (35)	
<b>Toplum ve İzlem</b>	<b>Ort±Ss</b>	23,27±4,92	20,64±5,14	22,56±3,40	<b>0,308</b>
	<b>Min-Maks (Medyan)</b>	15-30 (24)	6-24 (23)	15-29 (23)	
<b>Duruma İlişkin Duygular</b>	<b>Ort±Ss</b>	17,27±5,64	13,00±4,12	15,63±4,56	<b>0,138</b>
	<b>Min-Maks (Medyan)</b>	9-25 (18)	5-19 (12)	7-23 (16)	
<b>Tedavi ve Komplikasyonlar</b>	<b>Ort±Ss</b>	37,27±5,62	34,55±6,30	37,42±4,08	<b>0,410</b>
	<b>Min-Maks (Medyan)</b>	25-45 (38)	19-43 (36)	30-45 (37)	
<b>Yaşam Kalitesi</b>	<b>Ort±Ss</b>	31,91±6,88	28,27±5,87	31,19±4,85	<b>0,272</b>
	<b>Min-Maks (Medyan)</b>	18-40 (32)	13-34 (30)	18-39 (31)	
<b>Cilt Bakımı</b>	<b>Ort±Ss</b>	19,64±3,70	17,73±3,29	20,21±3,48	<b>0,106</b>
	<b>Min-Maks (Medyan)</b>	14-25 (20)	10-21 (19)	12-25 (20)	
<b>Toplam Puan</b>	<b>Ort±Ss</b>	196±37,34	172,73±34,04	193,44±26,53	<b>0,146</b>
	<b>Min-Maks (Medyan)</b>	136-247 (201)	84-199 (187)	137-245 (193)	

<sup>b</sup>Kruskal Wallis Test

Eğitim durumuna göre olguların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ve alt boyutlarından aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermedi ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4-10: Çalışma Duruma Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi**

<i>Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği</i>	<b>Çalışma Durumu</b>		<i><sup>a</sup>p</i>
	<b>Çalışmıyor (n=18)</b>	<b>Çalışıyor (n=47)</b>	
	<b>Ort±Ss</b>	<b>Ort±Ss</b>	
<b>İlaçlar</b>	29,11±8,30	31,32±5,12	<b>0,200</b>
<b>Yaşam Aktiviteleri</b>	33,22±7,11	34,89±5,16	<b>0,299</b>
<b>Toplum ve İzlem</b>	21,89±5,29	22,53±3,47	<b>0,568</b>
<b>Duruma İlişkin Duygular</b>	15,00±5,77	15,64±4,41	<b>0,634</b>
<b>Tedavi ve Komplikasyonlar</b>	35,89±6,21	37,30±4,19	<b>0,295</b>
<b>Yaşam Kalitesi</b>	30,56±6,46	30,91±5,07	<b>0,814</b>
<b>Cilt Bakımı</b>	19,17±3,59	19,89±3,56	<b>0,465</b>
<b>Toplam Puan</b>	184,83±39,48	192,49±26,38	<b>0,368</b>

<sup>a</sup>Student-t Test

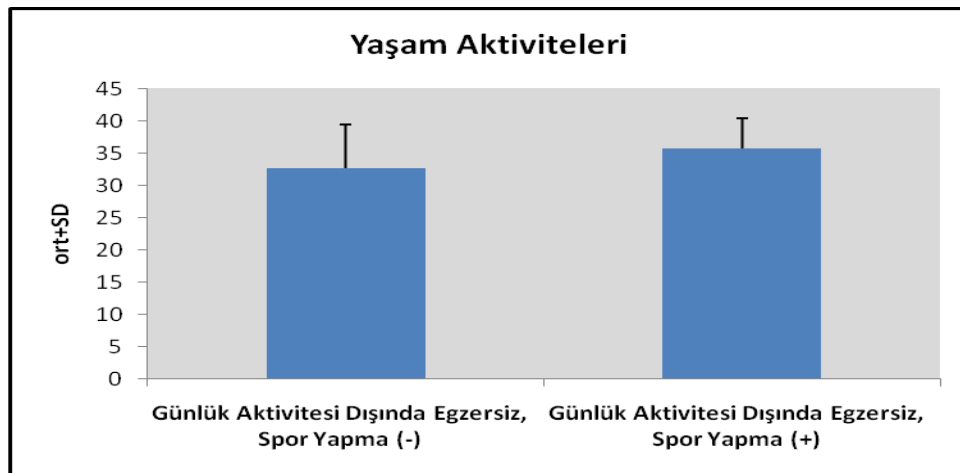
Çalışma durumuna göre olguların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmedi ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4-11: Günlük Aktivitesi Dışında Egzersiz/Spor Yapma Durumuna Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi**

<i>Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği</i>	<b>Günlük Aktivitesi Dışında Egzersiz/ Spor Yapma Durumu</b>		<i><sup>a</sup>p</i>
	<b>Yapmıyor (n=27)</b>	<b>Yapıyor (n=38)</b>	
	<b>Ort±Ss</b>	<b>Ort±Ss</b>	
<b>İlaçlar</b>	29,96±7,58	31,24±4,99	<b>0,417</b>
<b>Yaşam Aktiviteleri</b>	32,67±6,70	35,68±4,69	<b>0,036*</b>
<b>Toplum ve İzlem</b>	21,70±5,05	22,82±3,08	<b>0,315</b>
<b>Duruma İlişkin Duygular</b>	15,67±5,24	15,32±4,50	<b>0,773</b>
<b>Tedavi ve Komplikasyonlar</b>	35,37±5,65	38,00±3,85	<b>0,029*</b>
<b>Yaşam Kalitesi</b>	29,59±6,39	31,68±4,55	<b>0,128</b>
<b>Cilt Bakımı</b>	18,70±3,85	20,39±3,19	<b>0,058</b>
<b>Toplam Puan</b>	183,67±36,5	195,13±24,69	<b>0,164</b>

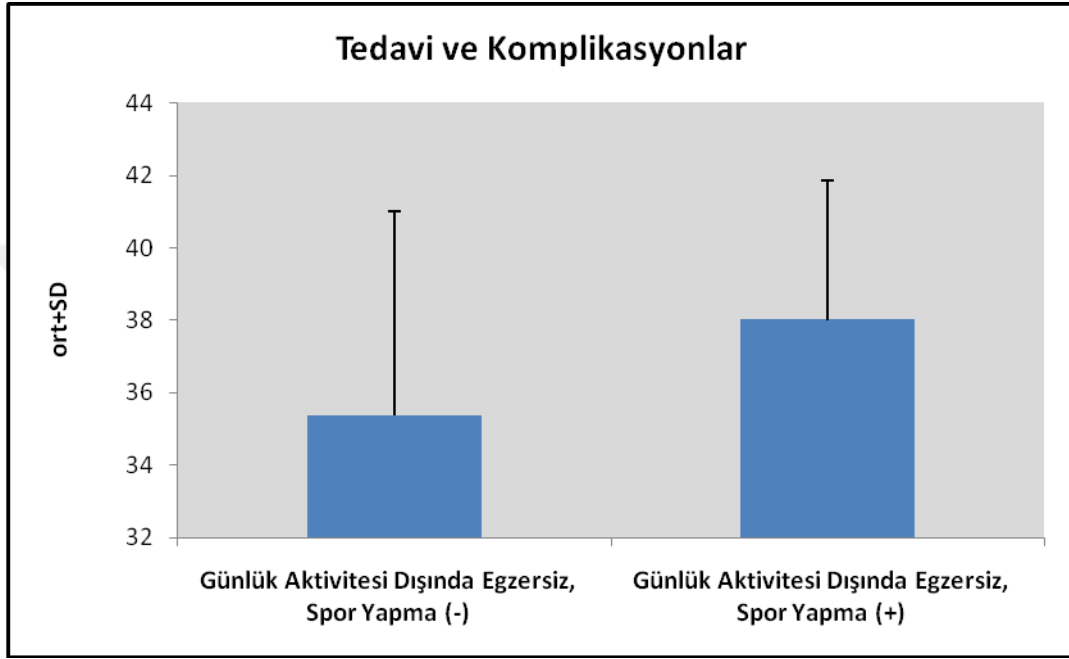
<sup>a</sup>Student-t Test \*p<0,05

Günlük aktivitesi dışında egzersiz/spor yapan bireylerin Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği “Yaşam Aktiviteleri” alt boyutundan aldıkları puanlar, günlük aktivitesi dışında egzersiz/spor yapmayan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p=0,036; p<0,05).



**Şekil 4:Günlük Aktivitesi Dışında Egzersiz/Spor Yapma Durumuna Göre Yaşam Aktiviteleri Puanı**

Günlük aktivitesi dışında egzersiz/spor yapan bireylerin Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği “Tedavi ve Komplikasyon” alt boyutundan aldıkları puanlar da günlük aktivitesi dışında egzersiz/spor yapmayan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ( $p=0,029$ ;  $p<0,05$ ).



**Şekil 5:Günlük Aktivitesi Dışında Egzersiz, Spor Yapma Durumuna Göre Tedavi ve Komplikasyon puanları**

Günlük aktivitesi dışında egzersiz/spor yapan kişilerin Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği “Cilt Bakımı” alt boyutundan aldıkları puanlar, günlük aktivitesi dışında egzersiz/spor yapmayan kişilere göre istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte dikkat çekici düzeyde yüksek olarak saptandı ( $p=0,058$ ;  $p>0,05$ ).

Günlük aktivitesi dışında egzersiz/spor yapma durumuna göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği “İlaçlar”, “Toplum ve İzlem”, “Duruma İlişkin Duygular” ve “Yaşam Kalitesi” alt boyutlarından aldıkları puanlar ve Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermedi ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4-12: Artroskopik Diz Ameliyatından Önce Başka Bir Ameliyat Olma Durumuna Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi**

<i>Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği</i>	<b>Artroskopik Diz Ameliyatından Önce Başka Bir Ameliyat</b>		<i><sup>a</sup>p</i>
	<b>Olmamış (n=39)</b>	<b>Olmuş (n=26)</b>	
	<b>Ort±Ss</b>	<b>Ort±Ss</b>	
<b>İlaçlar</b>	30,95±6,99	30,35±4,81	<b>0,703</b>
<b>Yaşam Aktiviteleri</b>	35,13±6,19	33,38±4,96	<b>0,235</b>
<b>Toplum ve İzlem</b>	22,44±4,48	22,23±3,3	<b>0,842</b>
<b>Duruma İlişkin Duygular</b>	15,44±5,15	15,5±4,27	<b>0,958</b>
<b>Tedavi ve Komplikasyonlar</b>	37,05±5,09	36,69±4,48	<b>0,771</b>
<b>Yaşam Kalitesi</b>	30,85±6,26	30,77±4,03	<b>0,956</b>
<b>Cilt Bakımı</b>	20,21±3,61	18,92±3,39	<b>0,156</b>
<b>Toplam Puan</b>	192,05±34,49	187,85±23,49	<b>0,589</b>

<sup>a</sup>*Student-t Test*

Artroskopik diz ameliyatından önce başka bir ameliyat olma durumuna göre olguların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmedi ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4-13: Önceki Ameliyattan Sonra Evde Bakımla İlgili Bilgi Verilmesi Durumuna Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi**

<i>Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği</i>		<b>Önceki Ameliyattan Sonra Evde Bakımla İlgili Bilgi</b>	
		<b>Verilmemiş (n=3)</b>	<b>Verilmiş (n=23)</b>
		<b>Ort±Ss</b>	<b>Ort±Ss</b>
<b>İlaçlar</b>	<b>Ort±Ss</b>	30,00±1,73	30,39±5,10
	<b>Min-Maks (Medyan)</b>	29-32 (29)	20-39 (31)
<b>Yaşam Aktiviteleri</b>	<b>Ort±Ss</b>	34,67±3,79	33,22±5,14
	<b>Min-Maks (Medyan)</b>	32-39 (33)	21-45 (34)
<b>Toplum ve İzlem</b>	<b>Ort±Ss</b>	25,33±2,08	21,83±3,24
	<b>Min-Maks (Medyan)</b>	23-27 (26)	15-30 (23)
<b>Duruma İlişkin Duygular</b>	<b>Ort±Ss</b>	19,00±2,65	15,04±4,27
	<b>Min-Maks (Medyan)</b>	16-21 (20)	7-25 (15)
<b>Tedavi ve Komplikasyonlar</b>	<b>Ort±Ss</b>	40,67±2,52	36,17±4,45
	<b>Min-Maks (Medyan)</b>	38-43 (41)	25-45 (37)
<b>Yaşam Kalitesi</b>	<b>Ort±Ss</b>	35,00±3,61	30,22±3,81
	<b>Min-Maks (Medyan)</b>	31-38 (36)	23-38 (31)
<b>Cilt Bakımı</b>	<b>Ort±Ss</b>	21,00±2,00	18,65±3,47
	<b>Min-Maks (Medyan)</b>	19-23 (21)	10-25 (19)
<b>Toplam Puan</b>	<b>Ort±Ss</b>	205,67±3,79	185,52±24,01
	<b>Min-Maks (Medyan)</b>	203-210 (204)	136-247 (188)



Önceki ameliyattan sonra evde bakım ile ilgili bilgi verilmesi durumuna göre çalışmaya katılan bireylerin Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği “İlaçlar”, “Yaşam Aktiviteleri”, “Toplum ve İzlem”, “Duruma İlişkin Duygular”, “Tedavi ve Komplikasyonlar”, “Yaşam Kalitesi” ve “Cilt Bakımı” alt boyutundan aldıkları puanlar Tablo 4-13’te görülmektedir. Aynı şekilde önceki ameliyattan sonra evde bakım ile ilgili bilgi verilme durumuna göre bireylerin Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden aldıkları puan toplamları da Tablo 4-13’te görülmektedir.

**Tablo 4.14: Artroskopik Diz Ameliyatı Öncesinde Ameliyat ile İlgili Bilgiye Sahip Olma Durumuna Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi**

<i>Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği</i>	<b>Artroskopik Diz Ameliyatı ile İlgili Bilgi Sahibi Olma</b>		<i><sup>a</sup>p</i>
	<b>Bilgisi Yok</b>	<b>Bilgisi Var</b>	
	<b>(n=27)</b>	<b>(n=26)</b>	
	<b>Ort±Ss</b>	<b>Ort±Ss</b>	
<b>İlaçlar</b>	30,41±7,30	30,92±5,33	<b>0,744</b>
<b>Yaşam Aktiviteleri</b>	34,63±7,06	34,29±4,72	<b>0,828</b>
<b>Toplum ve İzlem</b>	21,81±4,98	22,74±3,19	<b>0,402</b>
<b>Duruma İlişkin Duygular</b>	15,07±5,36	15,74±4,38	<b>0,586</b>
<b>Tedavi ve Komplikasyonlar</b>	37,22±5,77	36,68±4,08	<b>0,661</b>
<b>Yaşam Kalitesi</b>	30,30±6,90	31,18±4,17	<b>0,555</b>
<b>Cilt Bakımı</b>	19,48±4,34	19,84±2,92	<b>0,709</b>
<b>Toplam Puan</b>	188,93±37,74	191,39±24,46	<b>0,767</b>

*<sup>a</sup>Student-t Test*

Artroskopik diz ameliyatı öncesinde ameliyat ile ilgili bilgiye sahip olma durumuna göre olguların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmedi ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4-15: Artroskopik Diz Ameliyatına İlişkin Verilen Eğitimin Yeterli Olma Durumuna Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi**

<i>Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği</i>		Verilen Eğitim	
		Yeterli Değil (n=2)	Yeterli (n=63)
		Ort±Ss	Ort±Ss
<b>İlaçlar</b>	<b>Ort±Ss</b>	29,50±10,61	30,75±6,12
	<b>Min-Maks (Medyan)</b>	22-37 (29,5)	8-40 (31)
<b>Yaşam Aktiviteleri</b>	<b>Ort±Ss</b>	33,00±16,97	34,48±5,43
	<b>Min-Maks (Medyan)</b>	21-45 (33)	17-45 (34)
<b>Toplum ve İzlem</b>	<b>Ort±Ss</b>	20,50±7,78	22,41±3,95
	<b>Min-Maks (Medyan)</b>	15-26 (20,5)	6-30 (23)
<b>Duruma İlişkin Duygular</b>	<b>Ort±Ss</b>	17,00±7,07	15,41±4,77
	<b>Min-Maks (Medyan)</b>	12-22 (17)	5-25 (16)
<b>Tedavi ve Komplikasyonlar</b>	<b>Ort±Ss</b>	34,50±13,44	36,98±4,57
	<b>Min-Maks (Medyan)</b>	25-44 (34,5)	19-45 (37)
<b>Yaşam Kalitesi</b>	<b>Ort±Ss</b>	32,00±7,07	30,78±5,45
	<b>Min-Maks (Medyan)</b>	27-37 (32)	13-40 (31)
<b>Cilt Bakımı</b>	<b>Ort±Ss</b>	19,50±7,78	19,70±3,47
	<b>Min-Maks (Medyan)</b>	14-25 (19,5)	10-25 (20)
<b>Toplam Puan</b>	<b>Ort±Ss</b>	186,00±70,71	190,51±29,57
	<b>Min-Maks (Medyan)</b>	136-236 (186)	84-247 (192)

Artroskopik diz ameliyatına ilişkin verilen eğitimin yeterli olma durumuna göre çalışma kapsamına alınan bireylerin Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği “İlaçlar”, “Yaşam Aktiviteleri”, “Toplum ve İzlem”, “Duruma İlişkin Duygular”, “Tedavi ve Komplikasyonlar”, “Yaşam Kalitesi” ve “Cilt Bakımı” alt boyutundan aldıkları puanlar Tablo 4-15’te görülmektedir. Aynı şekilde artroskopik diz ameliyatına ilişkin verilen eğitimin yeterli olma durumuna göre olguların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden aldıkları puan toplamaları da Tablo 4-15’te yer almaktadır.

**Tablo 4.16: Evde Yardımcı Birisinin Olma Durumuna Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi**

<i>Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği</i>		<b>Evde Yardımcı</b>	
		<b>Yok (n=1)</b>	<b>Var (n=64)</b>
		<b>Ort±Ss</b>	<b>Ort±Ss</b>
<b>İlaçlar</b>	<b>Ort±Ss</b>	32,00±0,00	30,69±6,22
	<b>Min-Maks (Medyan)</b>	32-32 (32)	8-40 (31)
<b>Yaşam Aktiviteleri</b>	<b>Ort±Ss</b>	36,00±0,00	34,41±5,80
	<b>Min-Maks (Medyan)</b>	36-36 (36)	17-45 (34)
<b>Toplum ve İzlem</b>	<b>Ort±Ss</b>	24,00±0,00	22,33±4,05
	<b>Min-Maks (Medyan)</b>	24-24 (24)	6-30 (23)
<b>Duruma İlişkin Duygular</b>	<b>Ort±Ss</b>	19,00±0,00	15,41±4,80
	<b>Min-Maks (Medyan)</b>	19-19 (19)	5-25 (16)
<b>Tedavi ve Komplikasyonlar</b>	<b>Ort±Ss</b>	36,00±0,00	36,92±4,86
	<b>Min-Maks (Medyan)</b>	36-36 (36)	19-45 (37)
<b>Yaşam Kalitesi</b>	<b>Ort±Ss</b>	32,00±0,00	30,80±5,48
	<b>Min-Maks (Medyan)</b>	32-32 (32)	13-40 (31)
<b>Cilt Bakımı</b>	<b>Ort±Ss</b>	20,00±0,00	19,69±3,58
	<b>Min-Maks (Medyan)</b>	20-20 (20)	10-25 (20)
<b>Toplam Puan</b>	<b>Ort±Ss</b>	199,00±0,00	190,23±30,65
	<b>Min-Maks (Medyan)</b>	199-199 (199)	84-247 (191,5)

Evde hastaya yardımcı olacak birisinin bulunma durumuna göre çalışmaya alınan bireylerin Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği “İlaçlar”, “Yaşam Aktiviteleri”, “Toplum ve İzlem”, “Duruma İlişkin Duygular”, “Tedavi ve Komplikasyonlar”, “Yaşam Kalitesi” ve “Cilt Bakımı” alt boyutundan aldıkları puanlar Tablo 4-16 ’da görülmektedir. Aynı şekilde bireylerin Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden aldıkları puan toplamları da Tablo 4-16’da yer almaktadır.

**Tablo 4-17: Aile ya da Bakım Verecek Kişiyeye Evde Bakım ile İlgili Bilgi Verilme Durumuna Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi**

<i>Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği</i>		<i>Aile ya da Bakım Verecek Kişiyeye Evde Bakım ile İlgili Bilgi</i>		<i>p</i>
		<i>Verilmedi (n=13)</i>	<i>Verildi (52)</i>	
<b>İlaçlar</b>	<b>Ort±Ss</b>	31,00±5,18	30,63±6,44	<b>0,717</b>
	<b>Min-Maks (Medyan)</b>	22-40 (31)	8-40 (31)	
<b>Yaşam Aktiviteleri</b>	<b>Ort±Ss</b>	35,23±6,78	34,23±5,53	<b>0,705</b>
	<b>Min-Maks (Medyan)</b>	21-45 (34)	17-45 (34,5)	
<b>Toplum ve İzlem</b>	<b>Ort±Ss</b>	22,31±3,54	22,37±4,16	<b>0,546</b>
	<b>Min-Maks (Medyan)</b>	15-30 (23)	6-29 (23)	
<b>Duruma İlişkin Duygular</b>	<b>Ort±Ss</b>	16,46±4,37	15,21±4,89	<b>0,527</b>
	<b>Min-Maks (Medyan)</b>	11-25 (15)	5-24 (16)	
<b>Tedavi ve Komplikasyonlar</b>	<b>Ort±Ss</b>	37,31±6,21	36,81±4,48	<b>0,593</b>
	<b>Min-Maks (Medyan)</b>	25-45 (38)	19-45 (37)	
<b>Yaşam Kalitesi</b>	<b>Ort±Ss</b>	31,15±4,95	30,73±5,60	<b>0,987</b>
	<b>Min-Maks (Medyan)</b>	21-38 (31)	13-40 (31)	
<b>Cilt Bakımı</b>	<b>Ort±Ss</b>	19,38±4,03	19,77±3,46	<b>0,553</b>
	<b>Min-Maks (Medyan)</b>	14-25 (18)	10-25 (20)	
<b>Toplam Puan</b>	<b>Ort±Ss</b>	192,85±31,48	189,75±30,44	<b>0,870</b>
	<b>Min-Maks (Medyan)</b>	136-247 (186)	84-245 (193,5)	

*°Mann Whitney U Test*

Aile ya da bakım verecek kişiyeye evde bakım ile ilgili bilgi verilme durumuna göre olguların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmedi ( $p>0,05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Taburculuk eğitiminin amacına ulaşması için eğitimin hasta gereksinimlerine uygun olarak yapılması gerekmektedir. Hastaların bilgi gereksinimlerinin, önceliklerinin, bunu etkileyen etkenlerin doğru belirlenmesi taburculuk eğitiminin doğru planlanmasına ve verilen eğitimin etkinliğinin sürekli değerlendirilmesine olanak sağlamaktadır (Pieper ve ark. 2006; Suhonen ve Leino-Kilpi 2006; Özel 2010; Demirkıran 2011; Sertelli 2013; Tan ve ark. 2013). Planlanmış taburculuk eğitiminin, hastaların bilgi ve özbakım düzeylerini ve memnuniyeti artırdığı, bakımın evde devam etmesini sağladığı, anksiyetelerini azalttığı ve taburculuk sonrası normal aktivitelerine dönmelerinde yardımcı olduğu bilinmektedir. Bunların yanısıra, hastalığa bağlı gelişebilecek komplikasyonların ve hastaneye tekrarlı başvuruların azaldığı ve buna bağlı olarak, hasta bakım maliyetlerinin azaldığı ve bakım kalitesini yükseldiği belirtilmektedir (Paul 2008; Yaman 2008; Demirkıran 2011; Uğraş ve ark. 2011; Kırbaş ve ark. 2014; Stein ve ark. 2014; Lowres ve ark. 2015).

### 5.1. Hastaların Kişisel Özellikleri ve Bilgi Alma Durumlarına Yönelik Tartışma

Çalışmaya katılan hastaların yaşları 18 ile 69 yıl arasında değişmekte olup, ortalama  $34,97 \pm 13,00$  yıl olarak saptandı. Çalışmaya katılan hastaların %63,1'inin evli, %64,6'sının üniversite mezunu olduğu, %72,3'ünün çalıştığı ve sosyal güvencesinin olduğu ve %58,5'inin günlük aktivite dışında egzersiz/spor yaptığı belirlendi (Tablo 4-1).

Çalışmada hastaların %40'ının artroskopik diz ameliyatından önce başka bir ameliyat geçirdiği, %35,4'üne ameliyattan sonra evde bakımına ilişkin bilgi verildiği belirlendi. Bilgi verilenler arasında, %29,2'sine "Yara Bakımı", %18'5'ine "İlaçlar" ve "Hekime Başvurulması Gereken Durumlar", %10,8'ine "Beslenme", %20'sine "Egzersiz ve Günlük Yaşam Aktiviteleri" ve %13,8'ine "Kontroller" hakkında bilgi verildiği saptandı (Tablo 4-2).

Özel'in (2010) cerrahi işlem geçiren hastalarda öğrenim gereksinimlerini belirlemek için yaptığı ve HÖGÖ kullandığı bir çalışmada, ameliyat olacak hastaların çoğunun (%89) ameliyatları hakkında bilgiyi hekimlerden aldığı görülmüştür. Kelleci'nin (2012) hepatopankreatobiliyer cerrahi uygulanan hastalarda eğitimin

değerlendirmesine yönelik yaptığı bir çalışmada, hastaların %92'si ameliyatlarıyla ilgili bilgiyi hekimlerden aldıklarını belirtmiş ve hastaların tamamı ameliyatlarıyla ilgili bilgiyi hekimlerinden almak istediklerini ifade etmişlerdir. Bu çalışmada hastaların %58,5'inin artroskopik diz ameliyatından önce bilgi sahibi olduğu; %18,5'inin artroskopik diz ameliyatı ile ilgili bilgiyi hekimden, %1,5'inin ise hemşireden aldığı saptandı (Tablo 4-3). Ameliyatı yapacak kişi hekim olduğu için ameliyatla ilgili bilgiyi hekimlerin verdiği görülmektedir. Hastaların genellikle ameliyat sabahı hastaneye gelmesinden dolayı hemşirelerin eğitim için yeterli sürelerinin olmadığını düşündürmektedir. Hastaların %40'ının artroskopik diz ameliyatı ile ilgili bilgilerinin olmaması ise düşündürücüdür.

Uluslan'ın (2008) kalça protezi uygulanan hastalarla yaptığı çalışmada; hastaların %46.2'sine "cerrahi yara bakımı", %2.4'üne "ilaçlar" , %41.4'üne "beslenme", %14.3'üne "evdeki güvenlik önlemleri", %30.5'ine "egzersizler",%13.3'üne "hekime başvurulması gereken durumlar",%55.7'sine "kontrole gelme zamanı" konularında bilgi verildiği görülmüştür. Bu çalışmada, hastaların %93,8'ine "egzersiz", %66,2'sine "günlük yaşam aktiviteleri (GYA)", %53,8'ine "kontroller" , %47,7'sine "oluşabilecek sorunlar", %41,5'ine "yara bakımı", %29,2'sine "ilaçlar", %23,1'ine "ağrı kontrolü", %23,1'ine "beslenme" hakkında bilgi verildiği belirlendi (Tablo 4-4). Hastaların ameliyattan önceki yaşam kalitelerine dönmesini sağlamak için "Egzersiz", "GYA" ve "Kontroller" ile ilgili konulara öncelik verildiğini düşündürmektedir. Savaş'ın (2008) diz artroskopisi ameliyatı olan hastalarla yaptığı çalışmada kontrol grubundaki hastaların tamamının egzersiz yaptığı ve egzersizin diz fonksiyonunun iyileşmesine katkıda bulunduğu görülmüştür.

Taburculuk aşamasında hasta ve ailesinin eğitiminden sağlık ekibinin bütün üyeleri sorumludur. Ancak, taburculuk planlaması hemşirenin sorumluluğundadır (Coşkun ve Akbayrak. 2001). Uluslan'nın (2008) kalça protezi uygulanan hastalarla yaptığı çalışmada, hemşirelerin taburculuk eğitiminde çok az yer aldığı görülmektedir. Suhonen ve Leino-Kilpi'nin (2006) hasta gereksinimleri ile ilgili yaptığı çalışmada, hastanın eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi ve karşılanmasının hemşirenin görevi olduğu, fakat yeterince karşılanmadığı belirlenmiştir. Duran ve Gürhan'nın (2011) çalışmasında, psikiyatri klinik hemşirelerinin taburculuk planlaması sürecinde yer almama nedenlerinin iş yoğunluğu, zamanın yetersiz olması ve serviste bu konuya yeterince önem verilmemesi olduğu belirtilmiştir. Tulgar'ın (2012) cerrahi kliniklerde çalışan

hemşirelerle yaptığı bir çalışmada ise taburculuk sürecinin etkin yürütülmemesinin nedeninin iş yoğunluğu olduğu ortaya çıkmıştır.

Bu çalışmada hastaların %32,3'üne hekim, %7,7'sine hemşire, %16,9'una fizyoterapist, %36,9'una hekim ve fizyoterapist, %6,2'sine hekim ve hemşire tarafından bilgi verildiği belirlendi (Tablo 4-4). Bu sonuç, artroskopi ameliyatlarından sonra eklemin eski fonksiyonlarına kavuşabilmesinde egzersizin önemli bir yeri olduğu için fizyoterapistlere büyük sorumluluk düştüğü ve bu nedenle taburculuk aşamasında daha aktif oldukları, hemşirelerin ise genellikle hastaların tedavi ve izlemine öncelik verdikleri için ve iş yoğunluğundan dolayı hasta eğitimine yeterince zaman ayıramadıklarını düşündürmektedir.

Aile üyelerinin ya da hastaya bakım verecek kişilerin gereksinimlerinin belirlenmesinin ve karşılanmasının, hastanın iyileşme sürecini olumlu etkilediği belirtilmektedir. Hastanın bakım ve tedavi planlaması yapılırken, hasta ile ilgili fiziksel ve psikolojik durumlara yoğunlaşılmasından dolayı, hasta ailesinin gereksinimleri fark edilememekte ya da ihmal edilebilmektedir (Duran ve Gürhan 2012; Uzun 2002). Hasta ailelerine ya da bakım verecek kişilere eğitim verilmesi hemşirenin önemli görevlerinden biri olduğu bilinmektedir (Ahmann 2004). Duran ve Gürhan'ın (2012) bir çalışmasında, psikiyatri hastalarına bakım verecek kişilerin %39.8'ine taburculuk eğitiminin verildiği görülmüştür. Bu çalışmada ise hastaların %80'ninin ailesi ya da bakım veren kişilere evde bakım ile ilgili bilgi verildiği saptanmıştır (Tablo 4-4). Artroskopik diz ameliyatı geçiren hastalar hareketlerinin kısıtlı olmasından dolayı bir başka kişiye bağımlı durumdadırlar. Hasta ailesi ya da bakım veren kişilere verilen eğitimin oranının yüksek çıkmasının nedeni bu olabilir.

## 5.2. Öğrenim Gereksinimleri ve Etkileyen Faktörlere Yönelik Tartışma

Özel'in (2010) HÖGÖ'yü kullandığı ve cerrahi girişim geçiren hastalarda öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesine yönelik çalışmasında, araştırma kapsamına alınan hastaların öğrenim gereksinimleri toplam puan ortalamasının  $199,19 \pm 26,62$  (min:123, max:250), önemlilik düzeyinin 3,98 olduğu görülmektedir. Demirkıran'ın (2011) HÖGÖ kullandığı koroner arter bypass greft ameliyatı uygulanan hastalarda öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi için yaptığı çalışmada, öğrenim gereksinimleri toplam puan ortalamasının  $183,48 \pm 23,36$ , önemlilik düzeyinin 3,66 olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada, hastaların öğrenim gereksinimleri toplam puan ortalamasının  $190,37 \pm 26,62$  (min.: 84 max:247), önemlilik düzeyinin 3,80 olduğu saptandı (Tablo 4-5). Bu sonuç hastaların bilgi gereksinimlerinin olduğunu ve bilgi verilmesini önemli bulduklarını ortaya koymaktadır. Bu sonuç Özel'in ve Demirkıran'ın bulduğu sonuçlar ile paralellik göstermektedir.

HÖGÖ alt boyutları önemlilik düzeyleri incelendiğinde; Çatal'ın (2007) HÖGÖ geçerlik güvenirliği çalışmasında en yüksek önemlilik düzeyinin "İlaçlar (3.99)" alt boyutuna ait olduğu ve bunu "Tedavi ve Komplikasyonlar (3.94)", "Yaşam Aktiviteleri (3.87)", "Yaşam Kalitesi (3.83)", "Cilt Bakımı (3.81)", "Toplum ve İzlem (3.57)" alt boyutlarının takip ettiği ve en düşük önemlilik düzeyinin "Duruma İlişkin Duygular (3.46)" alt boyutu olduğu görülmektedir. Tan ve ark.'nın (2013) dahiliyede yatan hastalarda hasta öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi konulu çalışmasında en yüksek önemlilik düzeyinin "İlaçlar ve Yaşam Kalitesi (4.12)" alt boyutlarına ait olduğu bunu "Tedavi ve Komplikasyonlar (4.11)", "Toplum ve İzlem ve Duruma İlişkin Duygular (4.00)" alt boyutları takip ettiği ve en düşük önemlilik düzeyinin "Cilt Bakımı (3.80)" alt boyutuna ait olduğu görülmektedir. Demirkıran'ın (2011) koroner arter bypass grefti ameliyatı uygulanan hastalarda yaptığı çalışmada en yüksek önemlilik düzeyinin "Yaşam Aktiviteleri (4.93)" alt boyutuna ait olduğu, sonra sırasıyla "Cilt Bakımı (4.10)", "Yaşam Kalitesi (4.05)", "Tedavi Ve Komplikasyonlar (3.85)", "İlaçlar (3.72)" "Toplum ve İzlem (2.63)" alt boyutlarının takip ettiği ve en az önemlilik düzeyinin "Duruma İlişkin Duygular (2.53)" alt boyutuna ait olduğu görülmektedir. Jacobs'un (2000) cerrahi girişim geçiren hastaların taburculuk aşamasında bilgi gereksinimlerini incelediği çalışmada, hastaların "yara bakımı", "komplikasyonlar" ve "ağrı yönetimi" ile ilgili konulara önem verdiği belirlenmiştir. Mosleh'in (2016) öğrenim gereksinimleri ile ilgili yaptığı çalışmada ise "yara bakımı" ve "ilaçlar" konularındaki öğrenim gereksinimlerinin yüksek olduğu görülmüştür.

Bu çalışmada ise en yüksek önemlilik düzeyinin "Tedavi ve Komplikasyonlar (4.10)" alt ölçeğine ait olduğu belirlendi. Bunu sırasıyla "Cilt Bakımı(3.93)", "Yaşam Kalitesi (3.85)", "İlaçlar (3.83)", "Yaşam Aktiviteleri (3.82)", "Toplum ve İzlem (3.72)" in takip etmekte olduğu ve en düşük önemlilik düzeyinin "Duruma İlişkin Duygular (3,09)" alt ölçeğine ait olduğu saptandı (Tablo 4-5). Bu çalışma sonucu ve diğer çalışmalar değerlendirildiğinde, yapılan cerrahi girişime ya da hastaların yattığı



kloniklere (cerrahi ya da dahili klinikler) göre bilgi gereksinimlerinde/önceliklerinde farklılıklar olabileceği ortaya çıkmıştır.

Ulusan'ın (2008) kalça protezi uygulanan hastalarda yaptığı çalışmada, taburcu olduktan sonra 60–69 yaş arasındaki hastaların 40 yaş ve altındaki hastalara göre daha fazla bilgiye gereksinim duydukları görülmüştür. Suhonen ve ark.'nın (2005) çalışmasında genç hastaların, diğer yaştaki hastalara göre daha çok bilgi gereksinimlerinin olduğu saptanmıştır. Literatürde yaş ile bilgi gereksinimi arasında istatistiksel olarak anlamlı olmayan çalışmalar da bulunmaktadır (Yaman 2008; Özel 2010). Bu çalışmada, olguların yaşları ile öğrenim gereksinimleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ). HÖGÖ'nün alt boyut puanları incelendiğinde, olguların yaşları ile “Duruma İlişkin Duygular” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü (yaş arttıkça “Duruma İlişkin Duygular” alt boyutundan alınan puan da artan) %31,7'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $r=0,317$ ;  $p=0,010$ ;  $p<0,05$ ) (Tablo 4-6). Yaş arttıkça sosyal destek, ölüm, hastalıkla başetme gibi konularda kaygıların daha yüksek olduğu ve bu nedenle bilgi gereksinimlerinin arttığı düşünülebilir.

Demirkıran'ın (2011) koroner arter bypass grefti ameliyatı uygulanan hastalarda yaptığı çalışmada, kadın hastaların bilgi gereksinimlerinin erkek hastalardan daha fazla olduğu görülmüştür. Yaman (2008) kalp kapağı replasmanı yapılan hastalarla yaptığı çalışmada ise, kadın ve erkek hastaların bilgi gereksinimleri arasında farklılığın olmadığı sonucuna varmıştır. Özel'in (2010) cerrahi girişim geçiren hastalarda yaptığı çalışmada, kadın ve erkek hastaların bilgi gereksinimi arasında anlamlı bir farklılık olmamakla birlikte, HÖGÖ'nün alt boyutlarından “Duruma İlişkin Duygular” ve “Yaşam Kalitesi” toplam puanlarının kadın hastalarda erkek hastalardan yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

Bu çalışmada, cinsiyete göre hastaların HÖGÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamakla ( $p>0,05$ ) birlikte, HÖGÖ toplam puanlarının her iki grupta da yüksek olduğu görüldü (Tablo 4-7). Her iki cinsiyetin bilgi gereksiniminin benzer düzeyde olduğu belirlendi.

Bilgiye duyulan gereksinimin eğitim düzeyi ile ilişkisini araştıran çalışmalar incelendiğinde, Johansson ve ark. (2005) ve Demirkıran'ın (2011) çalışmalarında, eğitim düzeyi düşük olan hastaların daha fazla bilgiye gereksinim duyduğu, Nargiz

(2005) ve Ulusan'ın (2008) çalışmalarında ise eğitim düzeyi yüksek olan hastaların bilgi gereksinimlerinin daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır.

Bu çalışmada ise eğitim durumu ile HÖGÖ toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-9). Özel'in (2010) ve Taşdemir ve ark.'nın (2010) çalışmaları bu sonuç ile paralellik göstermektedir. Eğitim düzeyi düşük bireylerin bilgiye olan gereksinimin fazla olması ve bilgiye nasıl ulaşabileceklerini bilmemeleri; eğitim düzeyi yüksek olan kişilerin ise, sağlık ile ilgili farkındalıklarının yüksek olması, bilgiye ulaşmak istemesi ve benzeri nedenler ile her iki grupta da eğitim gereksiniminin yüksek olduğu düşünülebilir.

Demirkıran'ın (2011) koroner arter bypass grefti ameliyatı olan hastalarla yaptığı çalışmada, hastaların meslekleri ile öğrenim gereksinimleri arasındaki ilişki incelendiğinde, mesleğin öğrenim gereksiniminde etkili olduğu ve hastaların mesleklerine göre öğrenim gereksinimlerinin farklılaştığı, ev hanımlarının bilgi gereksinimlerinin en fazla olduğu saptanmıştır. Çelebi'nin (2015) gününbirlik cerrahi geçiren hastalarla yaptığı çalışmada, hastaların çalışma durumuna göre öğrenim gereksinimlerine bakıldığında, çalışmayan hastaların öğrenim gereksinimlerinin daha fazla olduğu belirlendi. Bu çalışmada, hastaların çalışma durumuna göre öğrenim gereksinimleri incelendiğinde, HÖGÖ toplam puan ve alt boyutları toplam puanlarında çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 4-10). Öğrenim gereksinimleri toplam puanı her iki grupta da yüksek bulundu. Her iki grupta da hastaların cerrahi girişim ile ilgili benzer ve yetersiz bilgiye sahip olduğu düşünülebilir.

Çelebi'nin (2015) hasta öğrenim gereksinimleri ile ilgili çalışmasında medeni durum ile öğrenim gereksinimleri incelendiğinde, evli hastaların bilgiye olan gereksinimlerinin daha fazla olduğu belirlenmiştir. Tan'ın (2013) hasta öğrenim gereksinimleri ile ilgili çalışmasında, medeni durum ile öğrenim gereksinimleri incelendiğinde, evli hastalar ile bekar hastaların HÖGÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı görülmüştür. Taşdemir ve ark.'nın (2010), öğrenim gereksinimleri ile ilgili çalışmasında ise medeni durumun öğrenim gereksinimi üzerine etkisinin olmadığı belirlenmiştir.

Bu çalışmada, medeni durumuna göre HÖGÖ toplam ve alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-8). Bu sonuç, hastaların kendi bakımları ile ilgili sorumluluk almak istemeleri ve sağlık

konusunda farkındalığının olmasından dolayı öğrenim gereksinimlerinin her iki grupta da yüksek olduğunu düşündürmektedir.

Pieper ve ark.'nın (2006) cerrahi hastaları üzerinde yaptıkları araştırmada, hastaların “aktiviteler” konusunda bilgi gereksinimlerinin olduğu belirtilmektedir. Bu çalışmada, günlük aktivitesi dışında egzersiz/spor yapan hastaların HÖGÖ'nün “Yaşam Aktiviteleri” alt boyutundan aldıkları puanlar, günlük aktivitesi dışında egzersiz/spor yapmayan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ( $p=0,036$ ;  $p<0,05$ ) (Tablo 4-11). Egzersiz/spor yapan hastaların kısa sürede ameliyattan önceki fiziksel aktivitelerine dönmelerinde bu konunun ne denli önemli olduğunun farkında olmalarının, öğrenim gereksinimlerinin yüksek olarak çıkmasında etkili olduğu sonucuna götürebilir.

Ulusan'ın (2008) kalça protezi ameliyatı olan hastalarla yaptığı çalışmada, daha önce kalça protezi ameliyatı olan hastaların “Cerrahi Yara Bakımı, Beslenme, Evdeki Güvenlik Önlemleri, Fiziksel Aktivite, Egzersizler, Hekime Başvurulması Gereken Durumlar ve Kontroller”e yönelik bilgi alma gereksiniminin yüksek olduğu görülmüştür. Bu çalışmada ise artroskopi ameliyatından önce herhangi bir cerrahi işlem geçirmiş olanların bilgi gereksinimleri incelendiğinde, daha önceki ameliyatlarında taburculuk eğitimi verilmiş olan hastaların HÖGÖ toplam puanının yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4-13). Bu sonuç, daha önceki ameliyatlarında verilen bilgilerin unutulabileceğini ve her cerrahi girişimden sonra bu eğitimlerin tekrarlanması gerektiğine dikkat çekmektedir.

Demirkıran'ın (2011) koroner arter bypass greft ameliyatı olan hastalarla yaptığı çalışmada, taburculuk eğitimi almayan hastaların taburculuk eğitimi alanlardan daha fazla öğrenim gereksinimi olduğu belirlenmiştir. Özcan'ın (2008) açık kalp ameliyatı yapılan hastalarla yaptığı çalışmada, hastalara taburculuk öncesi planlı bilgilendirme yapılmadan önce ve sonra yapılan değerlendirmede iki puan ortalamaları arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur. Bu çalışmada, hastaların %100'ünün taburculuk eğitimi aldığını belirtmesine rağmen HÖGÖ toplam puanının yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4-15). Verilen taburculuk eğitiminin hastaların öğrenim gereksinimlerini karşılamadığı için HÖGÖ toplam puanının yüksek çıktığı söylenebilir.

## SONUÇLAR

Artroskopik diz ameliyatı olan hastaların taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanan bu araştırmanın örneklemini, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde diz artroskopisi ameliyatı olan 65 kişi oluşturdu.

Araştırma verileri, literatür bilgilerinden yararlanılarak hazırlanan anket formu ve Hasta Öğrenim Gereksimleri Ölçeği (HÖGÖ) kullanılarak toplandı.

Araştırmanın sonucunda;

- Çalışmaya katılan hastaların %66,2 sinin erkek, %63,1'inin evli, %64,6'sının üniversite mezunu olduğu, %72,3'ünün çalıştığı ve sosyal güvencesinin olduğu ve %58,5'inin günlük aktivite dışında egzersiz/spor yaptığı belirlendi.
- Çalışmada hastaların %40'ının artroskopik diz ameliyatından önce başka bir ameliyat geçirdiği, %35,4'üne ameliyattan sonra evde bakımına ilişkin bilgi verildiği belirlendi.
- Çalışma kapsamına alınan hastaların %58,5'inin artroskopik diz ameliyatından önce ameliyat ile ilgili bilgi aldığı ve bu hastaların %18,5'inin bilgiyi hekimden aldığı, sadece %1,5'inin hemşireden aldığı saptandı.
- Çalışma kapsamına alınan hastaların %95,3'üne taburcu olacağını hekimin, %1,6'sına hemşirenin haber verdiği belirlendi. Hastaların %100'üne artroskopik diz ameliyatına ilişkin evde bakım ile ilgili bilgi verildiği, 32,3'üne hekim tarafından, %7,7'sine hemşire, %16,9'una fizyoterapist, %36,9'una fizyoterapist ve hekim tarafından birlikte eğitim verildiği saptandı. Hastaların %47,7'sine oluşabilecek sorunlar, %23,1'ine ağrı kontrolü, %41,5'ine yara bakımı, %23,1'ine beslenme, %66,2'sine GYA, %29,2'sine ilaçlar, %53,8'ine kontroller ve %93,8'ine ise egzersiz hakkında bilgi verildiği, %96,9'unun verilen bilgileri yeterli bulduğu belirlendi.
- Öğrenim gereksinimlerinin öncelik sıralamasına bakıldığında “*Tedavi ve Komplikasyonlar*” (4,10), “*Cilt Bakımı*” (3,93), “*Yaşam Kalitesi*” (3,85), “*İlaçlar*” (3,83), “*Yaşam Aktiviteleri*” (3,82), *Toplum ve İzlem*” (3,72), “*Duruma İlişkin Duygular*” (3,09) şeklinde olduğu belirlendi.

- Hastaların yaş ile öğrenim gereksinimleri toplam puanları ve “Duruma İlişkin Duygular” alt ölçeği hariç alt ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ( $p>0,05$ ).
- Yaş ile Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği “Duruma İlişkin Duygular” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü (yaş arttıkça Duruma İlişkin Duygular alt boyutundan alınan puan da artan) %31,7’lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $r=0,317$ ;  $p=0,010$ ;  $p<0,05$ ).
- Cinsiyet, eğitim ve çalışma durumuna göre olguların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ( $p>0,05$ ).
- Medeni duruma göre olguların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği “Yaşam Aktivitesi”, “Toplum ve İzlem”, “Duruma İlişkin Duygular”, “Tedavi ve Komplikasyonlar”, “Yaşam Kalitesi” ve “Cilt Bakımı” alt boyutlarından aldıkları puanlar ve Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermedi ( $p>0,05$ ). Evli bireylerin Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği “İlaçlar” alt boyutundan aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte dikkat çekici düzeyde yüksek olduğu saptandı ( $p=0,073$ ;  $p>0,05$ ).
- Günlük aktivitesi dışında egzersiz/spor yapan bireylerin Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği “Yaşam Aktiviteleri” alt boyutundan aldıkları puanlar, günlük aktivitesi dışında egzersiz/spor yapmayan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ( $p=0,036$ ;  $p<0,05$ ) ve “Tedavi ve Komplikasyon” alt boyutundan aldıkları puanlar da günlük aktivitesi dışında egzersiz/spor yapmayan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ( $p=0,029$ ;  $p<0,05$ ).
- Artroskopik diz ameliyatından önce başka bir ameliyat olma ve diz ameliyatı öncesinde ameliyat ile ilgili bilgiye sahip olma durumuna göre olguların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmedi ( $p>0,05$ ).

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşirenin eğitici rolünü tam anlamıyla kabullenmesi ve taburculuk planlaması sürecindeki sorumluluklarının farkına varması için hizmet içi programlarının düzenlenmesi,
- Hasta eğitiminin planlanmasında gereksinim duyulan ve öncelikli konuların belirlenmesi,
- Taburculuk planlamasının ve eğitiminin bireysel özellikler ve gereksinimler göz önünde bulundurularak hastaya özgü olmasına dikkat edilmesi,
- Çalışmanın daha büyük bir örneklem ile yapılması önerilebilir.



## KAYNAKLAR

- Ahmann, E.(2004). How to prepare families for discharge in the limited time available. *Pediatric Nursing*, 30(3): 212-215.
- Aksoy, G., Sayın, Y.Y.(2004). Günübirlik cerrahide hastanın hazırlığı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 8 (2): 39-46.
- Aksoy, G. (2012). Ameliyat öncesi hemşirelik bakımı. İçinde G. Aksoy, N. Kanan, N. Akyolcu (Eds), *Cerrahi Hemşireliği I*. (1. Basım). İstanbul: Nobel Matbaacılık; 257-300.
- Akyolcu, N. (2012). Ameliyat sonrası hemşirelik bakımı. İçinde G. Aksoy, N. Kanan, N. Akyolcu (Eds), *Cerrahi Hemşireliği I*. (1. Basım). İstanbul: Nobel Matbaacılık; 335-366.
- Altizer,L.L. (2010). Arthroscopy. İçinde S.C. Smeltzer, B.G. Bare, J. L. Hinkle, K. H . Cheever (Eds), *Medical Surgical Nursing*. China: Lippincott; 2021.
- Aydoğan, N. (2005). Lomber disk hernisi nedeniyle cerrahi girişim uygulanan hastaların taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Aygül, S., Ulupınar, S. (2012). Hemşirenin hasta eğitimindeki rolüne yönelik hastaların görüşleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15( 1 ).
- Aytur, T. (2001). Laparoskopik abdominal cerrahi geçiren kadınlara verilen taburculuk eğitiminin hasta bakım sonuçlarına etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Azar, F.M .(2008). General principles of arthroscopy. In. K. Daugherty, L. Jones (Eds), *Campbell's Operative Orthopaedics*. China: Mosby Elsevier; 2789-2808.
- Bauer, T., Boisrenoult, P., Jenny, J.Y. (2015). Post-artroskopy septic arthritis: current and practical recommendations. *Orthopaedics and Traumatology: Surgery and Research*, 101: 347-350.
- Bayat, M. (2005). Öğretim süreci ve hemşirelik. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14: 66-72.

- Baydar, K., Tunay, S. (2002). Artroskopi. İçinde E. Gür (Ed), *Ortopedi ve Travmatoloji*. Ankara: Gata Basımevi Müdürlüğü; 211-219.
- Bert, J.M., Bert, T.M. (2010). Complications of knee arthroscopy. In. R.K. N. Ryu (Ed), *AANA Advanced Arthroscopy The Knee*. California: Elsevier Inc. ; 37-44.
- Biol, L. (2004). Hemşirelik Süreci. (6.Basım). İzmir: Etki Matbaacılık; 409-412
- Bradford, J.L., Gordon, S.(2011). Muskuloskeletal function and assessment. İçinde L.S. Williams, P. Hopper (Eds), *Understanding Medical Surgical Nursing*. (Fifth Edition). Philadelphia: Davis company; 1044-1094.
- Brekke, A., Elfenbein D.M., Madkhali, T., Schaefer, S.C., Shumway,C., Chen, H., Schneider, D.F., Sippel, R.S., Balentine, C. (2016). When patients call their surgeon's office: An opportunity to improve the quality of surgical care and prevent readmissions. *The American Journal of Surgery*, 211(3): 599-604.
- Coşkun, H., Akbayrak, N. (2001). Hastaların kliniklere kabul ve taburculuklarında hemşirelik yaklaşımlarının belirlenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5 (2): 63-68.
- Çatal, E. (2007). Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği ' nin Türkiye' de geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Çavuş, D. (2008). Kanser hastalarının hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitimine ilişkin değerlendirmelerinin belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Çelebi, C. (2015). Günübürlük cerrahi hastalarının taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Çilingir, D., Bayraktar, N. (2006). Günübürlük cerrahi süreci ve hemşirelik bakımı (Day surgery process and nursing care). *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 69-81.
- Dal, Ü., Bulut, H., Demir, G. (2012). Cerrahi girişim sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 8(1): 35-40.



Demers, C., Marcoux, S., Ginsberg, J.S., Laroche, F., Cloutier, R., Poulin, J.(1998). Incidence of venographically proved deep vein thrombosis after knee arthroscopy. *Arch Intern Med*, 158(1): 47-50.

Demirkıran, G.(2011). Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Malatya.

Dolgun, E., Dönmez, C.D. (2010). Hastaların ameliyat öncesi döneme ait bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3): 10-15.

Dost, S.K., Kaya, H. (2015). Yoğun bakım hemşirelerinin taburculuk planlaması algıları ölçeğinin güvenirlik ve geçerliği. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(3): 195-202.

Douherty, J. (1996). Same day surgery: The nurse 's role. *Ortopedic Nursing*, 15(4): 15-18.

Dönder, D.B. (2005).Ameliyat öncesi hastaların duygulanım ve duygu durumları. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2003-2011 Eğitim- Öğretim Yılları Tez Özetleri*. Erişim 04.04.2015, <http://www.aku.edu.tr/AKU/DosyaYonetimi/ozet1>.

Dönmez, C., Özbayır, T.(2008). Kaliteli perioperatif hemşirelik bakım skalası 'nın Türk hemşire ve hastaları için geçerlik ve güvenirliğinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 24(2): 1-25.

Duran, S., Gürhan, N. (2011). Psikiyatri servisinde çalışan doktor ve hemşirelerin hasta taburculuğuna ilişkin yaklaşımlarının belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14( 3): 14-20.

Duran, S., Gürhan, N. (2012). Psikiyatri hastalarının taburculuk eğitimi alma durumunun değerlendirilmesi. *F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Dergisi*, 26 (1): 39-44.

Ermiş, M.N. (2008). Patellar kemik bloklı kuadriseps tendonuyla artroskopik ön çapraz bağ rekonstrüksiyonunun uzun dönem sonuçları. T.C. Sağlık Bakanlığı Baltalimanı Metin Sabancı Kemik Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

- Esmer, A.F., Başarır, K., Binnet, M. (2011). Diz eklemının cerrahi anatomisi. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Derneği Dergisi*, 10(1): 38-44.
- Flo, A., Aliaga, L.(1998) Anaesthetic techniques for knee arthroscopy. *Anaesthesia*, 53 (21): 1-80.
- Gezer, N. (2001). Günübirlık ortopedik cerrahi hastalarına verilen taburcu eğitiminin etkinliğinin incelenmesi. Erişim 23.12.201, <http://hdl.handle.net/11454/628>.
- Girard, N.J. (2011). Nursing management preoperative care. İçinde S. Lewis, M. Heitkemper, S. Dirksen (Eds), *Medical- Surgical Nursing*. St. Louise: Mosby Comp; 360-376.
- Goradia, V. (2010). Knee arthroscopy: setup, diagnosis, portals, and approaches. İçinde R. K. N. Ryu (Ed), *AANA Advanced Arthroscopy The Knee*. California:Elsevier Inc.; 2-13
- Gürlek, Ö., Yavuz, M. (2013). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ameliyat öncesi hasta eğitimi uygulama durumları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16 (1): 8-15.
- İzveren, A.Ö., Dal, Ü. (2011) Abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda görülen erken dönem sorunları ve bu sorunlara yönelik hemşirelik uygulamaları. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 36-46.
- Jacobs, V. (2000). İnformational needs of surgical patients following discharge. *Applied Nursing Research*, 13(1): 12-18.
- Johansson, K., Nuutila, L., Virtanen, H., Katajisko, J., Salanterä, S. (2005). Preoperative Education for orthopaedic patients: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 50(2): 212-223.
- Johnson, A. E.Discharge İnstructions for knee artroskopy. Erişim 30.06.16, <http://orthodoc.aaos.org/AJJohnsonMD/index.cfm>
- Kanan, N. (2012). Ameliyat sırası hemşirelik bakımı. İçinde G. Aksoy, N. Kanan, N. Akyolcu (Eds), *Cerrahi Hemşireliği I*. (1. Basım). İstanbul: Nobel Matbaacılık; 301-367.
- Kalender, Ö., Özel, A., Turan, D. (2013). Ortopedi kliniği hemşirelik rehberi. Erişim 05.03.16, <http://tepecikeah.saglik.gov.tr>.

Karadağ, M. (1998). Ayaktan cerrahi uygulamalarında hasta eğitimi. Erişim 19.03.2015, eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/544.pd.

Karahan, A., Kav, S., Abbasoğlu, A., Doğan, N. (2010). Günübirlük cerrahiyi takiben hastaların ev ortamındaki deneyim ve güçlükleri. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, 3.

Karlı, S. (2008). Artroskopik diz cerrahisinde intraartiküler levobupivakain ve levobupivakain – morfin sülfat kombinasyonunun postoperatif analjezik etkilerinin karşılaştırılması. T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Kaya, Z., Süren, M., Erkorkmaz, Ü., Arıcı, S., Karaman, S.(2011).Artroskopik diz cerrahisinde tek taraflı spinal anestezide izobarik bupivakain ve izobarik levobupivakainin retrospektif karşılaştırılması. *Anestezi Dergisi*, 19 (4): 217 – 223.

Kazan, E.E. (2011). Artroskopik diz ameliyatı sonrası kullanılan üç farklı soğuk uygulama yönteminin deri sıcaklığı ve hasta memnuniyetine etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.

Kelleci, E. (2012). Hepatopankreatobiliyer cerrahi uygulanan hastalardaki postoperatif olası komplikasyonlar konusunda verilen eğitim etkinliğinin değerlendirilmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar.

Kırbaş, N., Kavşut, N., Özbudak, E. (2014). Açık kalp cerrahisi geçiren hastalara verilen taburculuk eğitiminin etkinliğinin araştırılması. *13. Türk Kalp ve Damar Cerrahisi Kongresi*. Erişim 01.04.201, <http://www.tgkdc.dergisi.org/pdf.php3?id=2139>.

Korkmaz, S. (2011). Kalça kırığı nedeniyle protez uygulanan yaşlı hastalarda öz bakım gücü ve öz yeterliliğin değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Lowres, N., Freedman, S.B., Gallagher, R., Kirkness, A., Marshman, D., Orchard, R., Neubeck, L. ( 2015). Identifying postoperative atrial fibrillation in cardiac surgical patients posthospital discharge, using iPhone. *BMJ open*, 5(1).

Mamon, J., Steinwachs, D.M., Fahey, M., Bone, L.R., Oktay, J., Klein, L. (1992). Impact of hospital discharge planning on meeting patient needs after returning home. *Health Services Research*, 27(2): 161-175.

Mayr, H.O., Stoehr, A. (2015). Complications of knee arthroscopy. Erişim 16.12.2015, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=complications+of+knee+arthroscopy>.

Mosleh, S.M., Eshah, N.F., Darawad, M. (2016). Percutaneous coronary intervention and heart surgery learning needs of patients in Jordan. *International Nursing Review*. Erişim 26.07.16, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inr.12318/abstract;jsessionid>.

Nargiz, S. (2005). Perutan nefrolitotomi sonrası hastaların taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Özbaş, A. (2009). Prostat ameliyat öncesi hazırlık. Erişim 15.02.16, [http://www.uroturk.org.tr/uroloji\\_hemsireligi/pdf/](http://www.uroturk.org.tr/uroloji_hemsireligi/pdf/).

Özcan, H. (2008). Açık kalp ameliyatı sonrası hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitiminin hastalar tarafından kullanılma oranları. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne.

Özel, S. (2010). Cerrahi girişim geçiren hastaların taburculuk sonrası bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Özlu, Z.K., Kılıç, M., Yayla, A. (2015). Cerrahi aydınlatılmış onam hakkında hastaların bilgi düzeyinin incelenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2(3): 318-328.

Paul, S. (2008). Hospital discharge education for patients with heart failure. *Critical Care Nurse*, 28(2): 66-81.

Phillips, B.B., Mihalko, M.J. (2012). Arthroscopy of the lower extremity. İçinde S.T. Canale , J.H. Beatty (Eds), *Campbell's Operative Oerthopaedics*. (12. Basım). Philadelphia: Elsevier Mosby; 51.

Pieper, B., Sieggreen, M., Freeland, B. (2006). Discharge information needs of patients after surgery. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 33: 281-291.

Pieper, B., Sieggreen, M., Nordstrom, C.K., Freeland, B., Kulwicki, P., Frattaroli, M., Sidor, D., Palleschi, M.T., Burns, J., Bednarski, D. (2007). Discharge knowledge and concerns of patients going home with a wound. *J Wound Ostomy Continence Nurs.*, 34(3): 245-53.

Savaş, A. (2008). Diz artroskopi ameliyatı sonrası buz uygulamasının ve egzersizin etkinliğinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Sertelli, B. (2013). Laparoskopik kolesistektomi olan hastaların taburculuklarında gereken bilgilerin belirlenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Shepperd, S., Claran, J., Phillips, C.O., Lannin, A.O., Clemson, L.M., Cluskey, A., Cameron, J.D., Barras, S.L. (2006). Discharge planning from hospital to home. *Patient Educ Couns.*, 61(1): 5-15.

Stein, R., Neufeld, D., Shwartz, I., Erez, I., Haas, I., Magen, A., Glassberg, E., Shmulevsky, P., Paran, H. (2014). Assessment of surgical discharge summaries and evaluation of a new quality improvement model. *Imaj*, 16: 714-717.

Suhonen, R., Nenonen, H., Laukka, A., Valimaki, M. (2005). Patients' informational needs and information received do not correspond in hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 14(10): 1167-1176.

Suhonen, R., Leino-Kilpi, H. (2006). Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: a literature review. *Patient Educ Couns*, 61(1): 5-15.

Tan, M., Özdelikara, A., Polat, H. (2013). Hasta Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21(1): 1-8.

Taşdemir, A., Erakgün, A., Deniz, M.N., Çertuğ, A. (2013). Preoperatif bilgilendirme yapılan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerinin state-trait anxiety inventory test ile karşılaştırılması. *Turk J Anaesth Reanim*, 44-49.

Taşdemir, N., Güloğlu, S., Turan, Y., Çataltepe, T., Özbayır, T. (2010). Learning needs of neurosurgery patients. *Journal of Neurological Sciences*, 27(4): 414-420.

Tecimer, T., Yedek, İ., Bilgiç, E., Zaim, E., Kihçkap, C. (1995). Ekstremitte cerrahisinde turnike kullanımı. *Acta Orthop Traumatol Turc*, 29: 172-176

- Token, Y., Taşdemir, N. (2015) Kas ve iskelet sistemi hastalıkları. İçinde *Dahili ve Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği*. S. Çelik, Ö.U. Yeşilbalkan (Çev.Ed.). Ankara: Nobel Yayıncılık; 292-312.
- Tulgar, G. İ. (2012). Cerrahi birimlerde taburculuk sürecinde hemşirenin rolü. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Uğraş, G.A, Öztekin, D., Kanan, N. (2011). Kulak ameliyatı geçiren hastaların evde bakım konusunda bilgilendirilme durumu. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14,1.
- Uluslan, Z. (2008). Kalça protezi uygulanan hastaların taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerinin saptanması. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Uzun, Ö., Özer, N., Akyıl, R.Ç. (2002). Bazı cerrahi kliniklerde ve cerrahi yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların ailelerinin gereksinimleri. *Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi*, 34: 39-45.
- Ünlü, H. (2016). Artroskopi. İçinde N.Ö. Elbaş (Ed), *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Akıl Notları*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri;132.
- Vidriero, E.L., Johnson, D.H. Meniscal resection. In. R. K. N. Ryu (Ed) *AANA Advanced Arthroscopy The Knee*. California: Elsevier Inc.; 46-59.
- Yaban, Z.Ş., Karagöz, S. (2007). Total kalça protezi ameliyatında hemşirelik bakımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(1); 47-53.
- Yaman, Y. (2008). Kalp kapağı replasmanı yapılan hastalara verilen taburculuk eğitiminin değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Yardakçı, R., Akyolcu, N. (2004). Ameliyat öncesi dönemde yapılan hasta ziyaretlerinin hastanın anksiyete düzeyine etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1( 2); 7-10.
- Yavuz, M. (2010 ). Ameliyat öncesi bakım. İçinde F.E. Aslan, A. Karadakovan (Ed.) *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Adana: Nobel Yayıncılık; 293-306.
- Yel, M., Memik, R.,Özdemir, M., Kapıcıoğlu, S.M.İ. (2001). Diz artroskopisinde antibiyotik profilaksisinin yeri var mıdır ? *Klinik Araştırma*, 12(1); 12-15.

Yılmaz, M. (2002). Ameliyat öncesi öğretimin ameliyat sonrası komplikasyonlara ve hasta memnuniyetine Etkisi. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 4(1); 40-51.

Yılmaz, M., Çiftçi, E.S. ( 2010 ). Açık kalp ameliyatı geçirmiş bireylerin evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde bir model: fonksiyonel sağlık örüntüleri. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 18(3); 183-189

Diz eklemine yapı. Erişim tarihi 15.06.2016, <http://www.sportomed.com.tr>



## FORMLAR

### EK.1. ANKET FORMU

Anket no:

Yatış Tarihi:

Yapılan ameliyat ve tarihi :

Taburculuk Tarihi:

1) Yaşınız.....

2) Cinsiyetiniz

a) Kadın    b) Erkek

3) Medeni durumunuz

a) Evli    b) Bekar    c) Dul

4) Öğrenim durumunuz

a) Okur-yazar    b) İlkokul    c) Ortaokul    d) Lise    e) Üniversite    f) Diğer.....

5) Çalışıyor musunuz

a) Evet    b) Hayır

6) Sosyal güvenceniz var mı ?

a) Evet    b) Hayır

7) Günlük aktiviteniz dışında egzersiz, spor yapıyor musunuz?

a) Evet    b) Hayır

8) Artroskopik diz ameliyatından önce başka bir ameliyat oldunuz mu?

a) Evet    b) Hayır (ise 13. Soruya geçebilirsiniz)

9) Bu ameliyatınız ne ameliyatıydı ? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

a) Ortopedi Ameliyatı

b) Genel Cerrahi Ameliyatı

c) Göz Ameliyatı

d) Üroloji Ameliyatı

e) Kadın ve Doğum Ameliyatı

f) Beyin Cerrahisi Ameliyatı

g) Plastik Cerrahi Ameliyatı

h) Göğüs Cerrahisi Ameliyatı

ı) Kalp ve Damar Cerrahisi Ameliyatı

10) Bu ameliyat ne zaman yapılmıştı? .....



11) Bu ameliyattan sonra evde bakımınıza ilişkin bilgi verilmiş miydi?

a) Evet      b) Hayır (ise 13. soruya geçiniz.)

12) Evde bakımınızla ilgili hangi konu ya da konularda bilgi verilmişti? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

a) Yara bakımı.

b) İlaçlar

c) Hekime başvurulması gereken durumlar

d) Beslenme

e) Egzersiz ve günlük yaşam aktivitesi

f) Kontrol

g) Diğer (Belirtiniz) .....

13) Hastaneye yatmadan önce, artroskopik diz ameliyatı ile ilgili bilgiye sahip miydiniz?

a) Evet      b) Hayır (ise 16. soruya geçiniz.)

14) Hastaneye yatmadan önce artroskopik diz ameliyatı ile ilgili hangi bilgiye sahiptiriniz? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

a) Ameliyata ilişkin hazırlıklar

b) Ameliyat yöntemi

c) Süresi

d) Ameliyathane ortamı

e) Ameliyat sonrasında oluşabilecek problemler

f) Ağrı kontrolü

g) Yara bakımı

h) Beslenme

i) İlaçlar

j) Egzersiz

k) Kontrollerle ilgili bilgi

l) Diğer (Belirtiniz) .....

15). Hastaneye yatmadan önce, artroskopik diz ameliyatı ile ilgili olarak bu bilgileri nereden elde etmişsiniz?

a) Hekim

b) Hemşire

c) Kitap, Dergi

d) TV, Radyo, Internet

d) Diğer (Belirtiniz) .....

16) Taburcu olacağınız kim tarafından bildirildi?

a) Hekim

b) Hemşire

c) Diyetisyen

d) Diğer (Belirtiniz) .....

17) Artroskopik diz ameliyatınızla ilişkin size evde bakımınızla ilgili bilgi verildi mi?

a) Evet      b) Hayır

18) Bu bilgiler kim tarafından verildi?

a) Hekim

b) Hemşire

c) Diyetisyen

d) Diğer (Belirtiniz) .....

19) Verilen eğitim yeterli miydi?

a) Evet      b) Hayır

20) Evde size yardımcı olacak birisi var mı?

a) Evet      b) Hayır

21) Aileniz ya da size bakım veren kişilere evde bakımınızla ilgili bilgi verildi mi?

a) Evet      b) Hayır

22) Artroskopik diz ameliyatından sonra size ve ailenize evde bakımınızla ilgili hangi konularda bilgi verildi?

a) Ameliyat sonrasında oluşabilecek problemler ve doktora başvurması gereken durumlar

b) Ağrı kontrolü

c) Yara bakımı

d) Beslenme

e) Günlük yaşam aktiviteleri

f) İlaçlar

g) Kontroller

h) Egzersiz

## EK.2.HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ-TÜRKÇE FORMU

### Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (50 Madde)

Lütfen taburcu olup eve gitmeden önce bilmek istediğiniz konular için aşağıdaki her bir maddenin sizin için ne kadar önemli olduğunu belirtiniz.

**1= önemli değil,**

**2= biraz önemli,**

**3= ne az ne çok önemli,**

**4= çok önemli,**

**5= son derece önemli.**

MADDELER	Önemli Değil	Biraz önemli	Ne az ne çok önemli	Çok önemli	Son derece önemli
1.Evde gelişebilecek ve dikkat etmem gereken sorunlar nelerdir?	1	2	3	4	5
2. Enerjimi/gücümü korumak için ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
3. İlaçlarımın her biri nasıl etki ediyor?	1	2	3	4	5
4. Evde gelişebilecek bir sorunu nasıl fark edebilirim?	1	2	3	4	5
5. Bağırsak boşaltımı ile ilgili bir problem olursa ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
6. Evdeki bakımımnda ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
7. Hastalığım hakkında ailem ve arkadaşlarımla nasıl konuşabilirim?	1	2	3	4	5
8. İlaçlara bağlı bir yan etki gelişirse ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
9. Ailem hastalığımla baş edebilmek için nerelerden yardım alabilir?	1	2	3	4	5
10. Hastalığıma bağlı oluşabilecek sorunlar nelerdir?	1	2	3	4	5

11. Bu hastalık geleceğimi nasıl etkileyecek?	1	2	3	4	5
12. Ne zaman duş alabilir ya da banyo yapabilirim?	1	2	3	4	5
13. Hastalığımın belirtileri neler olabilir?	1	2	3	4	5
14. Ev işlerine/işe ne zaman başlayabilirim?	1	2	3	4	5
15. Ağrımı nasıl giderebilirim?	1	2	3	4	5
16. İlaçlarımın her birini ne kadar süre kullanmalıyım?	1	2	3	4	5
17. Ne kadar süre istirahat etmeliyim?	1	2	3	4	5
18. İlaçlarımın her birini nasıl (aç-tok karına gibi) almalıyım?	1	2	3	4	5
19. Tedavimi kim takip edecek?	1	2	3	4	5
20. Tedavime bağlı oluşabilecek yan etkiler nelerdir?	1	2	3	4	5
21. Hastalığımın belirtileri ortaya çıktığında ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
22. Evde acil bir sağlık sorunum olduğunda nereye başvurabilirim?	1	2	3	4	5
23. Evde yardım için telefonla kimi aramalıyım?	1	2	3	4	5
24. Hastalığımın nedeni/nedenleri nelerdir?	1	2	3	4	5
25. Ameliyat yarasının bakımını nasıl yapmalıyım?	1	2	3	4	5
26. İdrar yapmamla ilgili bir sorunum olursa ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
27. Yemeklerimi nasıl (yağsız, tuzsuz gibi) hazırlamalıyım?	1	2	3	4	5
28. Yemem ve yememem gereken yiyecekler nelerdir?	1	2	3	4	5
29. Yeterli uyuyamazsam ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
30. Yapmamam gereken aktiviteler (ağır kaldırmak gibi) nelerdir?	1	2	3	4	5

31. Acil durumda sağlık kuruluşlarından nasıl yararlanabilirim?	1	2	3	4	5
32. Yaşam/ölümle ilgili duygularımı kiminle konuşabilirim?	1	2	3	4	5
33. Ayaklarıma uygun bakımı nasıl yapmalıyım?	1	2	3	4	5
34. Hangi vitaminleri ve ek gıdaları almalıyım?	1	2	3	4	5
35. Hastalığıma ilişkin duygularımla baş etmek için nereden yardım alabilirim?	1	2	3	4	5
36. Toplumsal gruplarla (hasta dernekleri gibi) nasıl iletişim kurabilirim?	1	2	3	4	5
37. İlaçlarımla her birini niçin kullanmam gerekiyor?	1	2	3	4	5
38. Hastalık ve tedavime bağlı gelişebilecek sorunları nasıl önlemeliyim?	1	2	3	4	5
39. İlaçlarımla ilgili olası yan etkiler nelerdir?	1	2	3	4	5
40. Stresle nasıl baş edebilirim?	1	2	3	4	5
41. Klinikten eve nasıl gideceğim?	1	2	3	4	5
42. Hastalığımla ilgili duygularımı nasıl tanımlayabilirim?	1	2	3	4	5
43. Cildimde yara oluşmasını nasıl önlemeliyim?	1	2	3	4	5
44. İlaçlarımla her birini ne zaman almalıyım?	1	2	3	4	5
45. İlaçlarımla nereden/nasıl temin edebilirim?	1	2	3	4	5
46. Stresten nasıl uzak durabilirim?	1	2	3	4	5
47. Tedavimin amaçları nelerdir?	1	2	3	4	5
48. Yapmam gereken hareketler nelerdir?	1	2	3	4	5
49. Cildimde kızarıklık oluşmasını nasıl önlemeliyim?	1	2	3	4	5
50. Bu hastalık yaşamımı nasıl etkileyecek?	1	2	3	4	5

### **EK.3.GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME FORMU**

Değerli katılımcı,

Bu araştırma Artroskopik diz ameliyatı sonrası taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerinizi belirlemek amacıyla yapılmaktadır . Bu araştırma da bilgi toplamak için kişisel bilgi formu ve Hasta öğrenim gereksinimleri ölçeğini içeren bir anket uygulanacaktır.Çalışmanın verimli olabilmesi için lütfen her bir soruyu okuyarak içtenlikle cevaplayınız. Araştırma sonuçlarının doğru ve güvenilir olması ve size gelecekte verilecek hizmetlerin planlanabilmesi için soruları eksiksiz yanıtlamanız gerekmektedir. Araştırma için sizden ücret talep edilmeyecek , herhangi bir ücret de verilmeyecektir.

Bu araştırmadan elde edilecek bilgiler yalnızca bilimsel bir çalışma için kullanılacaktır. Anket formunda isminizi belirtmenize gerek yoktur. Araştırmaya katılım isteğe bağlıdır. İstedığınız zaman araştırmadan vazgeçebilirsiniz.

Katkılarınız için teşekkür ederim.

Araştırmacının Adı Soyadı  
Özlem Uğurlu

## EK.4.ETİK KURUL KARARI

## HİZMETE ÖZEL

HİZMETE ÖZEL

T.C.  
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI  
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI  
ETİK KURUL TOPLANTI RAPORU

OTURUM NO : 0  
OTURUM TARİHİ : 06 Ocak 2015  
OTURUM BAŞKANI : Prof. Hv. Tbp. Tuğg. Orhan KOZAK  
OTURUM SEKRETERİ : Prof. Tbp. Tuğg. Bülent BEŞİRBELLİOĞLU

GATA Etik Kurulu'nun 06 Ocak 2015 günü yapılan 01'nci oturumunda GATA Anestezi ve Reanimasyon AD.Bşk.lığında görevli Sv.Me.(Yük.Hem.)Özlem UĞURLU'un sorumlu araştırmacılığını yaptığı "Artroskopik Diz Ameliyatı sonrası Hastaların Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi" başlıklı, tek merkezli,tanımlayıcı olan araştırma dosyası değerlendirildi.

Araştırma dosyasının amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere UYGUN olduğuna karar verildi.

BAŞKAN

ÜYE

ÜYE

ÜYE

  
Orhan KOZAK  
Prof.Hv/Tbp.Tuğg.

TOPLANTIYA KATILMADI  
Bülent BEŞİRBELLİOĞLU  
Prof.Tbp.Tuğg.

TOPLANTIYA KATILMADI  
Rıdvan AKIN  
Prof.Tbp.Alb.

  
Yaşar Meriç TUNCA  
Prof.Diş Tbp.Alb.


ÜYE

ÜYE


ÜYE

ÜYE

TOPLANTIYA KATILMADI  
Bülent GÜLEÇ  
Prof.Tbp.Alb.

  
Fust TOSUN  
Prof.Hv. Tbp.Alb.

  
Mahir GÜLEÇ  
Prof.Tbp.Alb.

  
Ömer DENİZ  
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

ÜYE

ÜYE

ÜYE

ÜYE

TOPLANTIYA KATILMADI  
Suzi DEMİRBAĞ  
Prof.Tbp.Alb.

  
Ahmet KORKMAZ  
Prof.Hv.Tbp.Alb.

  
Harun TUĞCU  
Prof.Tbp.Alb.

  
Muharrem UÇAR  
Doç.Dr.J.Tbp.Alb.

  
Enkine İYİGÜN  
Doç.Dr.Hv.Sağ.Alb.

HİZMETE ÖZEL


HİZMETE ÖZEL

EK- 5

**ARAŞTIRMAYA KATILAN TÜM BİRİMLERİN VE ELEMANLARIN ARAŞTIRMA  
HAKKINDA BİLGİLENDİRİLDİĞİNE DAİR BELGE**

Bizler "Artroskopik diz ameliyatı sonrası hastaların taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi" isimli araştırmanın yürütücüleri olarak araştırma hakkında bilgilendirildiğimizi ve araştırmada yapılacak işlem ve çalışmalar hakkında bilgi sahibi olduğumuzu beyan ederiz.

**ARAŞTIRMANIN YAPILACAĞI BİRİMLER**

  
Prof. Dr. Dz. Tıp. Kd. Alb. Servet TUNAY

GATA Ortopedi Ve Travmatoloji A.D. Başkanı

**SORUMLU ARAŞTIRMACI**

  
Yük. Hemş. Özlem UĞURLU

GATA Anestezi ve Reanimasyon A.D.

**DİĞER ARAŞTIRMACILAR**

Yrd. Doç. Dr. Nuray AKYÜZ

Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi



## **EK.6. HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİNİN KULLANILMASI KONUSUNDA ALINAN YAZILI İZİN**

Sayın **Özlem UĞURLU**,

Türkçe'ye uyarladığımız "**Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği**"ni çalışmanızda kullanma isteğiniz bizi çok memnun etti, öncelikle teşekkür eder çalışmanızda başarılar dileriz.

"**Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği**"nin Türkiye'de Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması" Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği programında yüksekisans tez çalışması olarak yapılmıştır. Ölçek İzmir ilinde bir eğitim araştırma hastanesinin genel cerrahi kliniğinde batın cerrahisi uygulanmış hastalarla yürütülmüştür. Ölçeğin ülkemizde farklı hasta gruplarında, daha geniş popülasyonda tekrar test edilmesi amacıyla bir veri havuzu oluşturmak; geçerlik ve güvenilirliğini yeniden test etmek için çalışma verilerinizi göndermek koşuluyla ölçeği kullanabilirsiniz. Aynı zamanda ölçeğin performansını ve yaygın etkisini değerlendirmek için çalışma sonuçlarınızı yayınladığımız makalenin bir örneğini göndermeniz, gelecek iyileştirmeleri yapabilmemiz için önemlidir.

Çalışma verilerinizi göndermenizde; yasal ve etik açıdan sizin yayın hakkınızın güvence altında olduğunu, buna paralel olarak ölçeği kullanma izni veren tarafın haklarının saklı kaldığını kabul ve beyan ederiz.

Öğr. Gör. Emine ÇATAL

(Danışman Hocam Yard. Doç.Dr. Aklime DİCLE'nin onayıyla)

## İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

### ARTROSKOPİK DİZ AMELİYATI SONRASI HASTALARIN TABURCULUK AŞAMASINDAKİ BİLGİ GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ

ORJİNALLİK RAPORU

% **14**

BENZERLİK ENDEKSİ

% **12**

İNTERNET  
KAYNAKLARI

% **6**

YAYINLAR

% **5**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ



## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	ÖZLEM	<b>Soyadı</b>	DAĞBAŞI
<b>Doğ.Yeri</b>	ŞEFAATLİ	<b>Doğ.Tar.</b>	05.11.1984
<b>Uyruğu</b>	T.C.	<b>TC Kim No</b>	52087709536
<b>Email</b>	ozlmugrl_1307@hotmail.com	<b>Tel</b>	05067137113

### Eğitim Düzeyi

	<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mez. Yılı</b>
<b>Lisans</b>	GATA Hemşirelik Yüksek Okulu	2007
<b>Lise</b>	Uşak Orhan Deniz Anadolu Lisesi	2003

### İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre (Yıl - Yıl)</b>
<b>1.</b>	Hemşire	28.Mekanize Tugay Komutanlığı Yardımcılığı Birinci Basamak Muayene Merkezi	2015-Halen
<b>2.</b>	Hemşire	GATA Anestezi ve Reanimasyon Kliniği	2014-2015
<b>3.</b>	Hemşire	GATA HEH Ortopedi ve Travmatoloji Servisi	2008-2014
<b>4.</b>	Hemşire	GATA Nefroloji Servisi + GATA Ameliyathane	2007-2008

<b>Yabancı Dilleri</b>	<b>Okuduğunu Anlama*</b>	<b>Konuşma*</b>	<b>Yazma*</b>	<b>KPDS/ÜDS Puanı</b>	<b>(Diğer) Puanı</b>
İngilizce	İyi	Orta	İyi	51.25	

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	<b>Sayısal</b>	<b>Eşit Ağırlık</b>	<b>Sözel</b>
<b>LES Puanı</b>	76		
<b>(Diğer) Puanı</b>			

### Bilgisayar Bilgisi

<b>Program</b>	<b>Kullanma becerisi</b>
Microsoft Office Programları (Word, Excel, Powerpoint)	İyi

**Özel İlgi Alanları (Hobileri):** Yüzmek, kitap okumak, tiyatro ve sinema izlemek



