



**T.C.
SANKO Üniversitesi
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği)**

**TOTAL KALÇA PROTEZİ AMELİYATI GEÇİREN HASTALARA
KLİNİK VAKA YÖNETİCİ HEMŞİRE MODELİ UYGULAMASININ
HASTA MEMNUNİYETİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

EMEL YILMAZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2019

GAZİANTEP

**T.C.
SANKO Üniversitesi
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği)**

**TOTAL KALÇA PROTEZİ AMELİYATI GEÇİREN HASTALARA
KLİNİK VAKA YÖNETİCİ HEMŞİRE MODELİ UYGULAMASININ
HASTA MEMNUNİYETİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Emel YILMAZ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Arzu TUNA

2019

GAZİANTEP

KABUL VE ONAY SAYFASI

Öğrencinin Adı Soyadı	Emel YILMAZ	Tez Savunma Tarihi	23.05.2019
Tez adı	TOTAL KALÇA PROTEZİ AMELİYATI GEÇİREN HASTALARA KLİNİK VAKA YÖNETİCİ HEMŞİRE MODELİ UYGULAMASININ HASTA MEMNUNİYETİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ		

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

SANKO Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans (Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği) Programı kapsamında yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıda adı geçen jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Sınav Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	Üniversitesi / Anabilim Dalı	İmzası
Tez Danışmanı Üye	Prof. Dr. Arzu TUNA	SANKO Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD.	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Serdar SARITAŞ	İNÖNÜ Üniv. Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD.	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Meryem KILIÇ	SANKO Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları AD.	

ONAY

ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI

Tarih :/...../.....

Karar No :/...../.....

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen jüri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu Kararıyla **Yüksek Lisans Tezi** olarak onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ayşen BAYRAM
Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dökümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Atıfta bulunduğum eserlerin tümünü kaynak olarak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Emel YILMAZ

23/05/2019

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca mesleğine olan sevgisini ve saygısını, ilim ve bilime olan inancını harmanlayıp ortaya koyan, paylaşan enerjisini bizlere kanalize eden ve hep destekleyen Tez Danışmanım ve Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Arzu TUNA'ya,
Bu zorlu süreçte; bilimin gücüne inanan ve eğitime destek veren Ortopedia Hastanesi kurucu üyelerine,

Onlardan aldığım zamana rağmen beni her zaman yeni bir eğitim serüvenine iten, benimle bu yolda yürüyen ilham kaynaklarım, hayat ışıklarım kızlarım Ecnaz Emma'ya ve Elanaz'a ve koşulsuz sevgi ve sabrını, desteğini her zaman hissettiğim sevgili eşim Mete YILMAZ'a, aileme,

Sonsuz teşekkürler...



ÖZET

TOTAL KALÇA PROTEZİ AMELİYATI GEÇİREN HASTALARA KLİNİK VAKA YÖNETİCİ HEMŞİRE MODELİ UYGULAMASININ HASTA MEMNUNİYETİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Total kalça protezi ameliyatı geçirecek olan hastaların hemşirelik süreci yönetimi “Klinik Vaka Yönetici Hemşireliği Modeli” kullanılarak yapılabilir.

Araştırma; klinik vaka yönetici hemşire modeli uygulaması ile hemşirelik hizmeti verilen kalça protezi ameliyatı geçiren hastaların memnuniyetlerini belirlemek amacı ile 15 Ekim 2017 - 01 Mart 2018 tarihleri arasında Adana Özel Ortopedia Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Servisi-1 ve Ortopedi ve Travmatoloji Servisi-2’de yatan 46’sı deney 46’sı kontrol grubu olmak üzere 92 hasta ile yürütüldü. Deney grubuna “Klinik Vaka Yönetici Hemşireliği Modeli” kullanılarak hemşirelik hizmeti, kontrol grubuna ise rutin klinik uygulamalar doğrultusunda hemşirelik hizmeti verildi. Verilerin toplanmasında kişisel bilgi formu, Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği (HHBAÖ) kullanıldı. Veriler yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı. Veriler, SPSS 17.0 programında t-testi, ki-kare testi ve tek yönlü varyans analizi testi ile değerlendirildi.

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması $47,83 \pm 10,81$ yıl (min.: 25-maks.: 65) olarak tespit edildi. Araştırma kapsamındaki hastaların % 65,2’sini (n=60) kadın, 34,8’ini (n=32) erkek oluşturdu. Hastaların % 31,5’i (n=29) üniversite mezunu, % 30,4’ünü de (n=28) ortaöğretim mezunları oluşturdu. Araştırmaya katılan hastaların % 78,3’ü (n=72) evliydi. Hastaların % 67,4’ü (n=62) ekonomik gelirlerinin giderlerinden az olduğunu ve % 87’si (n=80) daha önce hastanede yattığını belirtti. Araştırmamızda klinik vaka yönetici hemşire modeli uygulaması ile bakım verilen hastaların HHBAÖ’ye göre memnuniyet puanı ortalamasının $73,9 \pm 3,6$ olduğu, rutin klinik uygulamalar doğrultusunda verilen hemşirelik bakımından memnuniyet puanı ortalamasının $64,5 \pm 11,8$ olduğu saptandı.

Sonuç olarak total kalça protezi ameliyatı geçiren, klinik vaka yönetici hemşireliği modeli ile bakım verilen hastaların memnuniyet düzeylerinin (73,9), rutin klinik uygulamalar doğrultusunda hemşirelik hizmeti verilen hastaların memnuniyet düzeylerinden (64,5) daha yüksek olduğu tespit edildi. Fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,001$, $p<0,05$).

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik; hasta memnuniyeti; total kalça protezi; vaka yönetimi.

ABSTRACT

EVALUATION OF PATIENT SATISFACTION OF CLINICAL CASE MANAGEMENT NURSING MODEL WITH PATIENTS HAVING TOTAL HIP ARTHROPLASTY SURGERY

The management of nursing process of patients who will undergo total hip replacement surgery can be done by using yönetim Clinical Case Management Nursing Model. The study was carried out between October 15, 2017 and March 01, 2018 in the Adana Orthopedics Hospital for the purpose of determining the satisfaction of the patients about nursing services who underwent hip replacement surgery. The study was carried out with 92 patients, 46 of patients were experimental group who are admitted to the Orthopedics and Traumatology Service-2, 46 of patient were control group who were admitted to the Orthopedics and Traumatology Service-1. Nursing service was given to the experimental group by using the clinical case management nursing model ang the control group was given routine clinical applications nursing model. The personal information form and the Scale of Patient Perception of Hospital Experience With Nursing (PPHEN) were used to collect the data. The data were collected by face to face interview technique. The data were evaluated with t-test, chi-square test and univariate analysis test. The analyzes were performed using the SPSS 17.0 software package (IBM Corp.; Armonk, NY, USA). The mean age of the patients was $47,83 \pm 10,81$ years (min.:25-maks.:65). 65.2% (n= 60) of the patients were female and 34.8% (n= 32) were male. 31,5% (n = 29) of the patients were university graduates and 30,4% (n = 28) were secondary school graduates. 78,3% (n = 72) of the patients were married. 67,4% (n = 62) of the patients stated that their economic income was less than their expenses and 87% (n = 80) had previously been hospitalized. In our study, it was found that the mean satisfaction score of experimental group patients who were given care by clinical case management model were $73,9 \pm 3,6$, and the control group patients mean nursing satisfaction score was $64,5 \pm 11,8$. As a result, it was determined that the satisfaction levels (73.9) of patients who underwent total hip replacement surgery and who were given care by the clinical case management nursing model were higher than the satisfaction level (64.5) of the routine clinical applications nursing model care. The difference was statistically significant ($p=0,001$, $p<0,05$).

Key Words: Nursing; patient satisfaction; total hip arthroplasty; case management

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
ETİK BEYAN	iv
TEŞEKKÜR.....	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER DİZİNİ.....	viii
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ.....	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xiii
RESİMLER DİZİNİ.....	xiv
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Kalça Anatomisi	5
2.1.1. Ligamentler.....	6
2.1.2. Kaslar ve tendonlar	7
2.1.3. Sinir ve arterler	7
2.1.4. Kalça eklemi fonksiyonu	7
2.2. Total Kalça Protezi Ameliyatı (Total Kalça Artroplastisi).....	8
2.3. Hemşirelik Kavramı.....	11
2.4. Sağlık ve Hastalık Kavramı	11
2.5. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler.....	12
2.5.1. Sağlık hizmetinin sunulduğu hasta ile ilgili özellikler.....	14
2.5.2. Sağlık hizmeti sunucularına ilişkin özellikler.....	15
2.5.3. Sağlık hizmetinin sunulduğu kuruma ilişkin özellikler	16
2.6. Hemşirelik Hizmetleri ve Kalite	17
2.7. Hemşirelik Eğitimi ve Kalite	21
2.8. Kaliteli Bir Hemşirelik Hizmetinin Faydaları	22
2.9. Hasta Yönetim Modellerinden Biri.....	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Türü	28
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı	28

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	28
3.4. Verilerin Toplanması	29
3.4.1. Veri toplama araçları	29
- Hasta bilgi formu	29
- Hastanın hemşirelik bakımını algılayışı ölçeği	29
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	30
- Bağımlı değişken	30
- Bağımsız değişken	30
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	30
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	31
3.8. Araştırmada Etik Kurallar	31
3.9. Araştırma Akışı	31
3.9.1. Rutin uygulanan hemşirelik bakım modelinde hemşirelik bakım süreci	32
3.9.2. Klinik vaka yönetici hemşire modelinde hemşirelik bakım süreci	33
3.10. Total Kalça Protezi Hasta Eğitim Kitapçığı ve Videosu	35
4. BULGULAR	37
4.1. Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular	37
4.2. Hemşirelik Bakımının Algılayışı Ölçeğine İlişkin Bulgular	38
4.3. Çalışmanın Araştırma Sorularına İlişkin Bulgular	40
4.3.1. Hemşirelik bakımının algılayışı ölçeği ile hastaların cinsiyet değişkenlerine ilişkin bulgular	40
4.3.2. Hemşirelik bakımının algılayışı ölçeği ile hastaların medeni durum değişkenlerine ilişkin bulgular	41
4.3.3. Hemşirelik bakımının algılayışı ölçeği ile hastaların eğitim durum değişkenlerine ilişkin bulgular	41
4.3.5. Hemşirelik bakımının algılayışı ölçeği ile hastaların gelir durumu değişkenlerine ilişkin bulgular	43
4.3.6. Hemşirelik bakımının algılayışı ölçeği ile hastaların daha önce hastanede yatma durumu değişkenlerine ilişkin bulgular	43
4.3.7. Hemşirelik bakımının algılayışı ölçeği ile hastaların daha önce hastanede yatma durumu değişkenlerine ilişkin bulgular	44
4.3.8. Hemşirelik bakımının algılayışı ölçeği ile hastaların yaş değişkenlerine ilişkin bulgular	45
4.3.9. Hemşirelik bakımının algılayışı ölçeği ile hastaların kronik hastalık değişkenlerine ilişkin bulgular	45

5. TARTIŞMA.....	47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	56
7. KAYNAKLAR.....	58
8. EKLER	71

EK-1 Tanıtıcı Bilgi Formu

EK-2 Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği

EK-3 Etik Kurul İzni

EK-4 Kurum Çalışma İzni

EK-5 Ölçek Kullanım İzni

EK-6 Hasta Onam Formu

EK-7 Tez İntihal Raporu

EK-8 Özgeçmiş

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

AAOS	: American Academy Of Orthopaedic Surgeons, Amerikan Ortopedi Cerrahları Akademisi
AJRR	: American Joint Replacement Registry, Amerikan Eklem Protez Kaydı
ANA	: American Nurses Association, Amerikan Hemşireler Birliği
CAPP	: Council of Accountable Physician Practices, Sorumlu Hekim Uygulamaları Konseyi
CMSA	: Case Management Society of America, Amerika Vaka Yönetimi Derneği.
FBK	: Femur Boyun Kırığı
HHBAÖ	: Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği
HIV	: Human Immunodeficiency Virus, İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü
JCI	: Joint Commission International, Uluslararası Hastane Akreditasyon Kuruluşu
KVYH	: Klinik Vaka Yönetici Hemşire Modeli
MDR-TB	: Mycobacterium tuberculosis, mikobakterium tuberculosis
PPHEN	: The Scale of Patient Perception of Hospital Experience With Nursing, Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği (HHBAÖ).
RHBM	: Rutin Hemşirelik Uygulamaları Doğrultusunda Verilen Bakım Modelini
TDK	: Türk Dil Kurumu
TDP	: Total Diz Protezi
TKA	: Total Kalça Artroplastisi
TKKP	: Türkiye Klinik Kalite Programı.
TKP	: Total Kalça Protezi
TKY	: Toplam Kalite Yönetimi

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 4.1. Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular.....	37
Tablo 4.2. Hemşirelik Bakımının Algılayışı Ölçeği Ortalama ve Standart Sapma Puanları.....	39
Tablo 4.3. Hemşirelik Bakımının Algılayışı Ölçeği Ortalama ve Standart Sapma Puanları İle Hastaların Grupları İle Olan Karşılaştırmaları.....	40
Tablo 4.4. Hemşirelik Bakımının Algılayışı Ölçeği İle Hastaların Cinsiyet Değişkenlerinin Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular.....	41
Tablo 4.5. Hemşirelik Bakımının Algılayışı Ölçeği İle Hastaların Medeni Durum Değişkenlerinin Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular.....	41
Tablo 4.6. Hemşirelik Bakımının Algılayışı Ölçeği İle Hastaların Eğitim Durum Değişkenlerinin Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular.....	42
Tablo 4.7. Hemşirelik Bakımının Algılayışı Ölçeği İle Hastaların Meslek Durum Değişkenlerinin Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular.....	43
Tablo 4.8. Hemşirelik Bakımının Algılayışı Ölçeği İle Hastaların Gelir Durumu Değişkenlerinin Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular.....	44
Tablo 4.9. Hemşirelik Bakımının Algılayışı Ölçeği İle Hastaların Daha Önce Hastanede Yatma Durumu Değişkenlerinin Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular.....	44
Tablo 4.10. Hemşirelik Bakımının Algılayışı Ölçeği İle Hastaların En Son Yatma Zamanı Durumu Değişkenlerinin Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular.....	45
Tablo 4.11. Hemşirelik Bakımının Algılayışı Ölçeği İle Hastaların Yaş Değişkenlerinin Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular.....	45
Tablo 4.12. Hemşirelik Bakımının Algılayışı Ölçeği İle Hastaların Kronik Hastalık Değişkenlerinin Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular.....	46

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 2.1. Total Kalça Protezi Ameliyatı Basamakları	10
Şekil 2.2. FBK Gelişen Hasta Grafisi	10
Şekil 2.3. FBK Sonrası TKP Uygulaması.....	10
Şekil 2.4. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler	12
Şekil 2.5. YBÜ Bası Ülseri Oranı.....	20
Şekil 2.6. Enfeksiyonların Önlenmesi	20
Şekil 2.7. Hasta Bakımı	21
Şekil 2.8. Hasta Deneyimi	21
Şekil 2.9. Sağlık Ekibi ve Paydaşlar	25
Şekil 3.1. Rutin Uygulanan Hemşirelik Bakım Modelinde Süreç.....	32
Şekil 3.2. Klinik Vaka Yönetici Hemşire Modelinde Hemşirelik Bakım Süreci	32
Şekil 3.3. Araştırma Akış Şeması	35

RESİMLER DİZİNİ

	Sayfa No
Resim 2.1. Kalça Kemiğinin Yan ve İç Yandan Görünümü.....	.5
Resim 2.2. Sağ Proksimal Femurun Anteriordan Ve Posteriordan Görünümü.....	.6
Resim 2.3. Osteoartritli Kalça Eklemi ve Protezli Kalça Eklemi.....	.8
Resim 2.4. Femur Boyun Kırıkları8
Resim 2.5. Kalçada Avasküler Nekroz Gelişimi9



1. GİRİŞ

Dünyada ve ülkemizde osteoartrit, romatoid artrit, gelişimsel kalça displazisi, travmaya bağlı kalça kırıkları, aseptik nekroz, metabolik hastalıklar gibi nedenlerle total kalça protezi olan hasta sayısı hızla artmaktadır (Foran, 2015).

Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan bir çalışmada 2000 ve 2010 yılları arasında yapılan total kalça protezi sayıları incelenmiş ve 10 yıl boyunca, prosedür sayısı 2000 yılında 138.700'den 2010 yılında 310.800'e çıktığı tespit edilmiştir. 75 yaş ve üstü hastalarda prosedür sayısının yüzde 92 arttığı, 45-54 yaşları arasında yüzde 205 artış gösterdiği belirtilmiştir. Amerikan Ortopedi Cerrahları Akademisi (AAOS) ve kalça ve diz eklem protezleri kayıt merkezinin 2017 yıllık raporunda protez sayısının yüzde 101 arttığı, 2018 yılında açıkladığı yıllık raporda da; Amerika Birleşik Devletlerin'de 2012-2017 yılları arasında toplanan verilere bakıldığında toplam 1,164,814 prosedürün gerçekleştirildiği ve bunların 374,873'ünün (% 32.2) primer kalça protezi olduğu saptanmıştır (Bozic, 2018).

Ülkemizde 2003 yılında uygulamaya başlatılan "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nın temel hedeflerinden birisi olan sağlıkta kalite çalışmaları 2005 yılında başlanmış bu çalışmalar doğrultusunda ülkemizde 2012 yılında bireylerin sağlık sorunlarının yaşam kalitesi üzerine etkileri gözlemlenerek hastalık yükü yüksek olan sağlık sorunlarının süreç, sonuç odaklı göstergeler ile takip edilmesini hedefleyen "Türkiye Klinik Kalite Programı" hayata geçirilmiştir (Türkiye Klinik Kalite Programı [TKKP], 2018). Bakanlık tarafından program kapsamında takip edilen 11 sağlık olgusundan bir tanesi "KP=Kalça Protezi" dir. Klinik kalite programına yönelik çalışmalar devam etmektedir. Programdaki temel amaç izlenen sağlık olguları konusunda öncelikli hasta güvenliğinin sağlanması bununla birlikte çalışan ve hasta memnuniyetinin sağlanması ile en iyi sağlık sonuçlarına ulaşılmasıdır. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Sistemi Karar Destek Sistemi Klinik Kalite Raporları 2017 istatistik verilerine bakıldığında Türkiye'de 13.851, 2018 yılının ilk altı ayında (Ocak 2018-Haziran 2018) ise 8680 primer total kalça protezi uygulandığı belirtilmiştir (TKKP, 2018). Bu rakamların gerçekleşen gerçek cerrahi sayısının altında olduğu düşünülmektedir. Çünkü ülkemizde kurumlar ve sağlık bakanlığı arasındaki sistem entegrasyonunda bazı problemlerin olduğu ve çözümü için düzeltici önleyici faaliyet çalışmalarının başlatıldığı bilinmektedir. Türkiye'de takip ve tedavisi yapılan pek çok hastalık var iken izlenebilir ve ölçülebilir standartlar oluşturularak yapılan bu programda, kalça protezinin yer alması verilecek olan hemşirelik hizmetinin önemini bir kez daha ortaya koymaktadır.

İnsan vücudu karmaşık bir yapıdır ve bu yapı belirli bir düzen, denge içinde hareket eder. Devinin kabiliyetinin kullanılması ile gelişim gösteren vücudun, devinin kabiliyetinin

azaldığı zamanlarda olumsuz etkilenmemesi mümkün değildir (Eftekhar, 1993). Total kalça protezi ameliyatı hareket kısıtlılığı gelişmiş, eklem hareketleri esnasında ağrı duyan bu nedenle günlük yaşamlarında sorun yaşayan hastaları, yeniden hareketli ve ağrısız günlerine kavuşturma olanağı sağlayan önemli bir tedavi yöntemidir (Azboy ve diğerleri, 2013). Hastaların günlük yaşam aktivitelerine dönüş süresinin uzaması, ağrının devam etmesi ve hareket kısıtlılığı bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir. Total kalça protezi ameliyatı olacak olan hastalara verilecek hemşirelik hizmetinin kalitesi hastanın iyileşme sürecini etkileyecektir (Şendir, 2000).

Healy ve arkadaşları 2016 yılında total kalça protezi ameliyatlarının komplikasyonlarını sınıflandırmak ve her komplikasyon için standartize edilmiş tanımlar geliştirmek ve bunları doğrulamak adına Kalça Derneği'ne (The Hip Society) üye 105 kişiden oluşan uzman bir çalışma grubu oluşturmuş. Bu çalışma grubu ameliyat sonrası komplikasyonları; kanama, yara komplikasyonu, tromboemboli, nörovasküler komplikasyonlar, vasküler yaralanma, dislokasyon / instabilite, periprostetik kırık, abdüktör kas bozukluğu, derin periprostetik eklem enfeksiyonu, heterotopik ossifikasyon (ektopik kemik oluşumu), yatak yüzey aşınması, osteolizis, implant gevşemesi, cup-liner dissosiyasyon, implant kırığı, hastanın hastaneye tekrar yatırılması, reoperasyon, revizyon, ve ölüm olarak tanımlanmıştır (Healy ve diğerleri, 2016).

T.C. Sağlık Bakanlığı, Klinik Kalite Birimi de kalça protezi komplikasyonlarını tanımlamış olduğu veri tabanı sistemi ile izlemektedir. Bu komplikasyonlar; Protezin dislokasyonu (Mekanik Sebepler ya da hasta kaynaklı olabilir), enfeksiyon (Cerrahi Alan Enfeksiyonu), derin ven trombozu; alt ekstremitte venlerinde gelişen trombüslerle onun dallarında yarattığı tıkanıklık ve kan akımındaki azalmayı göstermektedir, pulmoner emboli; venlerdeki pıhtının pulmoner dolaşıma geçmesi ve genellikle alt ekstremitelerdeki DVT'ndan kaynaklanan, tesadüfi olarak saptanan asemptomatik emboliden, hastanın ölümüne neden olan masif emboliye kadar farklı klinik sonuçları olabilen ciddi bir komplikasyondur, damar yaralanması, sinir yaralanması şeklinde belirtilmiştir (Yılmaz ve diğerleri, 2015; Uysal ve diğerleri, 2008, s.35; TKKP, 2018).

T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Sağlık Sistemi Karar Destek Sistemi Kalça Protezi 2017 Klinik Kalite Raporlarına bakıldığında Türkiye'de 13,096 primer total kalça protezi ameliyatı yapılmıştır. Bu ameliyatlar sonrası gelişen komplikasyonların istatistiki verilerine raporlarda yer verilmiştir. Komplikasyonların gelişme oranlarına bakıldığında % 6,64'lük oran ile ilk sırayı kalça protezi operasyonu geçiren hastalarda cerrahi alan enfeksiyonun gelişmesi olarak saptanmıştır (TKKP, 2018). Hemşirelik hizmetlerinde bakımın temel amacı, tedavi süresince hastanın gereksinmelerini en üst düzeyde

karşılama, oluşabilecek komplikasyonları erken tanılamaya yönelik gerekli izlemleri yapmak ve komplikasyonları önlemeye yönelik tedbirler almak, hastanın fiziksel ve psikolojik açıdan kendine yetebilir hale gelmesine yardımcı olmaktır (Kane ve diğerleri, 2007).

Hemşirelerin rutin hemşirelik hizmetleri dışında rehberler ile vakaya özgü bakım rehberleri geliştirerek bakım vermesi hastaların yaşayabileceği komplikasyonları önler, hastaların yaşam kalitelerini ve memnuniyet düzeylerini artırır (Aiken ve diğerleri, 2003; Blegen ve diğerleri, 2001; Estabrooks ve diğerleri, 2005; Tokem, 2005).

Vaka Yönetimi ile ilgili pek çok çalışma yapılmıştır. Yapılan bu çalışmalar ile; hastanede hastaların kalış sürelerinin kısaldığı, işletme maliyetlerinin azaldığı, hasta ve hasta yakınlarının memnuniyet düzeyinin arttığı, hastaya sağlanan otonominin arttığı ve hemşire iş doyumunun arttığı, ekip çalışmasının verimliliği nedeni ile ekip üyelerinin memnuniyetinin arttığı sonuçlarına ulaşılmıştır (Roggenkamp ve White, 2001). Tokem'in 2005 yılında yaptığı çalışmada vaka yönetim modelinin etkililiğinin romatoid artritli bireylere sunulan bakımda incelemiştir. Bu çalışma sonucunda " Vaka yönetimi uygulanan hastaların girişim sonrası orta-uzun vadede yetersizlik düzeylerinde olumlu bir gelişme vardır" sonucuna ulaşılmıştır (Tokem, 2005). Diğer vaka yönetimi çalışmalarına baktığımızda; 1999 yılında Aubert ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada vaka yönetim modeli uygulanan hastalarda, Hemogloblin A1c düzeyinde anlamlı bir düşüşün olduğu ve hasta bireylerin sağlık statülerinde artış olduğu bildirilmiştir (Aubert ve diğerleri, 1999). Barry ve diğerleri, 1998'de yapmış oldukları bir çalışmada romatoid artritli bireylere vaka yönetim modeli ile bakım verilmiş hem öz yeterlilik duygularının geliştiği hem de memnuniyet duydukları belirlenmiştir (Barry ve diğerleri, 1998). Tosun ve Akbayrak'ın 2004 yılında yaptığı bir başka çalışmada, miyokard infarktüsü geçiren hastalara vaka yönetim modeli uygulanarak hemşirelik hizmeti verilmiş çalışma sonunda hastaların yatış sürelerinin kısaldığı hasta memnuniyet düzeylerinin arttığı saptanmıştır (Tosun ve Akbayrak, 2004). Bilik'in 2006 yılında yaptığı çalışmada total kalça artroplastisi ameliyatı geçiren hastaların evlerinde telefon ile takip edilmesinin iyileşmeye etkisi incelenmiş ve telefonla yapılan izlemin; kalça artroplastisi olan bireylerin yürürken, egzersiz yaparken, yatak ya da sandalyeden kalkarken oluşan ağrı ile merdiven çıkarken, ev işlerini yaparken ve ulaşım sırasında yaşanan zorlukları yönetmede etkili olduğu belirlenmiştir (Bilik, 2006). Nyamathi ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptığı randomize klinik çalışmada; yakın zamanda tahliye edilen evsiz erkeklerin önlenebilir hastalıklara karşı aşılannmalarının tamamlanma sürecinde birden fazla hemşirelik modeli denenmiş ve en yüksek tamamlama oranı % 75,4 ile vaka yönetim modelinde olduğu bulunmuştur (Nyamathi ve diğerleri, 2015). Kummarg

ve diğerleri'nin 2018 yılında yaptığı prospektif randomize klinik çalışmada; intravenöz rekombinant doku plazminojen aktivatörü ile tedavi edilen akut iskemik inme hastalarında hemşire vaka yönetiminin klinik sonuçlar üzerindeki etkisi incelenmiş ve erken sonuçta, triyajdan tedaviye kadar geçen süre vaka yönetim grubunda daha hızlı saptanmıştır ve hastaların iyileşmesine anlamlı bir katkı sağladığı ölçülebilir (Kummarg ve diğerleri, 2018). Grob ve diğerlerinin 2017'de yayınlanan tematik analizinde; jinekolojik onkoloji hastanesinde vaka yönetim modeli ile hemşirelik hizmeti alan hasta kadınların, hastalıkları ile baş edebilmelerini kolaylaştırdığı ve diğer sağlık hizmetleri arasındaki koordinasyonu geliştirebileceği sonucuna ulaşılmıştır (Grob ve diğerleri, 2017). Farley ve arkadaşlarının Ocak 2019'da erken sonuçlarını paylaştıkları çalışmalarında; John Hopkins Üniversitesi sponsorluğunda Güney Afrika'da 2014 yılında klinik çalışmaya başlamışlardır. Bu çalışmada çok ilaca dirençli MDR-TB (*Mycobacterium tuberculosis*, mikobakterium tuberculosis) ve HIV (human immunodeficiency virus, insan immün yetmezlik virüsü) enfeksiyonuna sahip hastaları iki yıl boyunca izlemişler ve hastaların yarısı vaka yönetim modeli diğer yarısı da standart hemşirelik bakım ve izlem yöntemi ile takip edilmiş ve hastaların tedaviye yanıtları izlenmiştir. Araştırmacılar vaka yönetim modeli ile hemşirelik hizmeti alan hastaların tedavi başarısının artacağına (*Mycobacterium tuberculosis* tedavi ve tamamlama oranlarının artacağına) inanmaktadırlar (Farley ve diğerleri, 2019).

Mevcut çalışma ortamında hemşirelik hizmetlerindeki kaliteyi arttırabilmek için “Nasıl bir hasta yönetim modeli uygulayabiliriz?” ve “Hasta memnuniyetini nasıl arttırabiliriz?” soruları hemşireler tarafından sorularak bu çalışmaya yön verildi. Bu çalışma ile hastalara klinik vaka yönetici hemşire modeli uygulaması ile hemşirelik hizmeti sunarak hem hasta memnuniyetinin arttırılması hem de sunulan hemşirelik hizmetinin kalitesinin arttırılması hedeflenmiştir.

Araştırma klinik vaka yönetici hemşire modeli uygulaması ile hemşirelik hizmeti verilen kalça protezi ameliyatı geçiren hastaların memnuniyetlerini belirlemek amacı ile yapıldı.

Belirtilen amaçlar doğrultusunda aşağıda yer alan hipotezlerin doğruluğu saptanmaya çalışıldı.

H₀: Klinik vaka yönetici hemşire modeli uygulaması ile verilen hemşirelik hizmetlerinin, total kalça protezi ameliyatı olan hastaların memnuniyet düzeylerine etkisi yoktur.

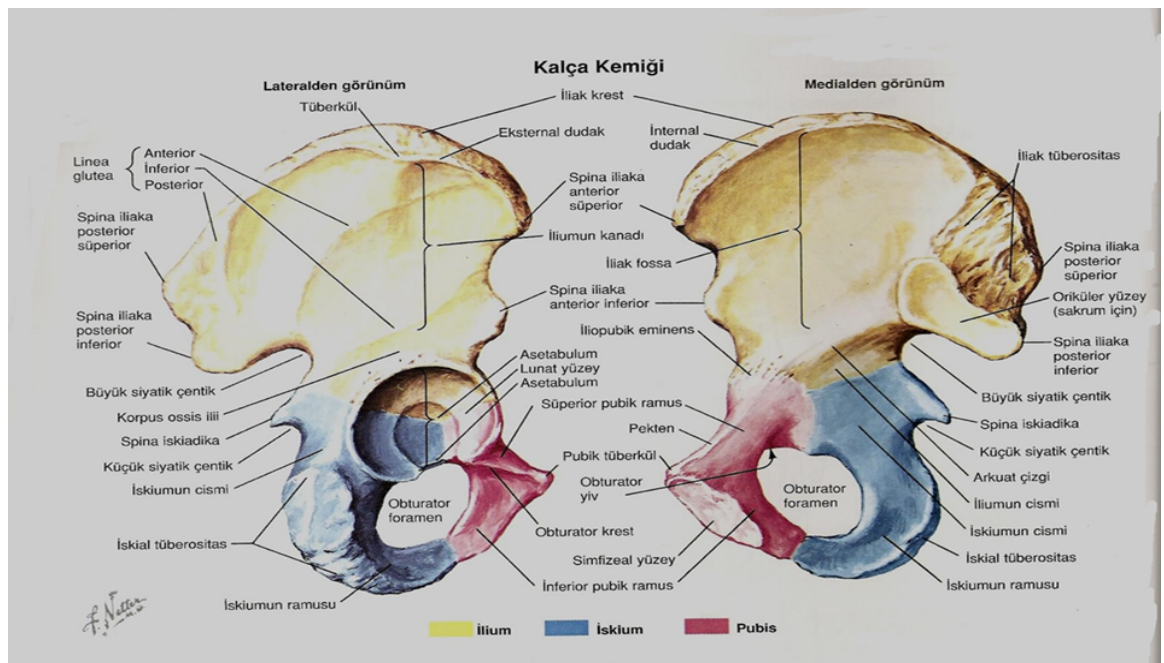
H₁: Klinik vaka yönetici hemşire modeli uygulaması ile verilen hemşirelik hizmetlerinin, total kalça protezi ameliyatı olan hastaların memnuniyet düzeylerine etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

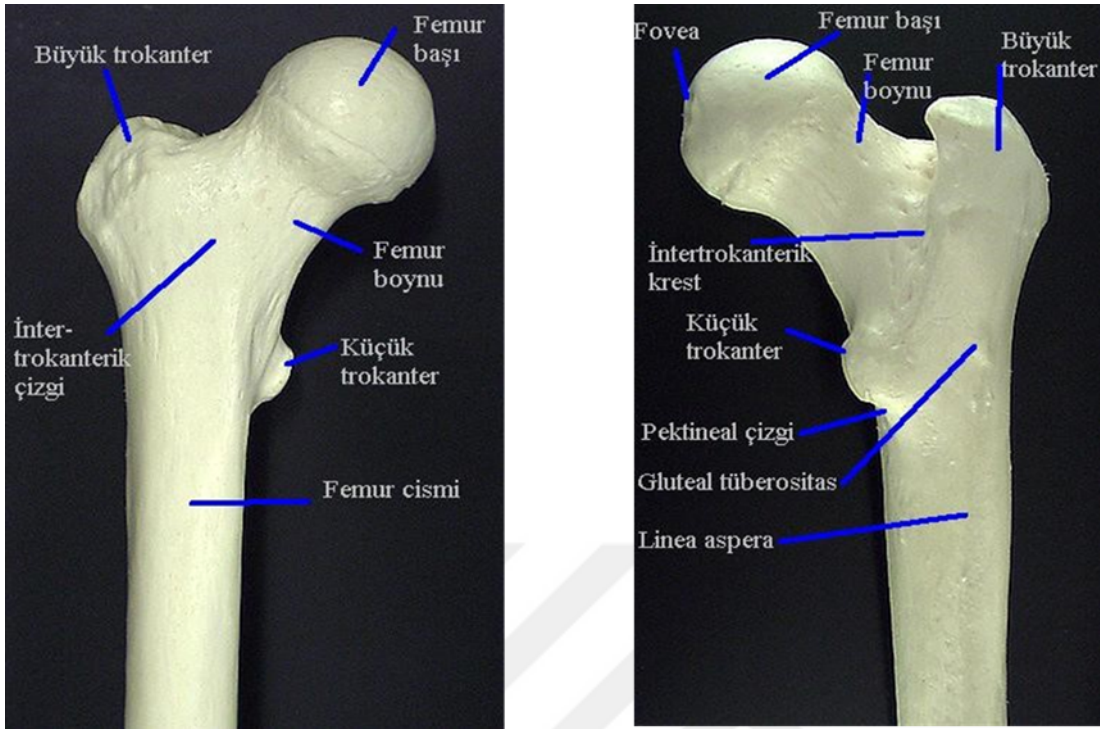
2.1. Kalça Anatomisi

Kalça eklemi, insan vücudundaki ağırlık taşıyan en büyük eklemdir. Bir top ve soket eklemi olarak da adlandırılır ve kaslar, bağlar ve tendonlarla çevrelenir. Erişkin os coxae veya kalça kemiği, genç yılların sonlarında ortaya çıkan ilium, ischium ve pubis füzyonu ile oluşur. Kalça ve koksiks ile birlikte 2 kalça kemiği pelvisi oluşturur ve pubis simfiziyle anterior olarak birleşir. Kalça eklemi, leğen kemiğinin alt ekstremité ile aksenel iskeleti birbirine bağlayan femur ile eklemlenmesidir. Kalça eklemi; kemikler ve eklemler, eklem kapsülünün bağları, kaslar ve tendonlar, kemikleri ve kalça kaslarını besleyen sinirler ve kan damarlarından oluşur (Patient Education Library [Hasta Eğitim Kütüphanesi], 2018). Femurun başı, asetabulum içinde döner ve kayar. Labrum denilen fibrokartilajinli bir astar asetabulumu bağlanır ve soketin derinliğini daha da artırır. Femur veya uyluk kemiği, insan vücudundaki en uzun kemiklerden biridir. Uyluk kemiğinin üst kısmı femur başı, femur boynu ve daha büyük ve daha az troker içerir. Femurun başı kalça eklemine oluşturmak için pelvise (asetabulum) katılır. Femur boyununun yanında, kas tutturma bölgeleri olarak hizmet eden daha büyük ve daha az trokant olarak bilinen iki çıkıntı vardır. Eklem kıkırdağı, vücudun ağırlık taşıyan kemiklerini örten sinoviyal sıvı ile yağlanan ince, sert, esnek ve kaygan bir yüzeydir. Kemiklerin yumuşak hareketlerini sağlar ve sürtünmeyi azaltır (Patient Education Library [Hasta Eğitim Kütüphanesi], 2018).

Resim 2.1. Kalça Kemiğinin Yan ve İç Yandan Görünümü (Tank P.W., Gest T., 2018)



Resim 2.2. Sağ Proksimal Femurun Anteriordan ve Posteriordan Görünümü (Tank P.W., Gest T., 2018)



2.1.1. Ligamentler

Bağlar, kemikleri diğer kemiklere bağlayan lifli yapılardır. Kalça eklemi, eklem kapsülünün etrafında yoğun ve lifli bir yapı oluşturarak kalçaya stabilite sağlamak için ligamentlerle çevrelenmiştir. Kalça eklemine bitişik bağlar şunları içerir:

- Iliofemoral ligament - Bu pelvisi eklem ön tarafındaki femur başlığına bağlayan Y şeklinde bir bağdır. Kalçaların aşırı uzamasını sınırlandırmaya yardımcı olur ve uyluğun addüksiyonunu, gövdenin ve uyluğun ekstansiyonunu kısıtlar.
- Pubofemoral ligament - Bu pubisin üst kısmı ve iliofemoral ligament arasında uzanan üçgen şekilli bir bağdır. Pubis'i femur kafasına bağlar. Uyluğun pronasyonunu kısıtlar. Aynı zamanda uyluğun ve gövdenin ekstansiyonunu kısıtlar.
- İskiofemoral ligament - Bu, asetabulumun arkasındaki ischiumdan çıkan ve eklem kapsülünün lifleri ile birleşen kuvvetli lif grubudur.
- Ligamentum teres - Bu femoral başın ucundan asetabulumuza uzanan küçük bir ligamenttir. Kalça hareketinde bir rolü olmamasına rağmen, femoral başın bir kısmına kan sağlayan küçük bir atardamar vardır.
- Asetabular labrum - labrum, asetabular soketi çizen fibröz kıkırdaktır. Kalça eklemine stabilitesini ve gücünü arttıran boşluğu derinleştirir (Patient Education Library [Hasta Eğitim Kütüphanesi], 2018).

2.1.2. Kaslar ve tendonlar

İliotibial bant denilen uzun bir tendon, kalçadan dizine uzanan femur boyunca ilerler ve aşağıdakiler de dahil olmak üzere çeşitli kalça kasları için bir bağlantı yeri olarak hizmet eder:

- Gluteals - Bunlar kalçayı oluşturan kaslardır. Pelvisin arkasına bağlanan ve femurun daha büyük trokanterine giren üç kas (gluteus minimus, gluteus maximus ve gluteus medius) vardır.
- Aduktörler - Bu kaslar uylukta yardımcı olur, bu da adduksiyona yardımcı olur, bacakları tekrar orta hatta doğru çeker.
- Iliopsoas: Bu kas kalça eklemine önünde bulunur ve fleksiyon sağlar. Alt sırt ve pelvis kaynaklı derin bir kastır ve femurun üst kısmının iç yüzeyine kadar uzanır.
- Rectus femoris - Uyluğun önünde bulunan en büyük kas bantıdır. Ayrıca kalça fleksörleridir.
- Hamstring kasları - Bunlar pelvisin dibinde başlar ve uyluk arkasından aşağı doğru koşarlar. Kalça eklemine arkasından geçtikleri için, kalçanın geriye doğru çekilerek uzatılmasına yardımcı olurlar (Patient Education Libary [Hasta Eğitim Kütüphanesi], 2018).

2.1.3. Sinir ve arterler

Kalça hareketinin sınırları, kalça hareketine yardımcı olmak için beyinden kaslara sinyal verir. Ayrıca, dokunma, ağrı ve sıcaklık gibi duyuşal sinyalleri beyne geri taşırlar. Kalça bölgesindeki ana sinirler femurun ön tarafındaki femoral sinir ve arka tarafta siyatik sinir içerir. Kalça hareketi ayrıca obturator sinir olarak bilinen daha küçük bir sinir tarafından sağlanır. Bu sinirlere ek olarak, alt ekstremiteye kan sağlayan kan damarları vardır. Vücudun en büyük arterlerinden biri olan femoral arter, pelvisin derinlerinde ortaya çıkar ve üst baldırın önünde hissedilebilir. Fonksiyonel olarak kalça eklemi çok yüksek bir hareket aralığına sahiptir (Patient Education Libary [Hasta Eğitim Kütüphanesi], 2018).

2.1.4. Kalça eklemi fonksiyonu

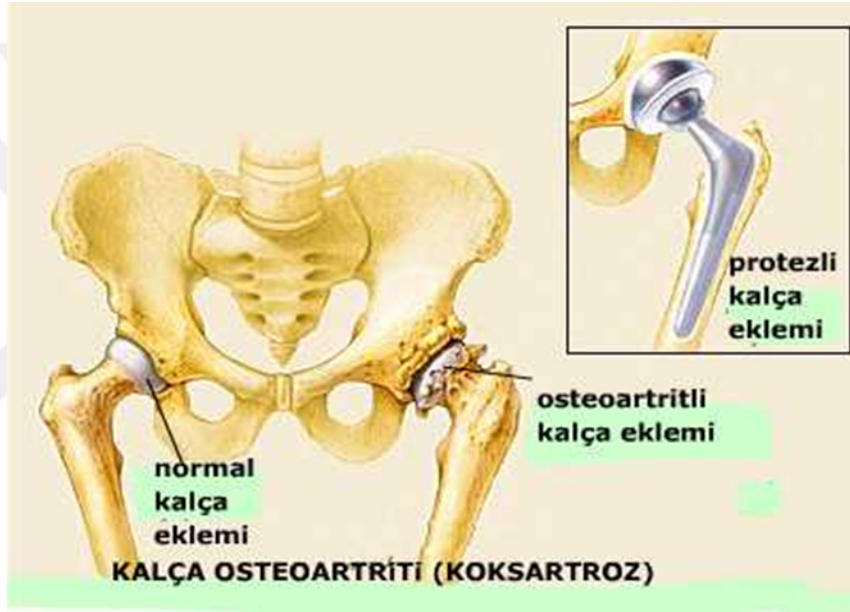
Eklem top ve soket yapısı, femurun 360 derecelik bir daire içinde serbestçe dolaşmasına izin verir. Femur ayrıca kalça eklemine ekseninde yaklaşık 90 derece dönebilir. Sadece omuz eklemi kalça eklemi kadar yüksek düzeyde hareketlilik sağlar. Esnek olmanın yanı sıra, her kalça eklemi, vücudun üzerinde bulunan diğer kuvvetlerle birlikte vücudun ağırlığının yarısını destekleyebilmelidir (Barclay, 2017).

2.2. Total Kalça Protezi Ameliyatı (Total Kalça Artroplastisi)

Total kalça protezi ameliyatı osteoartrit (Resim 3), romatoid artrit, gelişimsel kalça displazisi, travmaya bağlı kalça kırıkları (Resim 4), aseptik nekroz (Resim 5), metabolik hastalıklar gibi nedenlerle yapılmaktadır.

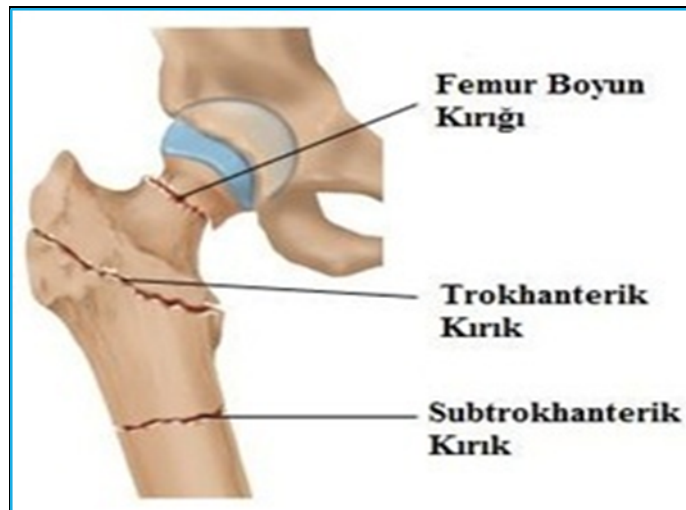
Modern protez yaklaşımı; ilk kez 1960 yılında Sir J. Charnley'in yaklaşımı ile başlamıştır. Yapılan total kalça replasmanı ameliyatının zaman içerisinde gelişen cerrahi teknikler ve teknolojik gelişmeler sayesinde etkinliği artmıştır. Femoral komponent ve asetabulumun birlikte değiştirilmesine total kalça artroplastisi (Total kalça protezi), yalnızca femoral komponentin değiştirilmesine hemiarthroplastisi (parsiyel kalça protezi) denir (Foran, 2015).

Resim 2.3. Osteoartritli Kalça Eklemi ve Protezli Kalça Eklemi (www.mayoclinic.org, 2018)

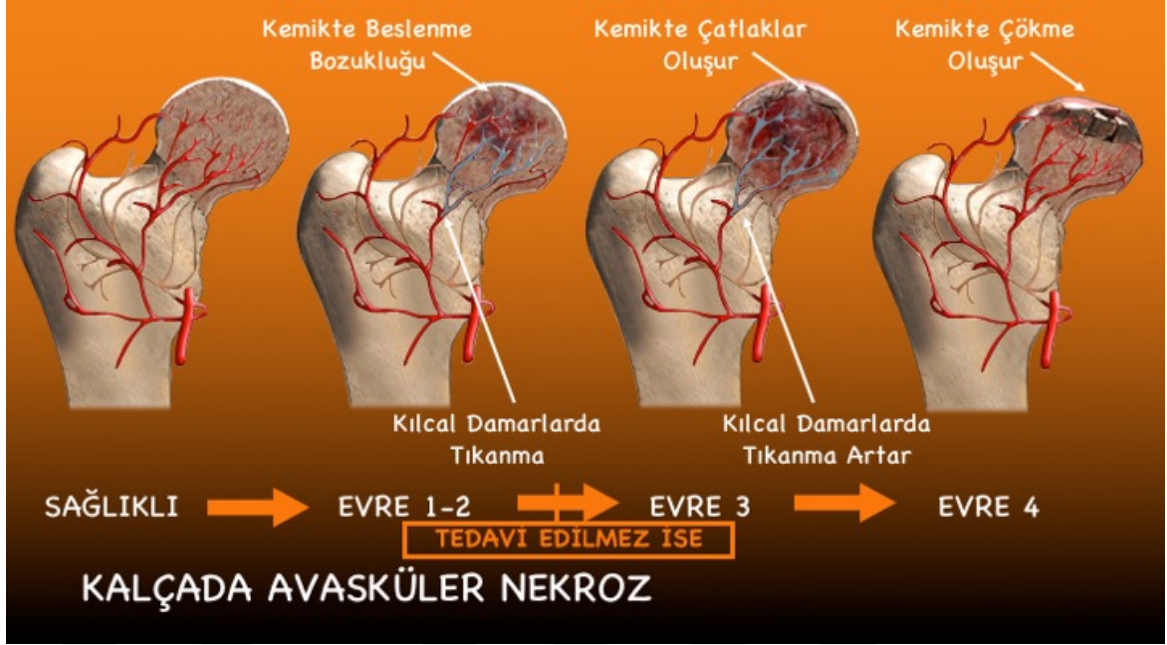


Kronik kalça ağrısı ve maluliyetin en yaygın nedeni artritir. Osteoartrit, romatoid artrit ve travmatik artrit bu hastalığın en sık görülen formlarıdır (Foran, 2015).

Resim 2.4. Femur Boyun Kırıkları (Duymuş T.M., 2018)



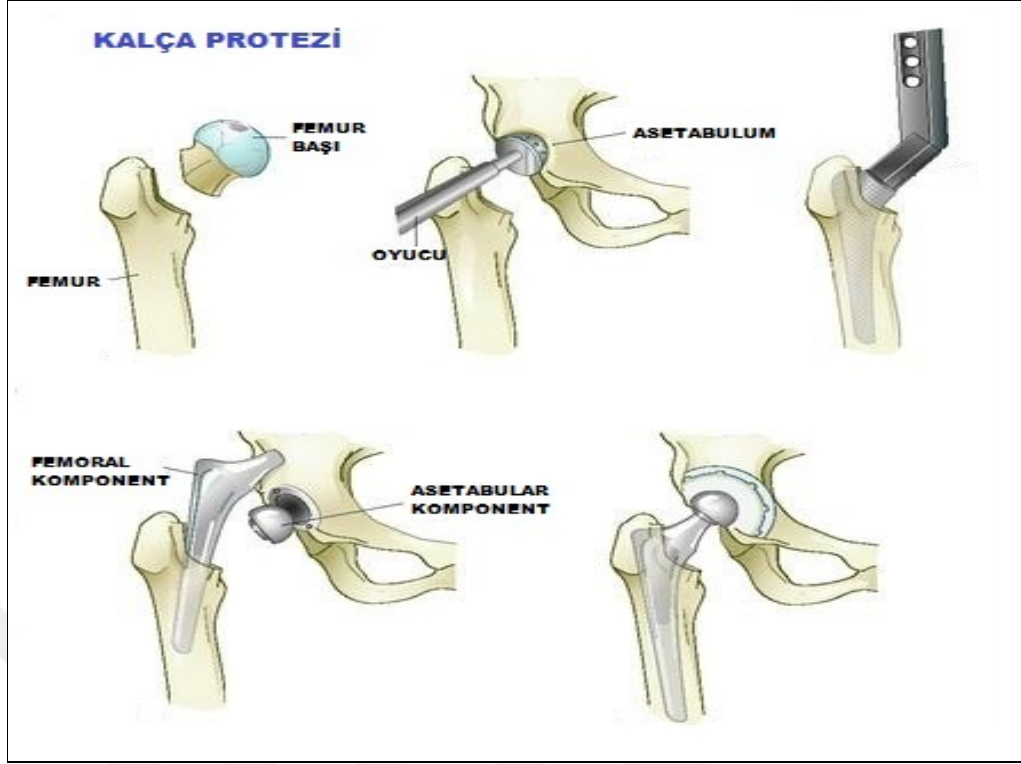
Resim 2.5. Kalçada Avasküler Nekroz Gelişimi (Mayo Clinic, 2017)



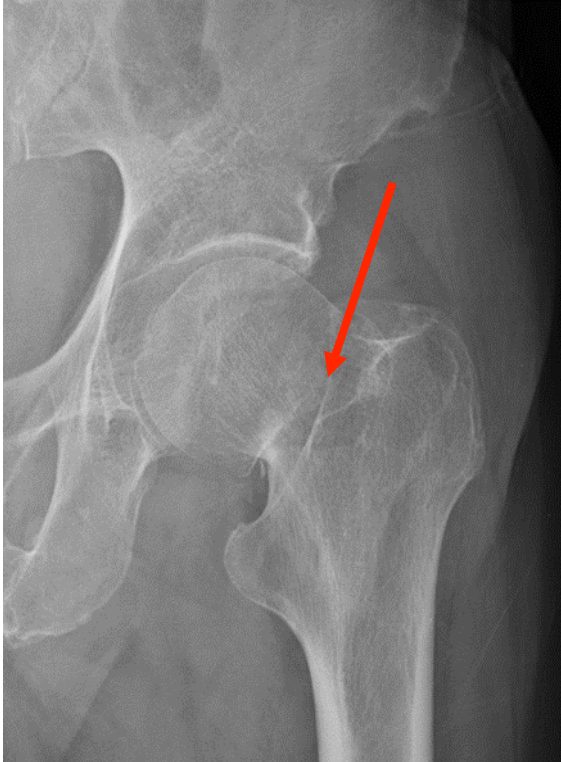
Total kalça artroplastisinde hasarlı kemik ve kıkırdak çıkarılır yerine protez componentler yerleştirilir. Total kalça artroplastisi aşağıdaki basamaklarda gerçekleştirilir;

- Hasarlı femur başı kesilerek çıkarılır ve femurun içi femoral stem için hazırlanır. Hazırlanan femoral stem femur içindeki boşluğa uygun ölçü seçilerek yerleştirilir. Bazen yerleştirmede çimentoda kullanılabilir.
- Femoral stemin üst kısmına metal veya seramik bir top yerleştirilir. Bu top, çıkarılmış olan hasarlı femur başının yerini alır.
- Soketin (asetabulum) hasarlı kıkırdak yüzeyi temizlenir ve oyularak hazırlanır. Asetebulum yuvasına metal bir soket yerleştirilir. Soketi yerinde tutmak için bazen vida veya çimento kullanılır.
- Yumuşak bir kayma yüzeyi sağlamak için yeni top ve yuva arasına plastik, seramik veya metal bir ara parçası yerleştirilir. Böylece yeni kalça eklemi oluşturulmuş olur.

Şekil 2.1. Total Kalça Protezi Ameliyatı Basamakları (Foran, 2015).



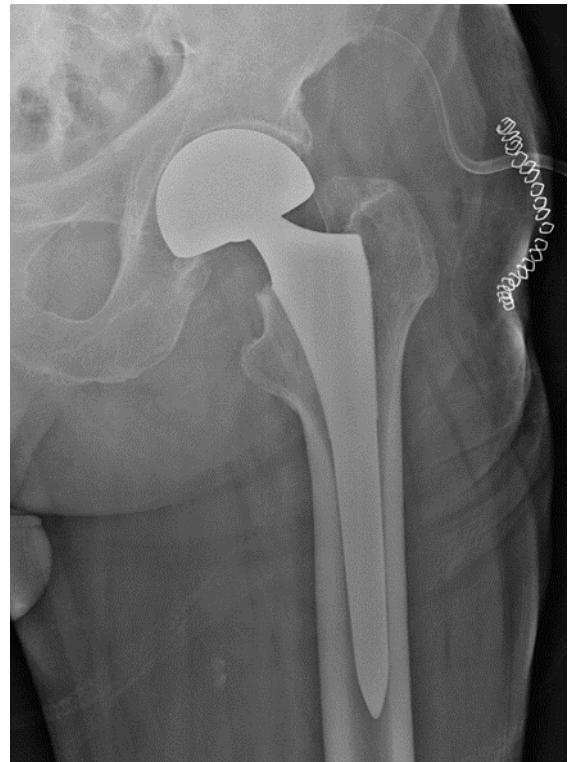
Şekil 2.2. FBK Gelişen Hasta Grafisi



Şekil 2.3. FBK Sonrası TKP Uygulaması

Erişim Adresi (04 Nisan 2018):

www.ortopedia.com.tr.2018



2.3. Hemşirelik Kavramı

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre hemşirelik her yaştan, aileden, gruptan ve toplumdan hasta veya sağlıklı olduğu tüm durumlarda bireylerin özerk ve işbirlikçi bakımını kapsar. Sağlığın teşviki, hastalığın önlenmesi sağlar ve hasta, engelli ve ölen kişilerin bakımını içerir der (Dünya Sağlık Örgütü, 2018). Türk Hemşireler Derneği 1981 yılında yapmış olduğu tanımda hemşireyi bireyin, ailenin ve toplumun sağlığının korunmasından sorumlu tutmuştur. Bu sorumluluğu yerine getirme sürecinde de hedefine yönelik hemşirelik bakım planının uygulanmasını, değerlendirmesini yerine bununla birlikte bireyin ve toplumun sağlık eğitiminden sorumlu profesyonel bir sağlık disiplindir şeklinde tanımlamıştır (Türk Hemşireler Derneği, 2018). İlk kez 02 Mart, 1954 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanan ve 25.04.2007'de yapılan kanun değişikliği ile hemşireliğin tanımında eğitim seviyesinde revizyon yapılmış ve üniversitelerin hemşirelik alanında lisans eğitimi veren fakülte ve yüksek okullarından mezun olan kişilere hemşire ünvanının verileceği belirtilmiştir (Resmi Gazete, 2007).

Modern hemşireliğin kurucusu Florence Nightingale pek çok kez söylemleri ile hemşirelik mesleğinin önemini vurgulamış ve insana tanrının en önemli hediyesi olan yaşamın hemşirenin ellerine bırakıldığından bahsetmiştir. Hemşirelik profesyonel bir meslek dalı olarak, teorinin araştırma ve uygulamaya yön vermesi ile sahip olduğu potansiyeli ortaya koymak zorundadır. Hemşirelikte teorik bilginin ve kavramların oluşması oluşan bu kavramlar doğrultusunda uygulamanın yapılması ve yapılan araştırmalar ile bu döngünün sürekli çalışması hemşireliğe bilim yönünü katan önemli bir süreçtir. Bilimsel yöntem: sistematik takip için ilkeler ve prosedürler olarak tanımlanmaktadır. Hemşirelik modelleri uygulama ortamında sorulan sorular ile geliştirilir, hipotezler çıkarılır (Winters ve Ballou 2004; Merriam Webster, 2017; Hoeck ve Delmar, 2017).

2.4. Sağlık ve Hastalık Kavramı

Sağlık, sadece sakatlığın veya hastalığın bulunmayışı değil aynı zamanda bireyin fizyolojik, ruhsal ve sosyal bakımdan da iyilik hali içerisinde olması şeklinde tanımlanmıştır (Dünya Sağlık Örgütü, 2018). Tanımlanan bu iyilik halini kaybetmiş insan da "Hasta İnsan" olarak tanımlanmıştır. İnsanların bireysel özellikleri ve içerisinde bulunduğu koşullar nedeni ile hastalık sürecinde de farklılıklar yaşanır ve bu nedenle hastalık her birey için farklı anlamlar taşır. Kişinin kendisi, öznel olma durumu, vücudu, yaşadığı çevre, evren ve hayat hakkındaki fikirleri kişinin hastalığa yüklediği anlamın şekillenmesinde rol oynar (Coleman, 2003).

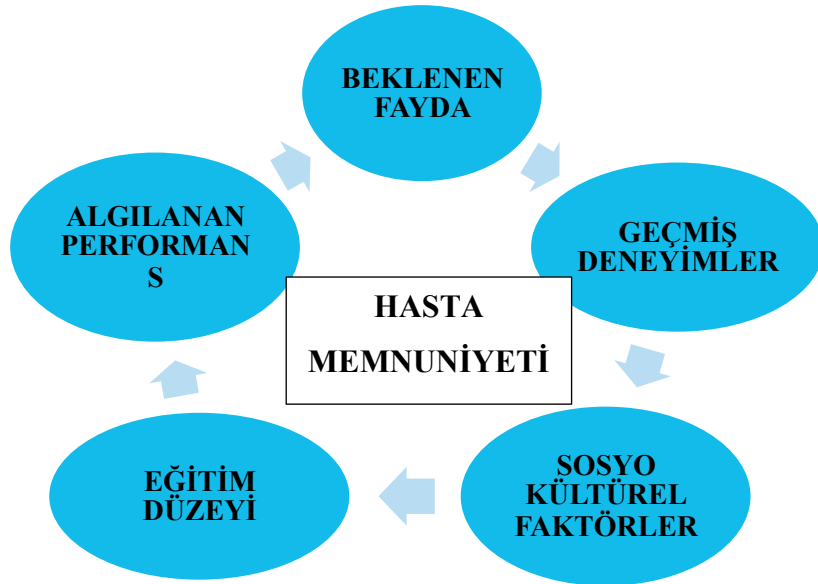
2.5. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Hasta memnuniyeti, birçok değişken tarafından etkilenen çok boyutlu bir sağlık hizmeti yapısıdır. Sağlık kalitesi, hasta memnuniyetini etkiler ve bu da olumlu hasta davranışlarını etkiler. Hasta memnuniyeti ve sağlık hizmeti kalitesi, ölçülmesi zor olsa da, hasta kararlarını ve uzman kararlarını birleştiren çok disiplinli bir yaklaşımla işlevsel hale getirilebilir (Naidu, 2009). Sağlık hizmeti sunucuları tarafından, toplumun sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili beklentilerinin en uygun şekilde karşılanması ve hasta memnuniyetinin sağlanması gerekir. Hastanın memnuniyetinin oluşması hastanın beklentilerinin doğru ve etkin şekilde karşılanmasıyla gerçekleşebilmektedir (Jones ve diğerleri, 1993; Çolak ve diğerleri, 2008).

Sağlıklı yaşama ve sağlığını koruyarak sürdürme hakkı insanın temel değişilmez, yadsınamaz haklarından biridir. Sunulan sağlık hizmetleri ile toplumun bu hakkı kullanması sağlanır. Önleyici sağlık hizmetleri (Birinci basamak), tedavi edici sağlık hizmetleri (ikinci ve Üçüncü Basamak) ve rehabilite edici olmak üzere sağlık kurumları tarafından sunulan, farklı yapılarıdaki hizmetlerdir. (Eser ve diğerleri, 2000; Hayran ve Sur, 1998).

Hasta memnuniyeti birçok faktörden etkilenmektedir.

Şekil 2.4. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler



Bunlardan başlıcaları; hastanın sunulan hizmetten beklediği fayda, algılanan performans, hastanın geçmiş deneyimleri, hastanın sosyokültürel yapısı ve yaşam şekli, eğitim düzeyi vb.dir (Hayran ve Sur, 1998; Çoban, 2006; Çolak ve diğerleri, 2008; Akgün ve diğerleri, 1998). Hasta memnuniyet düzeyinin ölçülmesi, hastaya sunulan hizmeti oluşturan

faktörlerin kalitesi konusunda fikir vereceği gibi bununla birlikte hizmet götürücülere verilmesi gereken hizmetin niteliğinin ve niceliğinin nasıl olması gerektiği konusunda verdiği verilerle de yönlendirir. Hasta memnuniyeti; hastaların kurumu tercihi için belirleyici bir faktör olmakla birlikte, kurum yapısı içerisinde tespit edilen ihtiyaçlar nedeni ile yeniden organizasyon yapısının şekillenmesinin sağlayıcısı, kalite göstergesinin temel unsuru olması bakımından önemlidir (Eser ve diğerleri, 2000; Demir ve diğerleri, 2000; Tengilimoğlu, 1997; Esatoğlu, 1997).

Basitçe söylemek gerekirse, hasta memnuniyeti, hastanın tıbbi uygulamanızda ne kadar iyi tedavi edildiğinin bir göstergesidir. “Ne kadar iyi” sadece bakım kalitesine değil, aynı zamanda bir hastanın aldığı tedaviye ne kadar mutlu olduğunu da ifade eder. Bu, bakım kalitesinin bir ölçütüdür ve sağlık hizmeti sağlayıcılarına, bakımlarının etkinliği ve anlama düzeyleri de dahil olmak üzere sağlık hizmetlerinin çeşitli yönlerine değerli bilgiler verir. Hasta memnuniyeti, her zaman kritik bir faktör iken, son zamanlarda sağlık alanında bir ivme kazanmıştır. Hasta merkezli sağlık ortamının ardından, hastalar sağlık hizmetlerini idare etmede daha büyük bir rol talep ediyor ve sağlayıcılarından daha yüksek düzeyde bir taahhüt ve bakım bekliyorlar. Sağlık hizmeti sağlayıcıları stratejik planlarını buna göre ayarlamaktadır (Esatoğlu ve Ersoy, 1997; Howard, 2017).

Hasta memnuniyeti ile ilgili pek çok araştırma yapılmakta ve araştırma yöntemleri kalitatif ve kantitatif olarak iki grupta yapılmaktadır. Her iki araştırma yöntemlerinde farklı ölçme teknikleri kullanılmaktadır (grup görüşmeleri yapmak, gözlem yapmak, video; karşı karşıya yapılan anketler, posta ile gönderilen ya da telefon görüşmeleri ile yapılan anketler şeklindedir (Kavuncubaşı, 2000). İdeal çalışmaların bu tekniklerin (kantitatif ve kalitatif) karması sonucu oluştuğu belirtilmiştir (Esatoğlu ve Ersoy, 1997).

Sağlık kurumlarında hasta memnuniyeti; medikal bakım hizmetleri, hasta bakım hizmetleri, laboratuvar/radyoloji hizmetleri, hizmet sunucuların iletişim becerileri, otelcilik hizmetleri, teknolojik altyapı, sunulan hizmetin süresi, kurumsal ve bürokratik işlemlerin yoğunluğu, yönetimin yaklaşımı ve ücret politikasından etkilenmektedir (Engiz ve diğerleri, 1997; Saatli ve diğerleri, 2003).

Hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeylerini ölçmeye yönelik bir takım çalışmalar yapılmıştır. Arslan ve Kelleci'nin 2011 yılında yaptığı çalışmada yatan hastaların hasta bakım hizmetlerinden (hemşirelik) memnuniyet düzeylerini ölçülmüş. Memnuniyet düzeyini etkileyen faktörler tanımlanmış. Çalışma sonucunda hastaların memnuniyet düzeyi düşük bulunmuştur. Çalışmada hastaların beklentileri içerisinde ilk sıralarda yer alan, öncelikli olanlar; hemşireye acil durumda ulaşabilme ve gerekli bakımı alma, hemşireler tarafından uygulanan tedavinin doğru olmasıdır. Hemşirelerin

hizmetlerini doğru, güvenilir şekilde yapma becerileri ile hastaya empatik yaklaşım sergileyebilme özellikleri hastaların önem verdikleri konular arasında öncelikli bulunmuştur. Daha az önceliğe sahip konu başlıkları ise hemşirelerin sahip oldukları bilgileri ile hastaya gösterdikleri saygı, yardımcı olma özellikleridir (Arslan ve Kelleci, 2011). Hastanelerin sahip olduğu fiziksel olanakların ise diğerleri kadar önem arz etmediği, en az öneme sahip olduğu tespit edilmiştir (Kane ve diğerleri, 2007, Aiken ve diğerleri, 2002; Needleman ve diğerleri, 2011).

2.5.1. Sağlık hizmetinin sunulduğu hasta ile ilgili özellikler

Hastanın sosyokültürel durumu, yaşı, sahip olduğu sosyal güvencesi, cinsiyeti, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, hastalık tanısı, hastalığının tedavi şekli ve yatış süresi hasta memnuniyetini etkileyen faktörler olarak belirtilmiştir (Kavuncubaşı, 2000; Türköz ve diğerleri, 1998; Alcan, 1997). Bununla birlikte Samsun 'da yapılan bir başka çalışmada "Cinsiyetin" sağlık kuruluşlarında verilen hizmete duyulan memnuniyete etkisi saptanmamıştır (Sünter ve diğerleri, 2006).

Hastaların eğitim düzeyi ile memnuniyet düzeyleri arasında ters orantılı bir ilişki olduğu yapılan araştırmalar ile ortaya konmuştur. Eğitim düzeyi arttıkça sunulan hizmetlerinden duyulan memnuniyet düzeyinin düştüğü bulunmuştur (Esatoğlu ve Ersoy, 1997; Sünter ve diğerleri, 2005; Öztürk ve diğerleri, 2005; Murdock ve Griffin, 2013). Hastanın eğitim düzeyi yükseldikçe, kendilerine yapılan bilgilendirme seviyesinden duydukları memnuniyet düzeylerinin azaldığı belirtilmektedir (Esatoğlu ve Ersoy, 1997). Yaşam beklentisi ve komorbiditelerindeki paralel artış, kurumların sağlık hizmetlerden elde ettikleri gelir sağlık ekonomisini doğrudan etkilerken, hemşirenin rolüne yeni zorluklar katmaktadır. Bu dönüştürücü sağlık çağında, hastalar hemşirelerden ve diğer sağlık profesyonellerinden daha fazlasını bekleyen tüketiciler konumuna gelmişlerdir. Eğer hasta eğitim düzeyi düşükse bu hasta memnuniyetini artırır (Murdock ve Griffin, 2013). Trabzon'da yapılan bir başka çalışmada hastaların eğitim düzeyi yükseldikçe beklenti düzeyinin arttığı saptanmıştır (Bostan ve diğerleri, 2005). İzmir'de Devebakan ve arkadaşları tarafından 2005 yılında yapılan bir başka araştırmada ise hastaların medeni durumları ile kendilerine sunulan hizmetlere yönelik kalite algıları arasında önemli bir farklılığa rastlanmıştır (Devebakan ve Yağcı, 2005).

Hastanın yaşının sunulan sağlık hizmetinden duyulan memnuniyete etkisi çalışmalarda farklı sonuçlar ortaya koymuştur. Bazı araştırmalarda hastanın yaşı ilerledikçe sağlık hizmetlerinden memnuniyetin arttığı (Türköz ve diğerleri, 1998; Alcan, 1997; Öztürk ve diğerleri, 2005) bazı çalışmalarda ise yaşın sağlık hizmetlerinden memnuniyete etkisi

olmadığı saptanmıştır (Ercan ve diğerleri, 2004). Yapılan bir başka çalışmada ise hastaların yaşı küçüldükçe beklenti düzeylerinin yükseldiği görülmüştür. Buna bağlı olarak yaşın küçülmesine bağlı beklenti düzeyindeki artış hastaların memnuniyet düzeyinde azalmaya neden olmuştur (Bostan ve diğerleri, 2005).

Yapılan bir başka çalışmada, sosyal güvence durumunun, sunulan hizmetten duyulan memnuniyeti etkileyen bir değişken olduğu saptanmıştır (Ercan ve diğerleri, 2004). Trabzon’da yapılan bir araştırmada sosyal güvenceleri Emekli Sandığı olan hastaların sunulan hizmetten beklenti düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Bostan ve diğerleri, 2005). İzmir’de yapılan bir başka çalışmada ise hastaların farklı sosyal güvenceye sahip olmaları ile aldıkları hizmete yönelik kalite algılamada anlamlı bir farka rastlanmıştır (Devebakan ve Yağcı, 2005).

2.5.2. Sağlık hizmeti sunucularına ilişkin özellikler

Hasta memnuniyeti ve hastalarla sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında hasta odaklı iletişim ve güvene dayalı bir ilişki, hasta memnuniyetini artırmaktadır. Sağlık hizmeti sunucularının (hemşire, doktor ve diğer hastane çalışanları) iyi bir iletişim becerisine sahip olması öncelikli aranan nitelikler arasındadır (Devebakan ve Yağcı, 2005; Murdock ve Griffin, 2013). Chen ve arkadaşları tarafından 2017 yılında yapılan retrospektif bir çalışmada 914 doktora yönelik 51896 anket analiz edilmiş ve bu çalışma sonucunda “ Hekimlere yönelik hasta memnuniyeti hekim uzmanlığı ve yaş ile ilişkilidir” sonucuna ulaşılmıştır. Doktorun cinsiyeti, etnik kökeni ve ırkı ile memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Chen ve diğerleri, 2017).

Kasım 2017 yılında Sorumlu Hekim Uygulamaları Konseyi (Council of Accountable Physician Practices= CAPP) tarafından yapılan çalışmada sağlık hizmeti sunucularının özellikleri ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişki ortaya konmuştur. Hasta ile sağlık hizmeti sunucuları arasındaki ilişkinin hizmet kalitesini yansıttığı ve bu kaliteyi etkileyen üç önemli faktör tespit edilmiştir. Bunlar; empati, güçlü iletişim becerileri, tedavinin kanıta dayalı olması ve hasta ile sağlayıcı arasında bir miktar ortak karar almayı içermesi gerektiği belirtilmiştir. Hastalar genellikle bilgili, kaygılarını dinleyen, tıbbi kavramları açık ve net bir şekilde açıklayan, yeterli zaman ayıran hizmet sunucularını tercih ettikleride hazırlanan raporda ortaya konmuştur (Heath, 2017).

Araştırmalar, hizmet sunanlara ilişkinin hem bakım sonuçlarına olumlu yansıdığını hem de hasta memnuniyetini artırdığını ileri sürmüştür. Massachusetts Genel Hastanesi’nde 2016 yılında yapılan bir çalışmada, empati özelliği yüksek olan doktorlar tarafından tedavi edilen el cerrahisi geçiren hastaların algıladıkları bakım kalitesinin yüksek olduğu

bulunmuştur. Bakım kalitesi ve hasta memnuniyeti anketlerinin genel bir değerlendirmesi, hasta memnuniyetinin yüzde 65'inin klinisyen empatisine bağlandığını göstermiştir (Heath, 2017).

2.5.3. Sağlık hizmetinin sunulduğu kuruma ilişkin özellikler

Hasta memnuniyetini artırmanın gerekliliğini kabul etmek önemli bir ilk adımdır, buradan en iyi sonuçları hangi değişimlerin vereceğini anlamak zor bir görev olabilir. İnternet ve sosyal medya platformları sayesinde hastalar artık sağlayıcılarının sundukları bakım kalitesinin farkındadır. Hastalar rahatlık, şeffaflık ve işbirliği için yeni beklentilerle yeni stratejiler, bakım standartları beklemektedirler (Heath, 2017).

Sağlık hizmetlerine erişim süresi hastaların kurumlardan duydukları memnuniyet düzeyinde değerlendirmeye aldığı bir nokta olarak tespit edilmiştir. CAPP'ın (Council of Accountable Physician Practices) 2017'de sunduğu raporda; acil servis hizmetleri dışında, diğer sağlık hizmetlerine geleneksel çalışma saatinin dışında ulaşabilmek sağlık kuruluşlarının tercihinde önemli bir faktör olarak belirtilmiştir. Buna ek olarak kurumların dijital araçları hizmet sunumunda kullanma şekilleri de değerlendirmeye aldıkları bir başka konu olarak tespit edilmiştir. Yine sunulan raporda; genç hastaların dijital iletişime daha fazla yatkın olduğu belirtilirken, yaşlı hastaların hizmet sağlayıcılarla yüz yüze etkileşimi tercih ettikleri belirtilmiştir. Bu anketteki hastalar ayrıca hastaların hasta portalı üzerinden sağlık verilerine erişiminin kalitesi üzerindeki şüphelerini de belirtmişlerdir (Heath, 2017).

Yapılan araştırmalarda kuruma ait özelliklerin örneğin; hastane temizliği, havalandırma, gürültü düzeyi, ulaşılabilirliği, otopark yeterliliği, bekleme alanlarının konforu, aydınlatma, hizmet alma süresi bir başka deyişle hastaların bekleme süreleri, ortam ısısı, hasta ve ziyaretçi politikası, sosyal imkanlarının hasta memnuniyetini etkilediği bulunmuştur (Kavuncubaşı, 2000; Esatoğlu, Ersoy,1997; Ercanl, Ediz, 2004).

Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından 2003 yılında yapılan yaşam memnuniyeti araştırmasında sağlık kurumlarından memnuniyet oranı ile 2016 yılında TUIK tarafından yapılan Yaşam Memnuniyeti Araştırması'nın "Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet" oranındaki % 41'den % 77,8'e varan artış ile kamu hastanelerinin fiziksel koşullarında ve hasta bakım sürecinde yapılan revizyonların memnuniyet düzeylerine etkisi görülmüştür. (TUIK, 2016). Sağlık hizmeti sunan kurumun fiziki koşulları İzmir'de yapılan bir başka çalışmada en az öneme sahip unsur olarak değerlendirilmiştir (Devebakan ve Yağcı, 2005).

Hastanelerin sunduğu hizmetin kaliteli olduğunu söyleyebilmek için hasta güvenliği hedeflerinin gerçekleştirilmesi, hasta odaklı çalışmanın gerçekleşmesi, sağlıklı çalışma

yaşamının sağlanması, bunlarda sürekliliğin, etkililiğin, etkinliğin oluşması, verimliliğin ölçülmesi, hakkaniyetin gözetilmesi, hastaya uygunluğun doğru zamanda verilmesi gerekmektedir (TKKP, 2018).

Kennedy ve arkadaşları 2014 yılında yaptıkları 171 hastaneyi kapsayan çalışmada, hastanelerin sunduğu hizmetin kalitesinin bir ölçütü olarak hasta memnuniyetinin ölçülmesi ve ölçüm sonunda aldıkları puan artışı ile kurumların tercih edilme ölçütleri arasındaki bağlantıya dikkat çekmişlerdir. Hastanenin büyüklüğü, ameliyat hacmi ve düşük mortalite ile hasta memnuniyetinin ilişkili olduğunu bulmuşlardır (Kennedy ve diğerleri, 2014). Sonuç olarak sağlık kurumlarında verilen hizmetin kalitesini değerlendirmede hasta memnuniyet düzeyinin ölçülmesi önemli bir faktördür. Memnuniyet düzeyi; hastaların sosyo demografik özellikleri yani hastaya ait faktörlerden, kuruma ait faktörlerden ve hizmeti sunanlara ait faktörlerden etkilenmektedir (Varinli, 2004; Özer ve Çakıl, 2007). Hastanelerin sunduğu hizmetin kaliteli olduğunu söyleyebilmek için hasta güvenliği hedeflerinin gerçekleştirilmesi, hasta odaklı çalışmanın gerçekleşmesi, sağlıklı çalışma yaşamının sağlanması, bunlarda sürekliliğin, etkinliğin ve etkililiğin oluşması, verimliliğin ölçülmesi, hakkaniyetin gözetilmesi gerekmektedir (TKKP, 2018).

2.6. Hemşirelik Hizmetleri ve Kalite

Türkiye’de sağlıkta kalite alanındaki çalışmalar 2003 yılında başlamıştır. Sağlıkta Kalite Standartları’nda (SKS) 1100 adet değerlendirme ölçütü mevcuttur. Bu kalite değerlendirme ölçütlerinde hemşirelik hizmetleri önemli bir yer tutmaktadır (T.C.Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Kalite Standartları, 2018).

Hemşirelikte hizmetlerinde kalitenin iyileştirilmesi idari bir görev midir? Yoksa mesleki bir sorumluluk mudur? sorusuna yanıt arayan Shigeo Izumi 2010 yılında yazdığı makalesinde çarpıcı konulara değinmiştir. Sağlık profesyonelleri için kaliteli hizmet sunmak ve mükemmellik için çabalamak etik sorumluluklardır. Bununla birlikte, ABD’deki birçok hastanede, hemşireleri kapsayan mevcut kalite iyileştirme çalışmalarının her zaman profesyonel hesap verilebilirlik ve mesleki değerlerden kaynaklanmadığını gösteren kanıtlar da vardır. Kalite iyileştirme çalışmaları hemşireler için etik bir standarttan ziyade idari bir görev haline gelmiştir. Pek çok hemşire için kalite iyileştirme çalışmaları hemşirenin meslek etiği ile idari görevi tanımı kavramları arasında gerileme neden olmuştur (Izumi, 2010).

Amerika Birleşik Devletlerinde sağlık hizmetlerinde kalitenin bozulmasına neden olan sistem çapındaki problemleri çözmek için, imalat sanayinden sağlık hizmetlerine kalite iyileştirme kavramı getirilmiştir (Lighter, 1999). Sağlık hizmetlerinde benimsenen kalite

iyileştirme modeli; verimliliği artıran, maliyetleri düşüren ve kurumları daha rekabetçi hale getiren prensiplere dayanmaktadır (Bennett ve Slavin, 2002). Model, hastane hizmet hattındaki kusur ve atıkları tanımlamaya ve süreci daha iyi yönetmek için; süreci hızlandırmaya odaklanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde kalite iyileştirme çalışmalarının amacı tedavi sürecini hızlandırarak morbidite, ilaç hataları, tekrar kabul, kalış süresi ve mortalite gibi sonuçların iyileştirilmesine odaklanmıştır. Bu sürecin temel taşlarından birisi de hemşirelik hizmetleridir (Baily ve diğerleri, 2006; Bennett ve Slavin, 2002).

Hastane bakım kalitesi ve bakımın iyileştirilmesi ihtiyacına olan ilginin artmasıyla birlikte, kalite iyileştirme ABD hastanelerinde idari bir görev haline gelmiştir. Her ne kadar dikkatin sadece maliyetin korunmasından kalitenin iyileştirilmesine kayması cesaret verici olsa da, kalite iyileştirmelerine yönelik mevcut yaklaşım, hemşirenin mesleki değerlerini zayıflatma potansiyeline sahip olduğunu belirtmiştir (Izumi, 2010).

Hemşireler, hasta bakım kalitesindeki yetersizliğin nedenini, hasta-hemşire oranının yetersiz olmasıyla ilişkilendirmişlerdir. Hemşirelerin bakış açısına göre düşük kaliteli bakımın temel nedeni: hastaların hastanede kalış süresinin kısaltılması, hastanede yatan hastaların daha yüksek oranda riskli olması ve hastane maliyetlerin azaltılmak için sayıca hemşirelerin yetersiz bırakılması ve bu nedenle hemşirelerin iş yüklerindeki önemli artış olarak belirtmişlerdir (ANA, 1999; Erlen, 2004; Gordon, 2005; Ludwick ve Silva, 2003; Shindul-Rothchild ve diğerleri, 1996). Hemşireler artan iş yükleri sebebi ile tükenmiş ve tatminsiz hissetmekte olduklarını ve yeterli hemşirelik bakımı sağlamak için daha az zamanları olduğunu bu nedenle de hasta güvenliğinin tehlikeye düştüğünü belirtmişlerdir (Aiken, ve diğerleri, 2000; Aiken ve diğerleri, 2002; Ludwick ve Silva, 2003; Shindul-Rothchildy ve diğerleri, 1997; Vahey ve diğerleri, 2004). Bir dizi araştırmacı, hemşire kadrosu ve hastaların bakım sonuçları arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır (Aiken ve diğerleri, 2008; Aiken ve diğerleri, 2002; Needleman ve diğerleri, 2011; Sochalski, 2004; Vahey ve diğerleri, 2004). Aiken ve arkadaşları 2002 yılında yaptığı çalışmada daha yüksek bir hasta-hemşire oranının sadece olumsuz hasta sonuçlarıyla ilişkili olmadığını, ancak hemşirelerin tükenmişlik ve iş memnuniyetsizliği oranlarının arttığını ve bu durumun hemşireleri, güçsüzlük ve ahlaki sıkıntı duyguları ile ilişkilendirdiğini bulmuşlardır. Moralde meydana gelen düşüş, sağladıkları bakım kalitesinin daha da kötüleşmesine yol açmaktadır (Erlen, 2004). Hemşirelerin bakış açısına göre, bugünün sağlık sisteminde yetersiz personel alımı, hastane bakım kalitesinin bozulmasının başlıca nedenidir. Bu nedenle, hemşirelikte birçok kalite geliştirme çalışması, hasta-hemşire oranını azaltmaya odaklanmıştır. Amerikan Hemşireler Birliği (ANA), sağlık hizmeti alanları ve sağlık politikalarını üretenleri, yatak başında yeterli sayıda hemşire

bulundurmanın hasta bakım kalitesine ve hasta güvenliğine olumlu katkısı yönünde eğitmeye çalışmıştır (ANA, 1999).

Yapılan pek çok çalışmada yüksek hasta-hemşire oranının; daha yüksek bir hasta mortalite oranı ve diğer negatif kalite sonuçları ile ilişkili olduğuna dair kanıt sağlamıştır (Aiken ve diğerleri, 2008; Aiken ve diğerleri, 2002; Needleman ve diğerleri, 2011; Sochalski, 2004; Vahey ve diğerleri, 2004). Bununla birlikte, sayıca hemşirenin artmasının hemşirelik bakım kalitesini artıracakı iddiası, dikkatli bir değerlendirme gerektirmektedir. Yeterli sayıda hemşireye sahip olmak, güvenlik ve bakım kalitesini güvence altına almak için kritik öneme sahiptir. Ancak, bunun sadece hemşirelerin nicel olarak yeterli olup olmadığı ile ilişkili olmadığı çalışmalarla incelenmiştir. Hemşirelerin niteliklerinin de yani yetkinlik ve uzmanlıklarının da önemli olmasıdır. Birçok araştırmacı daha fazla eğitim alan ve daha deneyimli, mesleki bağlılık ve daha iyi iletişim becerilerine sahip hemşirelerin tıbbi hataları, hasta düşme oranını ve mortaliteyi azaltmaya yardımcı olduğunu bulmuştur (Aiken ve diğerleri, 2003; Aiken ve diğerleri, 2011; Blegen ve diğerleri, 2001; Estabrooks ve diğerleri, 2005).

Uluslararası Hastane Akreditasyon Kuruluşu (Joint Commission International) hemşirelik hizmetlerinde kaliteyi “Belirlenen standartlar doğrultusunda verilen hizmetlerin; ölçülebilir, yenilenebilir, geliştirilebilir ve izlenebilir” olmasını belirtmiştir (JCI, 2016). Üretilen hizmetin kaliteli olabilmesi için ilgili eğitimi almış personel, yeterli araç gereç desteği, işleyişi açık ve net hale getiren yazılı prosedürler ve talimatlar ve bunların uygulanabilirliğinin sürekli izlenmesi ve ölçülmesi ve gerektiğinde revizyonlarla yenilenmesi gerekmektedir (Akdemir, 1994; Ovayolu, Bahar, 2006; Draper ve diğerleri, 2008). 2001 yılında Aksoy tarafından yapılan çalışmada hemşireler verilen bakımın kalitesini, hastanın beklentilerinin ve ihtiyaçlarının karşılanması olarak değerlendirmişlerdir. Sağlık hizmeti sunumu hemşirelerin bilgi, beceri ve deneyimden etkilenmektedir (Aksoy, 2001; Uyer 1993). Kaliteli hizmet sunumunu değerlendirmek, kurumun belirlediği amaç ve hedeflere yönelik hizmet verip vermediğini takip etmek için SKS’de belirtilen ve görev yapması zorunlu kılınmış komitelerde hemşirelik hizmetlerinden en az bir temsilcinin bulunması hemşirelik hizmetinin önemini ortaya koymaktadır (T.C.Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Kalite Standartları, 2018).

Hemşirelikte kalite, sağlık hizmeti sunumunda yer alan sistemlerini doğru şekilde planlamak, uygulamak, doğru modelleri örnek almak, sunulan hizmetten yararlananların memnuniyetini arttırmak ve kaliteli hizmetin yapılabilmesi için organizasyona gerekli yatırımı yapmaktır (Sözüer ve diğerleri, 1998).

Sağlık Bakanlığı Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığınca ülkemizde her yıl yapılan kalite değerlendirmeleri ile hizmet sunumuna ilişkin puanlandırmalar yapılmaktadır. Her bölümün değerlendirmesi yapıldığı gibi hemşirelik hizmetlerinde kaliteli bakımın sunulup sunulmadığı belirlenen göstergeler ile izlenmekte ve ölçülebilmektedir. Bu sistem ile hemşirelik hizmetlerinde kalite iyileştirilebilir olma özelliğini ve izlenebilirliğini sürdürmektedir. Kuramlar gereksinimleri doğrultusunda bakanlığın belirlediği zorunlu standartlara ek olarak standartlar geliştirebilir. Sağlık Bakanlığı’da 2003 yılında başlattığı kalite çalışmaları ile bu doğrultuda standartlar oluşturmuştur. Hemşirelik hizmetleri tarafından kaliteli ve etkili bakım vermeye yönelik kullanılan bazı hasta değerlendirme ölçeklerinin kullanımı istenmiştir. Bu ölçekler; Waterlow Risk Değerlendirme Ölçeği veya Braden Risk Değerlendirme Ölçeği (Basınç yaralarının oluşma ve değerlendirme skalası), İtahi ve Harizmi Düşme Riski Ölçekleri, Beslenme puan ölçekleri kurum tercihinin bırakılmıştır (Mini Nutritional Assessment vb.). Bu ölçekler ile toplanan verilerin sonuçları hemşireler tarafından değerlendirilmekte, sonuçlara göre hemşire bakım planları düzenlenmektedir. Gerçekleşen olaylar (hastanede oluşan basınç ülserleri, düşen hastalar vb.) ilgili komitelere güvenlik raporlama bildirim sistemi ile yapılmaktadır ve komitelerde hasta bakım kalitesini arttırmak üzere gerekli hallerde düzeltici faaliyetler başlatılmaktadır (T.C.Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Kalite Standartları, 2018).

Hastanelerde Sağlık Bakanlığı’nın hizmet kalitesini arttırmaya yönelik takibi zorunlu kıldığı göstergelerden bazıları şunlardır;

Şekil 2.5. YBÜ Bası Ülseri Oranı (SKS.V5.1. Gösterge Yönetimi, s.391, 2018)

Yoğun Bakım Ünitesi	
GBYB01	Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranı

Şekil 2.6. Enfeksiyonların Önlenmesi (SKS.V5.1. Gösterge Yönetimi, s.391, 2018)

Kod	Gösterge
Enfeksiyonların Önlenmesi	
GBEN01	El Hijyeni Uyumu
GBEN02	Santral Venöz Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu
GBEN03	Üriner Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonu
GBEN04	Ventilatör İlişkili Pnömoni/Ventilatör İlişkili Olay

Şekil 2.7. Hasta Bakımı (SKS.V5. Gösterge Yönetimi, s.390, 2018)

Hasta Bakımı	
GBHB01	Düşen Hasta Oranı

Kalite göstergelerinden birisi ise hasta memnuniyetinin izlenmesi yöntemidir (Tengilimoğlu, 1997). Sağlık Bakanlığı’da hasta memnuniyet düzeyinin ölçümünü gösterge yönetimine dahil ederek zorunlu kılmıştır.

Şekil 2.8. Hasta Deneyimi (SKS.V5.1. Gösterge Yönetimi, s.390, 2018).

Hasta Deneyimi	
GBHD01	Hasta Memnuniyet Oranı

2.7. Hemşirelik Eğitimi ve Kalite

Hizmetten faydalananların isteklerinin ve beklentilerinin karşılanması buradaki esas konudur (Bozkurt ve Asil, 1995, s. 34). Kalite kavramının çok boyutlu olması nedeniyle, herkesin ortak oluşturacağı kalite tanımı bulmak güçtür. Kalite amaçlara uygunluktur, kalite esnekliktir, problemler ortaya çıkmadan önce çözümler oluşturan sistematik yaklaşımıdır, kalite bir süreçtir (Aydoğan ve Okay, 2001, s.79).

Hemşirelik hizmetlerinin verilmesinde kalitenin sağlanması hasta güvenliğinin sağlanmasında ve sürdürülmesinde en önemli unsurdur. Eğitim sektöründe de rekabetin diğer alanlarda olduğu gibi küreselleşmesi bugün yükseköğretim alanını etkileyen en önemli faktörlerden biridir (Serin, Aytakin, 2009; s.83-93). Hemşireliğin bilimsel bir disiplin, profesyonel bir hizmet sunucu olarak görülmesi, sürekli araştırmaya ve öğrenmeye motive edilen hemşirelerin mesleki teorik bilgilerinin artması ile sağlanır. Böylece hizmeti alanlarla, hizmeti verenlerin doyum almalarını sağlanır, hasta/hasta yakınlarının beklentilerinin sağlık personelleri tarafından karşılanmasını kolaylaştırır (Needleman ve diğerleri, 2011; Kendall-Gallagher ve diğerleri, 2011).

Yapılan çalışmalar yeterli sayıda ve daha iyi eğitilmiş hemşireler ile iyileştirilmiş çalışma ortamlarında verilen hemşirelik hizmetlerinin daha düşük hastane mortalitesi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Aiken ve arkadaşları tarafından 2011 yılında yapılan çalışmada hemşire eğitimi ve çalışma koşullarının hasta sonuçlarına nasıl yansıdığı araştırılmıştır. Sonuçta iyi eğitilmiş hemşirelerle, hasta-hemşire oranının korunduğu uygun çalışma

ortamında mortalite oranlarının çalışmaya dahil edilen tüm hastanelerdeki sonuçların % 4 azalmasına neden olduğu tespit edilmiştir (Aiken ve diğerleri, 2011). Hemşirelik özelliklerinin hasta sonuçları üzerindeki etkileri genellikle tek tek incelenmiştir. Kanıtlar, daha düşük hasta-hemşire oranlarının (Kane ve diğerleri, 2007; Aiken ve diğerleri, 2002; Needleman ve diğerleri, 2011) daha yüksek düzeyli bir eğitim düzeyine sahip hemşirelerin oranı (Aiken ve diğerleri, 2003; Heede ve diğerleri, 2009; Kendall- Gallegher ve diğerleri, 2011) ve daha iyi hemşire çalışma ortamlarının daha düşük mortalite ve başarısızlıkla ilişkili olduğunu göstermektedir. Daha önce yapılan araştırmalar, genel olarak hasta sonuçlarına yönelik hemşireliğin önemini belgelemiştir, ancak karşılaştırmalı etkinlik araştırması ile ilgili temel soruya ilişkin çok az bilgi vermektedir (Aiken ve diğerleri, 2011).

2.8. Kaliteli Bir Hemşirelik Hizmetinin Faydaları

Kaliteli bir hemşirelik hizmetlerinin faydaları aşağıdaki gibidir;

- Bilimsel bilginin araştırmalar yapılarak üretilmesi ve kullanılması, hemşirenin geleneksel uygulamalarla değil kanıta dayalı bilimsel yaklaşımla nitelikli bakım vermesini,
- Hem hemşirelik eğitiminin hem de uygulama sahasında hemşirelik yönetim hizmetlerinin çağdaş yaklaşımlarla yürütülmesini,
- Hasta güvenliğini esas alacak bir bakım verme ortamının sağlanmasını,
- Yüksek hasta memnuniyeti ve en iyi hasta bakımını amaç edinmiş bir ekip anlayışı ile hemşireler ve diğer ekip üyelerinin işbirliği içerisinde çalışmasını,
- Hizmetten faydalananlarla hizmeti sunanların doyum almalarını,
- Hasta ve çalışanların görüşleri alınarak hedeflenen çalışan beklentilerinin ve hasta beklentilerinin karşılanmasının kolaylaşmasını,
- Hastanede yatış süresini azaltarak maliyetin düşürülmesini,
- Hemşirelik mesleğinin bilimsel bir disiplin olarak kabul edilmesini, araştırma ve öğrenmeyi motive ederek mesleki bilgi ve teorinin artmasıyla sağlar (Bayık, 2004).

Hemşirelik araştırmalarının esas amacı klinik uygulama için ihtiyaç duyulan bilginin ortaya çıkarılması ve muteber kılınmasıdır. Araştırmacı hemşireler, klinisyenler kadar hemşirelik uygulamalarına yakın değillerdir. Her ne kadar hemşirelik araştırmaları 1950'lerde hemşirelikte eğitime odaklansa da 1970'lerden sonra araştırmalar hızla klinik uygulamalara kaymıştır (Wilson-Tomas, 1995). İlk zamanlarda yapılan araştırmalar gerçekte gereksinim duyulan ve hemşireliğin ihtiyacı ve esası olan bilgiyi oluşturmaya hizmet edememiştir. Hemşirelik uygulamalarının bilimsel bir tabana ve klinik kanıtlara

dayalı olarak yürütülebilmesi her şeyden önce, klinik uygulayıcı hemşirelerin çağdaş hemşirelik anlayış ve kavramlarını benimsemesi, uygulama ortamlarında üretilen diğer hemşirelik bilgilerini bu anlayışlar çerçevesinde değerlendirmesi ile mümkündür (Wilson-Tomas, 1995; Karagözoğlu, 2005). Bu nedenle hasta bakımında çeşitli hemşirelik bakım modelleri geliştirilmiştir.

2.9. Hasta Yönetim Modellerinden Biri

Hemşirelikte vaka yönetim modeli; hasta bakım verme sistemidir. Bu bakım verme yönteminin amacı kaynakları ve zamanı etkili, doğru kullanarak hedeflenen başarıya ulaşmaktır (Baily ve diğerleri, 2006; Chimmer ve Easterling, 1993; Cesta ve diğerleri, 2002; Tokem, 2005). Son yıllarda dünyada meydana gelen hızlı gelişme ve değişimler her alanda olduğu gibi sağlık bakım sistemi üzerinde de etkisini göstermektedir. Toplum, nüfus özellikleri, ekonomi, politika, bilim ve teknolojiadaki değişimler hem sağlık bakım sisteminden talepleri hem de bu talepleri karşılamak için oluşturulan yöntemleri yönlendirmektedir. Örneğin; hızlı nüfus artışı, yaşam süresinin uzaması, yaşlı ve kronik hastalığı olan birey sayısının artması gibi faktörler sağlık hizmeti alan birey sayısını artırarak sağlık bakımının maliyetini yükseltmiştir (Roggenkamp ve diğerleri, 2001; Cesta ve diğerleri, 2002). Diğer taraftan, önceleri yalnızca endüstri alanında dikkati çeken “kalite” kavramı bugün sağlık hizmetlerinin sunulmasında anahtar bir nokta olmuştur.

Sağlık hizmetini alanların beklentilerinin yükselmesi, sağlık kurumlarını kısıtlı kaynaklara rağmen kaliteli hizmet sunmaya zorlamıştır. Bu durum sağlık kurumları düşük maliyetle daha kaliteli hizmet sunma arayışına yöneltmiştir. Vaka yönetimi ve bakım protokolü bu amaca yönelik ortaya çıkan en etkili yöntemlerdendir (Aiken ve diğerleri, 2009; Bailey ve diğerleri, 1998; Bower, 1997; Olds, 1997; Daş, 1999; Tokem, 2005; CMSA [Case Management Society of America, Amerika Vaka Yönetimi Derneği], 2010).

Genel bir tanım olarak vaka yönetimi; bireylerin sağlık bakım gereksinimlerini karşılamak için sağlığın değerlendirildiği, gereken aktivitelerin planlandığı, uygulandığı ve izlendiği multidisipliner bir sistemdir (Cohen, 1991; Goodwin, 1992; Phillips, 1996; Daş, 1999; Tokem, 2005; CMSA [Case Management Society of America, Amerika Vaka Yönetimi Derneği], 2010). Yine vaka yönetimi; bakımın kalitesi ve maliyeti arasında anlamlı ve kontrol edilen bir ilişki sağlamaya yönelik multidisipliner bir bakım süreci ve sağlık bakım hizmetlerinin birinci basamaktan üçüncü basamağa kadar sürekliliğini sağlayan bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Goodwin, 1992). Vaka yönetiminin hastanelerde kullanılması 1980’lerde başlamış ve bugüne kadar farklı kurumlarda birçok farklı şekilleri geliştirilmiştir. Vaka yönetimini uygulama şekli kurumun tipi, ihtiyaçları, felsefesi, amacı,

çalışan personelin bilgi ve deneyimi ve hasta popülasyonuna bağlıdır (Girard, 1994; Pearson ve diğerleri, 1995). Vaka yönetimi yukarıda belirtilen faktörlere bağlı olarak değişmekle birlikte esas hedefi; düşük maliyetle, kaliteli, hasta güvenliği odaklı bir sağlık bakım hizmeti sunmaktır (Burges, 1997; Crummette ve Boatwrigh, 1991; Erkel, 1993; Girard, 1994). Dolayısıyla, kaynakların etkili kullanımının belirlenmesi ve standardize edilmesi, hastaya bütüncül ve sürekli bir bakım sağlanması, bireyin öz-bakım gücünün yükseltilmesi, ekip işbirliği, hastanede hastaların yatış süresinin kısaltılması ve sağlık hizmetlerini sunanlar ile alanların memnuniyetinin artırılması vaka yönetiminde önemli olan noktalardır (Bower, 1997; Türkmen, 1997; Tokem, 2005; Llewelyn ve diğerleri, 2009; CMSA [Case Management Society of America, Amerika Vaka Yönetimi Derneği], 2010). Vaka yönetimi profesyonel bir sağlık bakımı verme modelidir. Ancak her hastanın vaka yönetimi ile izlenmeye gereksinimi olmadığı, özellikle toplumda sık görülen, kronik olarak tekrarlı yatışlar gerektiren ve bakım maliyeti yüksek olan hastalığa sahip bireylerin öncelikli olarak ele alınması gerektiği belirtilmektedir (Crummette ve Boatwrigh, 1991; Girard, 1994; McDonough, 2011). Vaka yönetimi modeli ile izlenecek hasta grubunu belirleme, aynı zamanda vaka yönetimi sürecinin ilk aşamasıdır. Bu aşamayı takip eden adımlar ana hatlarıyla;

- Bütüncül ve tam bir değerlendirme / tanılama,
- Ulaşılabilecek sonuçları belirleme. Standart bakım rehberleri oluşturma,
- Planı hasta ve bakım verecek personelle görüşme,
- Planı uygulama ve izleme,
- Sonuçları analiz etme,
- Planı değerlendirme ve gerekli düzenlemeleri yapma olarak sıralanmıştır (Girard 1994; Llewelyn ve diğerleri, 2009; CMSA, 2010).

Bu süreç bir vaka yöneticisi tarafından organize edilir. Hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı ya da sağlık ekibinin herhangi bir üyesi vaka yöneticisi olabilir. Ancak vaka yöneticisinin klinik bakım, kurumsal dinamikler, finans sistemleri ve toplum kaynakları gibi konularda bilgili ve eğitilmiş olması önerilmektedir. Vaka yöneticisinin kim olması gerektiğine dair tartışmalar sürmesine rağmen, bu görevi sıklıkla hemşireler yerine getirmektedir. ANA (Amerikan Hemşireler Birliği) vaka yöneticisi olacak hemşirelerin en az lisans derecesine ve alanında en az üç yıllık deneyime sahip olması gerektiğini belirtmektedir (Girard 1994, Pearson ve diğerleri, 1995, Türkmen 1997). Öncü liderler 1990 yılında Amerika Vaka Yönetimi Derneği'ni (Case Management Society of America) kurdular. Bu dernek eğitim yoluyla vaka yönetimi uygulamalarının desteklenmesi, vaka

yönetim protokollerinin oluşturulması ve geliştirilmesini sağlayarak derneğe yasal katılım sağlayarak çalışmalarına devam etmektedir (CMSA, 2012).

Vaka yönetim liderleri Daniels ve Ramsey hemşirelikte oluşturulmaya çalışılmış beş ana modeli anlamak için bir yol oluşturup gözlem yaparak modelleri yeniden yorumlamışlardır. Klinik vaka yönetim modeli için “doğrudan hasta bakım sorumlulukları ile karakterize edilir” der ve multidisipliner bir takım yaklaşımlar içerir (Daniels ve Ramsey, 2005).

Etkin hemşirelik vaka yönetimi, önemlidir çünkü aynı zamanda vaka yönetimi, bir bireyin bilgisini değerlendirme becerisidir. Hemşire vaka yöneticisinin klinik uzmanlığı ve bütünsel yaklaşımı önemlidir. Multidisipliner yaklaşımın merkezindeki hastanın yönetiminde hemşire vaka yöneticisinin rolü ve onun entegre bakım yönetimi paydaşlar arasında hayati önem taşır (CSMA, 2012, s.23-25).

Şekil 2.9. Sağlık Ekibi ve Paydaşlar (CMSA, 2012).



Yapılan bir çalışmada, total kalça protezi ameliyatı uygulaması sonrası başarılı hasta sonuçlarına ulaşmada ekip işbirliğinin önemi vurgulanmış ve cerrahın teknik bilgi ve becerisinin yanı sıra, verilen hemşirelik hizmetinin, anestezi hasta yönetiminin, fizyoterapistin sunduğu rehabilitasyonun ve diyetisyen tarafından sunulan hizmetin niteliğine bağlı olduğu vurgulanmıştır (Branson ve Goldstein, 2003). Bu nedenle, yöntemin hem bireylerin hem de kurumun ihtiyaçlarında odaklanan bazı bileşenleri kapsamı gerekmektedir. Bunlar; bakım planları, kaliteyi değerlendirme ve iyileştirme, mali analiz, araştırma ve bakım protokolüdür (Girard 1994). Chen ve diğerlerinin 2013 yılında yaptığı

yarı deneysel çalışmada, kanser hastalarına verilen standart bakım ile hemşire vaka yönetim modeli ile verilen bakımın etkinliği araştırılmıştır. Sonuçta; hemşire vaka yönetimi ile bakım verilen hastalarda enfeksiyonun neden olduğu plansız yeniden yatış kabul oranında önemli ölçüde azalma saptanmıştır (Chen ve diğerleri, 2013). Vaka Yönetimi ile ilgili pek çok çalışma yapılmıştır. Yapılan bu çalışmalar ile; hastanede hastaların kalış sürelerinin kısaldığı, işletme maliyetlerinin azaldığı, hasta ve hasta yakınlarının memnuniyet düzeyinin arttığı, hastaya sağlanan otonominin arttığı ve hemşire iş doyumunun arttığı, ekip çalışmasının verimliliği nedeni ile ekip üyelerinin memnuniyetinin arttığı sonuçlarına ulaşılmıştır (Roggenkamp, White, 2001). Tokem'in 2005 yılında yaptığı çalışmada vaka yönetim modelinin etkililiğinin romatoid artritli bireylere sunulan bakımda incelemiştir. Bu çalışma sonucunda "Vaka yönetimi uygulanan hastaların girişim sonrası orta-uzun vadede yetersizlik düzeylerinde olumlu bir gelişme vardır" sonucuna ulaşılmıştır (Tokem, 2005). Diğer vaka yönetimi çalışmalarına baktığımızda; 1999 yılında Aubert ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada vaka yönetim modeli uygulanan hastalarda, Hemoglobin A1c düzeyinde anlamlı bir düşüşün olduğu ve hasta bireylerin sağlık statülerinde artış olduğu bildirilmiştir (Aubert ve diğerleri, 1999). Barry ve diğerleri, 1998'de yapmış oldukları bir çalışmada romatoid artritli bireylere vaka yönetim modeli ile bakım verilmiş hem öz yeterlilik duygularının geliştiği hem de memnuniyet duydukları belirlenmiştir (Barry ve diğerleri, 1998). Tosun ve Akbayrak'ın 2004 yılında yaptığı bir başka çalışmada, miyokard infarktüsü geçiren hastalara vaka yönetim modeli uygulanarak hemşirelik hizmeti verilmiş çalışma sonunda hastaların yatış sürelerinin kısaldığı hasta memnuniyet düzeylerinin arttığı saptanmıştır (Tosun ve Akbayrak, 2004). Bilik'in 2006 yılında yaptığı çalışmada total kalça artroplastisi ameliyatı geçiren hastaların evlerinde telefon ile takip edilmesinin iyileşmeye etkisi incelenmiş ve telefonla yapılan izlem; kalça artroplastisi olan bireylerin yürürken, egzersiz yaparken, yatak ya da sandalyeden kalkarken oluşan ağrı ile merdiven çıkarken, ev işlerini yaparken ve ulaşım sırasında yaşanan zorlukları yönetmede etkili olduğu belirlenmiştir (Bilik, 2006). Nyamathi ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptığı randomize klinik çalışmada; yakın zamanda tahliye edilen evsiz erkeklerin önlenebilir hastalıklara karşı aşılancalarının tamamlanma sürecinde birden fazla hemşirelik modeli denenmiş ve en yüksek tamamlama oranı % 75.4 ile vaka yönetim modelinde olduğu bulunmuştur (Nyamathi ve diğerleri, 2015). Kummarg ve diğerleri,'nin 2018 yılında yaptığı prospektif randomize klinik çalışmada; intravenöz rekombinant doku plazminojen aktivatörü ile tedavi edilen akut iskemik inme hastalarında hemşire vaka yönetiminin klinik sonuçlar üzerindeki etkisi incelenmiş ve erken sonuçta, triyajdan tedaviye kadar geçen süre vaka yönetim grubunda daha hızlı saptanmıştır ve

hastaların iyileşmesine anlamlı bir katkı sağladığı ölçülebilir (Kummarg ve diğerleri, 2018). Grob ve diğerleri, 2017'de yayınlanan tematik analizinde; jinekolojik onkoloji hastanesinde vaka yönetim modeli ile hemşirelik hizmeti alan hasta kadınların, hastalıkları ile baş edebilmelerini kolaylaştırdığı ve diğer sağlık hizmetleri arasındaki koordinasyonu geliştirebileceği sonucuna ulaşılmıştır (Grob ve diğerleri, 2017). Kisokanth ve diğerleri, 1994 ile 2014 yılları arasında yapılmış kronik hastalıkları olan hastaların tedavi ve bakımında hemşire vaka yönetiminin etkinliğini araştıran 20 literatür çalışmasını sistematik olarak incelemiş ve sonuçta; hemşire vaka yönetiminin değerlendirilen çalışmalarda sağlık sonuçlarına olumlu katkı sağladığı sonucuna ulaşılmıştır (Kisokanth ve diğerleri, 2015). Vaka yönetimi kalite geliştirme potansiyeline sahip bir araç olarak değerlendirilmektedir. Araştırmalar da bu yöntemlerin bakımın kalitesi, maliyeti, hasta memnuniyeti ve sağlık personelinin iş doyumunu üzerindeki olumlu etkilerini desteklemektedir (Nyamathi ve diğerleri, 2015; Grob ve diğerleri, 2017; CMSA, 2012).

T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Sağlık Sistemi Karar Destek Sistemi Kalça Protezi 2017 Klinik Kalite Raporlarına bakıldığında Türkiye'de 13,096 primer total kalça protezi ameliyatı yapılmıştır. Bu ameliyatlardan sonrası gelişen komplikasyonların istatistiksel verilerine raporlarda yer verilmiştir ve ilk sırada % 2,61 (n=362 hasta) oran ile ilk 2 ayda dislokasyon nedeni ile yeniden yatış, ikinci sırada % 6,64 (n=920 hasta) oran ile ilk 2 ayda cerrahi alan enfeksiyonu tespit edilen hastalar yer almıştır (TKKP, 2018). Önlenemez komplikasyonların gelişiminde hemşirenin rolü ve önemi yapılan klinik çalışmalar ile tespit edilmiştir. Bu açıdan bakıldığında vaka yönetimi ve bakım protokolünün, ülkemizde de sınırlı olan kaynakların etkili bir şekilde kullanılmasında ve bakım kalitesinin yükseltilmesinde etkili olabileceği düşünülebilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma kontrol grubu kullanılan yarı deneysel araştırma niteliğindedir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Araştırma Adana, Özel Ortopedia Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Servisi 1 ve Ortopedi ve Travmatoloji Servisi 2 biriminde gerçekleştirildi. Hastane cerrahi alanda yalnızca ortopedi ve travmatoloji alanında yetkin hizmet veren ve hasta popülasyonu yüksek bir hastane olması nedeni ile tercih edildi. Çalışmanın verileri 15 Ekim 2017 - 01 Mart 2018 tarihleri arasında toplandı.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Özel Ortopedia Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Servisi 1 ve Ortopedi ve Travmatoloji Servisi 2'ye 15 Ekim 2017 - 01 Mart 2018 tarihleri arasında başvuran ve total kalça protezi ameliyatı olmak üzere başvuran hastalar oluşturdu. Çalışmaya dahil edilecek hasta sayısının belirlenmesinde hedef kitledeki birey sayısı bilinen durumlarda (Evren büyüklüğü bilinen çalışmalarda örneklem sayısının bulunması) aşağıda gösterilen örneklem hesaplama formülü kullanıldı. Bu formüle göre hata payı hesaplandığında güven düzeyi ve yüzdesi % 95, hata payı ise 2,15 idi (N=71; t=1,96; p=0,50; d=0,05).

$$n = Nt^2pq/d^2(N-1) + t^2pq$$

N: Hedef kitledeki birey sayısı

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q: 1-p (İncelenen olayın görülme sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı))

d: kabul edilen ± örneklem hata oranı

t: Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

Bu formül ile yapılan hesaplama doğrultusunda primer koksartroz, femur boyun kırığı, avasküler nekroz, sekonder koksartroz, gelişimsel kalça displazisi tanıları ile total kalça artroplastisi planlanan 25-65 yaş aralığındaki toplam 92 hasta çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya alınan ilk 46 hasta kontrol (n=46), sonraki 46 hasta ise deney (n=46) grubu olarak belirlendi.

3.4. Verilerin Toplanması

Çalışmanın verileri araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile ameliyat öncesinde “Hasta bilgi formu” ve ameliyat sonrasında taburcu olmadan hemen önce “Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği” kullanılarak toplandı. Klinik vaka yönetici modelinde hastalar bilgi formunu ameliyat öncesi hazırlık kliniğinde ya da serviste hasta kabulünde, rutin hemşirelik bakımı ile bakım verilen hastalar servise hasta kabulünde ilk 2 saat içerisinde araştırmacının gözetiminde doldurdu. Hastanın hemşirelik bakımını algılayışı ölçeğini; her iki grupta ameliyat sonrası dönemde taburcu olmadan hemen önce doldurdu. Hastaların hemşirelik bakımını algılayışı ölçeğini cevaplandırmak için harcadıkları süre ortalama 10 dakika idi.

3.4.1. Veri toplama araçları

- Hasta bilgi formu

Ameliyat öncesinde hastaların sosyo-demografik özellikleri, eğitim durumları, daha öncesinde hastanede yatıp yatmadıkları, yattılar ise en son ne zaman ve ne kadar süre ile yattıkları, kronik bir hastalıkları olup olmadığı ile ilgili bilgilerin kaydedildiği bir formdur (EK-1).

- Hastanın hemşirelik bakımını algılayışı ölçeği

Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği (HHBAÖ; The Scale of Patient Perception of Hospital Experience With Nursing (PPHEN), 2001 yılında Amerika’da Ann M.Dozier ve arkadaşları tarafından hastaların hemşirelik bakımını algılayışlarını ve hemşirelerin verdikleri bakımdan memnuniyet düzeylerini ölçmek amacı ile geliştirilmiştir. 2001 yılında Dozier ve arkadaşları tarafından geliştirilen HHBAÖ ‘nin geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış ve orjinal ölçeğin Cronbach α güvenilirlik katsayısı 0.94 olarak belirlenmiştir. Gülay İpek Çoban tarafından 2006 yılında “Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği” nin (HHBAÖ) Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği çalışmasını yapmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği’ nin tek faktörlü bir yapı gösterdiği; Cronbach α güvenilirlik katsayısının 0.92 ve madde toplam madde korelasyon katsayılarının 0.36 ile 0.74 arasında olduğu saptanmıştır. Test-tekrar test korelasyon değeri ise 0.90 olup, istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0.001$) (Çoban, 2006). Dozier ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçekteki kriterler;

- Hasta memnuniyetini ölçen bir ölçek olması,
- Hemşirelik bakımını; kısa bir bakım sürecinin ardından güvenilir şekilde ölçüm yapması,

- Ölçeğin, hastanın sosyodemografik, kişisel özellikleri ve diğer unsurlardan minimum düzeyde etkilenmesi,
- Hastanın karşılanmasını beklediği ihtiyaçları yansıtmasıdır.

Ölçek Likert tipi bir ölçektir ve ölçekte hastanın hemşirelik bakımını algılayışını ölçmeye yönelik 15 ifade bulunur. Ölçeği doldururken hastalardan okudukları her bir ifade için katılıyorum=5, biraz katılıyorum=4, kararsızım=3, katılmıyorum=2, kesinlikle katılmıyorum=1 seçeneklerden birisinin işaretlenmesi istenmektedir. Bu puanlama doğrultusunda ölçekten en az 15, en fazla 75 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan puan yükseldikçe hastanın hemşirelik bakımından duyduğu memnuniyet artmaktadır (Çoban, 2006; Doizer, 2001).

Bu çalışmada “Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği (HHBAÖ)” kullanıldı (EK-3). Alfabetik kolaylıkla okunabilir büyüklükte olan ölçek, tek sayfa halinde taburculuktan hemen önce hastalara verildi ve araştırmacının gözetiminde doldurmaları sağlandı. Hastaların sorulara verdikleri yanıtlar değerlendirilerek puan hesaplandı. Cronbach α güvenirlik katsayısı 0.92 olduğu saptanmıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

- Bağımlı değişken

Hastanın hemşirelik bakımını algılayışı ölçeği bağımlı değişken olarak belirlendi.

- Bağımsız değişken

Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir-gider durumu, daha önce hastaneye yatma durumu, daha önce yatmış ise en son ne zaman yattığı ve ne kadar süre ile yattığı, kronik bir hastalığının olma durumu, olarak belirlendi.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde tanıtıcı istatistik olarak ortalama \pm std. sapma değerleri verildi. Kategorik değişkenler sayı (n) ve yüzde (%) olarak tanımlandı. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkilerin test edilmesinde; sosyodemografik veriler ile memnuniyet düzeylerinin karşılaştırmasında t-testi ve ki-kare testi kullanıldı, ikiden fazla grubun karşılaştırılması için Univariate analiz testi kullanıldı. Analizler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 17,0 paket programında yapıldı (IBM Corp.; Armonk, NY, ABD). $P < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Primer koksartroz, sekonder koksartroz, femur boyun kırığı, avasküler nekroz, gelişimsel kalça displazisi tanıları ile total kalça artroplastisi planlanan 25-65 yaş arasında okur yazar ve çalışmaya katılmaya gönüllü hastalar çalışmaya dahil edildi.

- Ameliyat sonrası sözel iletişim sorunu yaşayan,
- Acil cerrahiye alınan ve bilgilendirme yapılamayan kalça kırıkları,
- Daha önce bir psikiyatrik tanı almış olan ve psikiyatrik ilaç kullanan,
- Ameliyat sonrası deliryum tablosu gelişen hastalar,
- Daha önce total kalça protezi cerrahisi geçirmiş hastalar,
- Kanser, Burger hastalığı, kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH), nörolojik hastalığı, kronik böbrek yetmezliği, karaciğer yetmezliği, kalp yetmezliği, gibi hastanede uzun süreli yatarak tedavi gerektiren kronik hastalığa sahip hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

Çalışma öncesinde anket sorularının ve “Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği”nin anlaşılabilirliğini değerlendirmek için 10 hasta üzerinde 02-09 Ekim- arasında ön uygulama yapıldı. Ön uygulamada anket formundaki ve “Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği”ndeki sorular hastalara soruldu. Hastaların görüşleri doğrultusunda soruların anlaşılır olduğu tespit edildi ve değişikliğe gerek duyulmadı.

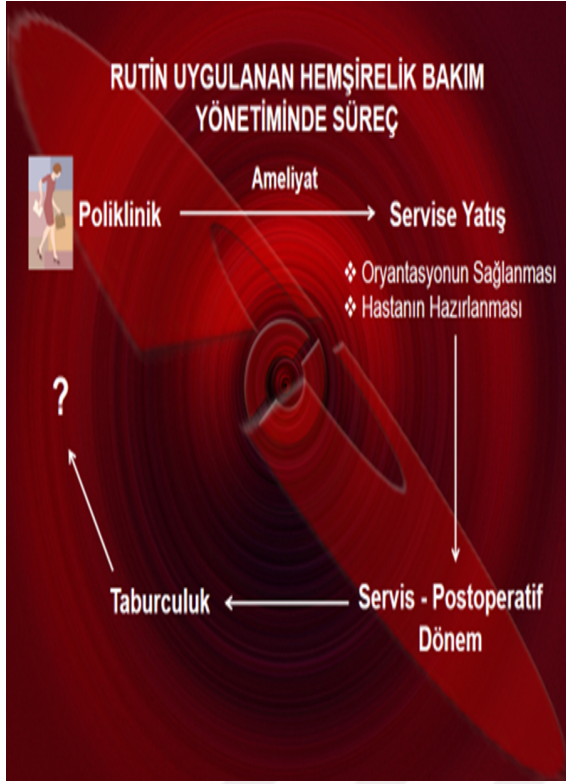
3.8. Araştırmada Etik Kurallar

Araştırma öncesinde SANKO Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan (Oturum no:2017/05, karar no: 08, tarih:28.09.2017) ve Özel Ortopedia Hastanesi Başhekimliği’nden izin alındı (EK-3, EK-4). Hastalar araştırmanın amaç ve yöntemi hakkında bilgilendirildi. Araştırmaya katılmaya gönüllü olduklarına dair yazılı onamları alındı (EK-6).

3.9. Araştırma Akışı

Bu çalışmada hastalar kontrol (n=46) ve deney (n=46) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Total kalça protezi ameliyatı planlanan kontrol grubundaki hastaların yatışları ortopedi ve travmatoloji servisi-1, deney grubundaki hastaların yatışları ise ortopedi ve travmatoloji servisi-2’ye yapıldı.

Şekil 3.1. Rutin Uygulanan Hemşirelik Bakım Modelinde Süreç



Şekil 3.2. Klinik Vaka Yönetici Hemşire Modelinde Hemşirelik Bakım Süreci



3.9.1. Rutin uygulanan hemşirelik bakım modelinde hemşirelik bakım süreci

Kontrol grubundaki hastalara rutin uygulanan hemşirelik bakım hizmeti verildi. Poliklinikten ameliyatına karar verilen hastalar ameliyat listesine eklendikten sonra ameliyat için gün verilerek evlerine yönlendirildiler ya da aynı gün servise yatışları yapılarak bir sonraki gün için ameliyat listesine eklendiler. Hastanın ilk öyküsü o gün serviste çalışan hemşire tarafından alındı ve elde edilen veriler doğrultusunda hemşirelik bakımı planlandı, uygulandı ve değerlendirildi. Hastaya ameliyat öncesi ve sonrasındaki sürece ilişkin bilgilendirme de o gün serviste çalışan hemşire tarafından yapıldı. Hastanın eğer istenen farklı branş konsültasyonları var ise ilk işlemler o gün çalışan hemşire yada servis sorumlusu tarafından gerçekleştirildi. Hastanede ve evdeki rehabilitasyon sürecinde kullanması gereken araç-gereçler konusunda ise servis hemşireleri tarafından bilgilendirildiler. Hasta eğitimleri ameliyat öncesi, sonrası ve taburculuk döneminde mesai çizelgeleri nedeni ile farklı hemşireler tarafından yürütüldü. Fizyoterapist, diyetisyen ya da ihtiyaç halinde diğer ekip üyeleri ile iletişim ve koordinasyon her defasında nöbette görev yapan farklı hemşireler tarafından gerçekleştirildi. Hastalar ameliyat günü ameliyat öncesi hazırlıkları serviste görev yapan hemşire tarafından yapılarak ameliyathaneye çıkarıldılar. Total kalça protezi ameliyatı sonrası hastalara serviste hasta bakımı verilerek takip ve

tedavileri yapıldı. Taburculuk döneminde taburcu bilgileri verilerek taburcu olmaları sağlandı ve bu süreçten sonra hastaların hemşireler ile hiçbir iletişimi olmadı.

3.9.2. Klinik vaka yönetici hemşire modelinde hemşirelik bakım süreci

Klinik vaka yönetici hemşire modeli uygulaması ile poliklinikte hastanın ameliyatına karar verildikten sonra hastayı ilk olarak klinik vaka yönetici hemşiresi ile görüştürüp hastanın ihtiyaçlarının doğru analiz edilmesi, sürecin doğru planlanıp yürütülmesi, doğru ve etkin bilgilendirmenin sağlanması ile hastanın memnuniyetinin artırılması hedeflendi.

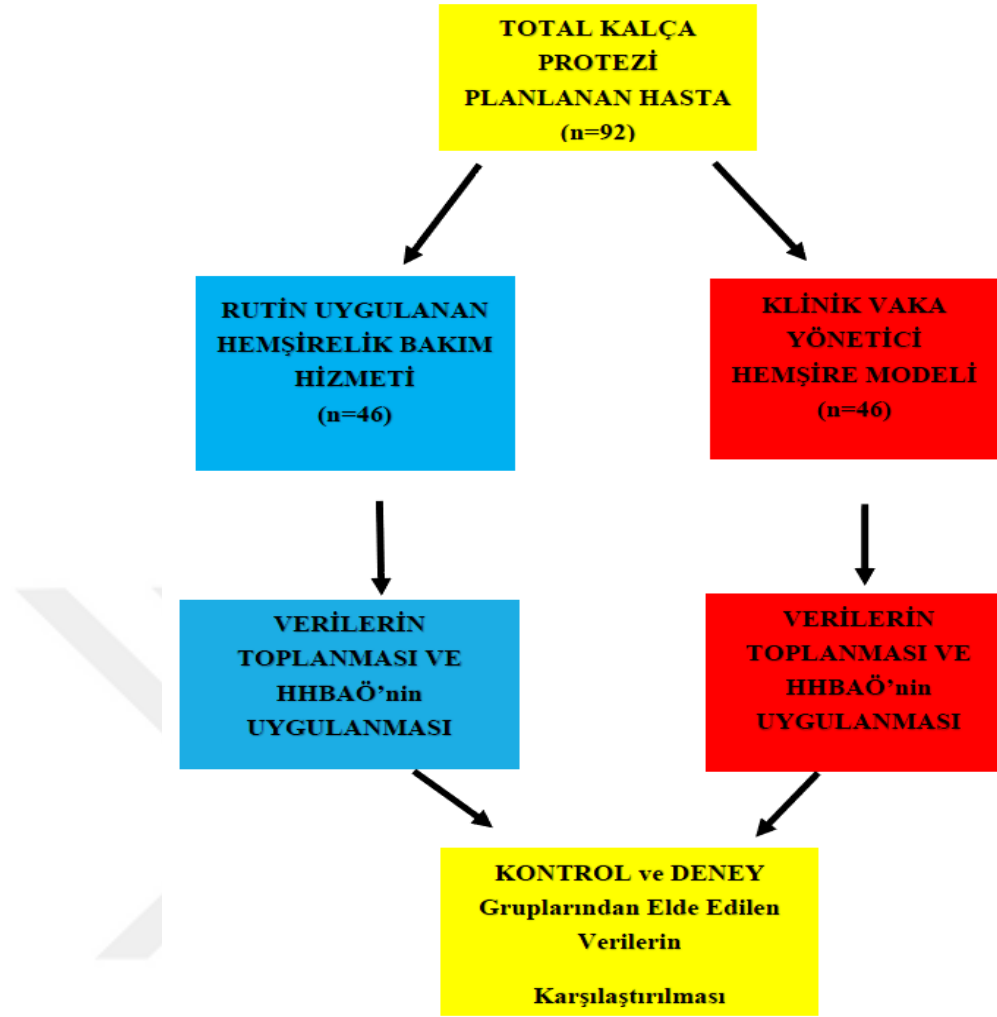
Deney grubuna Klinik vaka yönetici hemşire modeli ile hemşire bakım hizmeti verildi. Poliklinikten ameliyatına karar verilen hasta ilk olarak KVYH (Klinik Vaka Yönetici Hemşire)'si ile buluşturuldu. Klinik vaka yönetici hemşiresi yatış öncesi hasta/ hasta yakınları ile olan görüşmesini yapmak üzere hasta mahremiyetini sağlayacak, yeterli teknik donanıma sahip bir odada hizmet verdi. KVYH'si (Klinik Vaka Yönetici Hemşiresi) hasta/hasta yakını ile birlikte hastanın da sosyal yaşamını planlayarak belirleyeceği ameliyat gününün tarihini verdi. KVYH'si hastaya;

- İlgili kaynaklar, dökümanlar (Hasta eğitim kitapçığı) hasta servise yatmadan önce hastaya verdi. Var ise, sorularını yazmasını geldiğinde sormasını belirtti. Hasta servise yattığında da video ile eğitimi destekledi.
- Ameliyat öncesi hazırlıkların neyi kapsadığı konusunda hastayı bilgilendirdi. Bu hazırlıklar;
- ✓ Ameliyat sonrası kullanılacak araç-gereçlerin temini (tuvalet adaptörü, yürüteç, anti-embolik çorap) ve doğru ölçümlerin nasıl yapılacağını anlattı ve uyguladı,
- ✓ Ameliyat öncesi cilt hazırlığının nasıl yapılacağını anlattı (elektif vakalarda belirtilen antiseptik solüsyonla cerrahiden üç gün önce cilt temizliğini nasıl yapacağını anlatılması, acil vakalarda servis/ameliyathanede uygulanır).
- Hastanın servise yatışı yapıldığı gün ilk öykü KVYH (Klinik Vaka Yönetici Hemşiresi) tarafından alındı, laboratuvar tetkikleri ve radyoloji tetkikleri hekim önerileri doğrultusunda yapıldı ve sonuçları takip etti. Hazırlanması gereken kan ve kan ürünleri hasta sonuçlarını paylaşarak öneriler doğrultusunda planladı,
- Hasta için istenen konsültasyon süreçlerinin takibini yaptı ve cerrahi ekibi sonuçlar ile ilgili bilgilendirdi,
- Hastanın ilaçlarını teslim aldı ve servis hemşiresine teslim etti. İlaç yönetimini planladı ve hasta/hasta yakınına bilgilendirdi,
- Hastanın tedavi planı ile ilgili diğer ekip üyelerini bilgilendirdi (fizik tedavi, diyetisyen) ve sürecin takibinden sorumlu oldu,

- İnter-operatif süreçte ameliyathanede de bulundu ve serviste belirli zamanlarda viziit yaparak hasta gözlemlerini yaptı. Servis hemşirelerini bakım ve plan konusunda ekipten aldığı geri bildirimler ile yönlendirdi. Böylece hastanın servisten ameliyathaneye, ameliyathaneden servise geri dönüş sürecinde tüm sürece hakim oldu,
- Post-operatif süreçte serviste ilk hasta/hasta yakını bilgilendirmesi KVVYH (Klinik Vaka Yönetici Hemşiresi) tarafından yapıldı. Yapılması ve sakınılması gereken durumlar sözlü, görsel ve yazılı kaynaklar ile KVVYH'si (Klinik Vaka Yönetici Hemşiresi) tarafından aktarıldı.
- Hastanın servisteki takip ve tedavisi sona erdiğinde taburculuk bilgilendirmesi; hastanın ne sıklıkla pansumanını yaptıracığını, nelere dikkat etmesi ve nelerden sakınması gerektiğini, ilaçlarını nasıl kullanacağını, ne zaman kontrole geleceğini ve hangi hallerde telefon ile mutlaka bilgilendirme yapması gerektiğini (komplikasyon belirti ve bulguları ateş, akıntı, kızarıklık, düşme, bacak boyunda farklılık, şiddetli ağrı vb.) anlatıldı ve yazılı olarak taburcu bilgi formuna dökümente edildi,
- Diyetisyenin ve fizyoterapistin taburculuk bilgilendirmesi ve eğitim vermesi için ekibi organize etti, süreci takip etti,
- Hastaya taburcu olurken KVVYH'si (Klinik Vaka Yönetici Hemşiresi) kart viziitini verdi ve verilen telefon numarası ile ihtiyaç halinde sürekli (sosyal mahremiyet korunarak) iletişimde olması sağlandı.
- ✓ Hasta hastaneye yattığı an itibari ile haftada 5.5 gün çalışan klinik vaka yönetici hemşiresi ile ağırlıklı iletişimini geçirdi.

Sonuç olarak KVVYH (Klinik Vaka Yönetici Hemşire) modeli; Hastanın, hastanedeki yatışı süresince hemşirelik hizmetlerinin planlanması ve uygulanmasının denetlenmesi, değerlendirilmesi, ekipler arası koordinasyonun sağlanması (cerrahi ekip, fizik tedavi, diyetisyen vb.), taburculuk eğitimi ve taburculuk sonrası danışmanlık hizmetinin verilmesi sürecini kapsadı.

Şekil 3.3. Araştırma Akış Şeması



3.10. Total Kalça Protezi Hasta Eğitim Kitapçığı ve Videosu

Total kalça protezi ameliyatı olmak üzere ameliyata alınması planlanan her iki gruba da hasta eğitim kitapçığı verildi. Klinik vaka hemşiresi hasta yönetim modeli ile bakım verilen hastalara eğitim kitapçığı hasta hazırlık kliniğinde yatıştan önce ya da hastanın hastaneye gelebilme durumuna göre yatış günü servise kabulünde verildi. Rutin hemşirelik bakımı modeli ile bakım verilen hastaların tamamına ise eğitim kitapçığı hastanın servise yattığı gün verildi. Bu eğitim kitapçığı kalça cerrahisi bölüm başkanı ve protez firması eğitim departmanının katkıları ile birlikte hazırlandı. Yazılı eğitim sade bir dille yazılmış, resimlerle desteklenmiş ve rahat okunabilir bir kitapçık olarak verildi. A4 boyutunda 33 sayfadan oluşan kitapçıkta; total kalça protezine ilişkin literatür bilgileri; kalça eklemi, kalça eklemi hastalıkları, tedavi seçenekleri, yapay kalça eklemi, ameliyat, ameliyat öncesi hazırlıkta, ameliyat sonrasında, taburculukta ve evde bakım sürecinde yapmaları ve dikkat etmeleri gereken bilgiler ile ilgili gerekli bilgiler yer aldı. Total kalça protezi ameliyatı olmak üzere ameliyata alınması planlanan hastaların tamamına (her iki gruba da) kalça

cerrahisi bölüm başkanı ve fizyoterapistler ile birlikte işbirliği ile hazırlanan 13dk.6sn'lik eğitim videosu izletildi. Bu eğitim videosu hastane televizyon kanallarından birinde kesintisiz olarak yayınlandı ve hastalar eğitim videosu konusunda sözlü olarak bilgilendirildiler. Her iki gruba da hastaların servise kabulü yapıldıktan sonra tek kişilik olan hasta odalarında bulunan televizyon ekranından total kalça protezi ameliyatı olmuş hastaların ameliyat sonrası dönemde nasıl hareket edeceklerine ve dikkat etmeleri gereken hususların öğretilmesi hedeflendi. İzlemek istedikleri sürece televizyon kanalını açarak eğitim videosunu tekrar izleme fırsatı buldular.



4. BULGULAR

4.1. Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular

Bu bölümde kontrol ve deney grubunda yer alan hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.1. Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular

Sosyo demografik özellikler	Tüm hasta grubu (n: 92)		Kontrol Grubu (n: 46)		Deney Grubu (n: 46)		p	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)		
Yaş (ort±ss)	47,8±10,8 (25-65)		47,7±11,5 (25-65)		47,9±10,1 (27-64)		p=0,939 p>0,05	
Cinsiyet	Erkek	32	34,8	18	39,1	14	30,4	p=0,381
	Kadın	60	65,2	28	60,9	32	69,6	p>0,05
Medeni durum	Evli	72	78,3	34	73,9	38	82,6	p=0,312
	Bekar	20	21,7	12	26,1	8	17,4	p>0,05
Eğitim durumu	Okur yazar	17	18,5	7	15,2	10	21,7	p=0,674 p>0,05
	Ortaöğretim	28	30,4	13	28,3	15	32,6	
	Lise	18	19,6	9	19,6	9	19,6	
	Üniversite	29	31,5	17	37,0	12	26,1	
Meslek	Ev hanımı	39	42,4	17	37,0	22	47,8	p=0,103 p>0,05
	İşçi	16	17,4	12	26,1	4	8,7	
	Memur	16	17,4	6	13,0	10	21,7	
	Çiftçi	2	2,2	2	4,3	0	0,0	
	Serbest meslek	19	20,7	9	19,6	10	21,7	
Gelir durumu	Gelir giderden az	62	67,4	29	63,0	33	71,7	p=0,579 p>0,05
	Gelir gidere eşit	24	26,1	13	28,3	11	23,9	
	Gelir giderden çok	6	6,5	4	8,7	2	4,3	
Daha önce hastaneye yatma durumu	Evet	80	87,0	43	93,5	37	80,4	p=0,063 p>0,05
	Hayır	12	13,0	3	6,5	9	19,6	
Kronik hastalık	Evet	25	54,3	22	47,8	47	51,1	p=0,532 p>0,05
	Hayır	21	45,7	24	52,2	45	48,9	
En son yatma zamanı (ort±ss) (min-maks)	6,03±8,0 (0-35)		6,58±7,8 (0-35)		5,47±8,2 (0-35)		p=0,511 p>0,05	
Hastanede yattığı süre (ort±ss) (min-maks)	2,60±2,0 (0-11)		2,82±1,9 (0-10)		2,39±2,0 (0-11)		p=0,305 p>0,05	

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması $47,8 \pm 10,8$ yıl (min: 25 - maks: 65) olarak tespit edildi. Kontrol grubunun yaş ortalaması $47,7 \pm 11,5$ yıl iken deney grubunun yaş ortalaması $47,9 \pm 10,1$ yıl idi. Bağımsız kategorik değişkenlerin kontrol ve deney gruplarındaki dağılımının homojen olduğu görüldü ($p > 0,05$).

Araştırmaya katılan hastaların % 65,2'si ($n=60$) kadındı. Kontrol ve deney grubundaki hastaların cinsiyet dağılımları benzerdi ($p > 0,05$).

Araştırmaya katılan hastaların % 78,3'ü ($n=72$) evliydi. Kontrol ve deney grubundaki hastaların medeni durum dağılımları homojendi ($p > 0,05$).

Araştırmaya katılan hastaların eğitim durumlarına bakıldığında katılımcıların % 31,5'i ($n=29$) üniversite mezunu, % 30,4'ünü de ($n=28$) ortaöğretim mezunları oluşturdu. Kontrol ve deney grubundaki hastaların eğitim durumu dağılımları benzerdi ($p > 0,05$).

Hastaların meslek grubu açısından % 42,4 ($n=39$)'ünün ev hanımı, % 20,7 ($n=19$)'sinin serbest meslek grubu oluşturdu. Kontrol ve deney grubundaki hastaların mesleki çalışma durumu dağılımları benzerdi ($p > 0,05$).

Araştırmaya katılan hastaların gelir durumlarının dağılımına bakıldığında; hastaların % 67,4'ü ($n=62$) ekonomik gelirlerinin giderlerinden az olduğunu belirtti. Kontrol ve deney grubundaki hastaların gelir durumları açısından dağılımları benzerdi ($p > 0,05$).

Araştırmaya katılan hastaların daha önce hastaneye yatma durumları incelendi. Hastaların % 87'si ($n=80$) daha önce hastanede yattığını belirtti. Kontrol ve deney grubundaki hastalar daha önce hastanede yatma durumları açısından homojen dağılım gösterdi ($p > 0,05$).

Çalışmaya katılan hastaların hastanede kaldığı gün ortalaması $2,60 \pm 2,0$ gün (min: 0-maks: 11) olarak tespit edildi. Kontrol grubunun hastanede kaldığı gün ortalaması $2,39 \pm 2,0$ gün iken deney grubunun hastanede kaldığı gün ortalaması $2,82 \pm 1,9$ gün (min: 0-maks: 10) idi. Kontrol ve deney grubundaki hastalar hastanede kalınan gün ortalaması yönünden benzerlik gösterdi ($p > 0,05$).

Çalışmaya katılan hastaların % 51,1 ($n= 47$) kronik hastalığı olduğunu belirtti. Kontrol ve deney grubundaki hastaların kronik hastalıklarının olma durumlarının dağılımları benzerdi ($p > 0,05$).

4.2. Hemşirelik Bakımının Algılayışı Ölçeğine İlişkin Bulgular

Bu bölümde kontrol ve deney grubunda hastalara yöneltilen hemşirelik bakımının algılayışı ölçeğine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.2. Hemşirelik Bakımının Algılayışı Ölçeği Ortalama ve Standart Sapma Puanları

Hemşirelik Bakımının Algılayışı Ölçeği	Kontrol	Deney	Toplam
	(n: 46)	(n: 46)	(n: 92)
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
1. Hemşireler daha gerçekçi olmama yardımcı	3,89±0,9	4,93±0,2	4,41±0,8
2. Hemşireler ihtiyacım olandan fazlasını düşündüler	3,60±0,9	4,93±0,2	4,27±0,9
3. Hemşireler isteklerimle hemen ilgilendiler	4,45±1,0	4,95±0,2	4,70±0,7
4. Hemşireler bakım esnasında tüm dikkatlerini bana verdiler	4,67±0,9	4,95±0,2	4,81±0,6
5. Hemşireler çoğu şeyi bana sorarak yaptılar	4,54±1,0	4,93±0,2	4,73±0,7
6. Hemşireler hastanede beni rahat ettirdiler	4,47±1,0	4,93±0,2	4,70±0,7
7. Hemşireler hastaneyle ilgili bilmediğim şeyler hakkında bana bilgi verdiler	4,15±1,0	4,89±0,3	4,52±0,8
8. Hemşirelerin benim gereksinimlerin ve isteklerime dair ilgili kişileri uyardıklarından eminim.	4,23±0,9	4,93±0,2	4,58±0,7
9. Hemşirelere ihtiyacım olduğunda yanımda olacaklarından eminim	4,58±0,9	4,93±0,2	4,76±0,6
10. Hemşirelerin hastalığımanın benim için ne demek olduğunu anladıklarını hissediyorum.	4,30±0,8	4,91±0,3	4,60±0,7
11. Bazı sorunların, hemşirelerin çabaları sayesinde önlendiğini biliyorum.	4,47±0,9	4,93±0,2	4,70±0,7
12. Hemşireler hastalığıma ilişkin korkularıyla başa çıkmamda bana yardımcı oldular	4,17±0,8	4,93±0,2	4,55±0,7
13. Hemşirelerin yaptığı açıklamalar beni rahatlattı.	3,95±0,9	4,91±0,3	4,43±0,8
14. Hemşireler tedavilerim yapılırken beni rahatlattılar	4,58±1,0	4,93±0,2	4,76±0,7
15. Hemşireler sayesinde iyi bakıldığımı hissettim.	4,41±1,0	4,93±0,2	4,67±0,7

Tablo 4.2’de yer alan bulgulara göre katılımcıların hemşirelik bakımının algılayışı ölçeğine yüksek aritmetik ortalamaya sahip oldukları gözlemlendi. Buna karşın hastaların tamamının “4. Hemşireler bakım esnasında tüm dikkatlerini bana verdiler” değişkeninde en yüksek aritmetik ortalamaya sahip olduğu gözlenirken, “2. Hemşireler ihtiyacım olandan fazlasını düşündüler” değişkeninde en düşük aritmetik ortalamaya sahip olduğu belirlendi.

Kontrol grubu açısından “2. Hemşireler ihtiyacım olandan fazlasını düşündüler” değişkeninin en düşük, “4. Hemşireler bakım esnasında tüm dikkatlerini bana verdiler” değişkeninde en yüksek aritmetik ortalamaya sahip olduğu gözlemlendi. Deney grubu açısından tüm değişkenlerin aritmetik ortalamalarının yüksek olduğu belirlendi.

4.3. Çalışmanın Araştırma Sorularına İlişkin Bulgular

Bu bölümde çalışmaya katılan hastaların demografik özellikleri ile hemşirelik bakımını algılayışı ölçeğinin karşılaştırılmalarına ilişkin bulgular özetlendi.

Tablo 4.3. Hemşirelik Bakımının Algılayışı Ölçeği Ortalama ve Standart Sapma Puanları İle Hastaların Grupları İle Olan Karşılaştırılmaları

Ölçümler	Ort±ss	t	p*
Hemşirelik bakımın algılayışı ölçeği	Kontrol (n: 46) 64,5±11,8 Deney (n: 46) 73,9±3,6	-5,933	0,001

* p<0,05

Çalışmaya katılan hastaların kontrol ve deney grubu olarak iki farklı kategoride incelendi (Tablo 4.3). Kontrol grubunda yer alan hastaların hemşirelik bakımın algılayışı ölçek puan skorunun 64,5±11,8, deney grubunda yer alan hastaların hemşirelik bakımın algılayışı ölçek puan skorlarından 73,9±3,6 daha düşük düzeyde olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu belirlendi (p=0,001, p<0,05). Bu bağlamda deney grubunda yer alan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin, kontrol grubunda yer alan hastalara göre daha fazla olduğu anlaşıldı.

4.3.1. Hemşirelik bakımının algılayışı ölçeği ile hastaların cinsiyet değişkenlerine ilişkin bulgular

Bu bölümde hemşirelik bakımının algılayışı ölçeği ile hastaların cinsiyet değişkenlerine ilişkin bulguları Tablo 4.4'de özetlendi.

Tablo 4.4. Hemşirelik Bakımının Algılayışı Ölçeği İle Hastaların Cinsiyet Değişkenlerinin Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular

Ölçümler	Ort±ss	t	p*
Kontrol	Erkek (n: 18) 62,7±14,9	1,745	0,226
	Kadın (n: 28) 65,7±9,4		
Deney	Erkek (n: 14) 72,8±5,2		
	Kadın (n: 32) 74,4±2,6		
Toplam	Erkek (n: 32) 67,1±12,6		
	Kadın (n: 60) 70,3±8,0		

* p<0,05

Hastalardan deney grubunda yer alanların hemşirelik bakımının algılayışı ölçeği toplam skorlarının, kontrol grubunda yer alan hastalara göre hemşirelik bakım algı düzeylerinin

daha yüksek gözlemlendi, buna karşın aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı gözlemlendi ($p=0,226$, $p>0,05$). Bu bağlamda hastaların cinsiyet değişkenlerinin hemşirelik bakım algı düzeylerine herhangi bir etkisi olmadığı belirlendi (Tablo 4.4).

4.3.2. Hemşirelik bakımının algılayışı ölçeği ile hastaların medeni durum değişkenlerine ilişkin bulgular

Hemşirelik bakımının algılayışı ölçeği ile hastaların medeni durum değişkenlerine ilişkin bulguları Tablo 4.5’de özetlendi.

Tablo 4.5. Hemşirelik Bakımının Algılayışı Ölçeği İle Hastaların Medeni Durum Değişkenlerinin Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular

Ölçümler		Ort±ss	t	p*
Kontrol	Evli (n: 34)	65,2±12,1	2,564	0,618
	Bekar (n: 12)	62,5±11,0		
Deney	Evli (n: 38)	73,8±4,0		
	Bekar (n: 8)	74,7±0,7		
Toplam	Evli (n: 72)	69,7±9,7		
	Bekar (n: 20)	67,4±10,4		

* $p<0,05$

Tablo 4.5 incelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların hemşirelik bakım algı düzeylerinin, kontrol grubunda yer alan hastaların hemşirelik bakım algı düzeylerine göre daha yüksek olduğu gözlenmesine rağmen aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı belirlendi ($p=0,618$, $p>0,05$). Başka bir ifade ile hastaların medeni durum değişkenlerinin hemşirelik bakım algı düzeylerine herhangi bir etkisi olmadığı belirlendi.

4.3.3. Hemşirelik bakımının algılayışı ölçeği ile hastaların eğitim durum değişkenlerine ilişkin bulgular

Hemşirelik bakımının algılayışı ölçeği ile hastaların eğitim durum değişkenlerine ilişkin bulguları Tablo 4.6’da özetlendi.

Hastalardan deney grubunda yer alanların hemşirelik bakımının algılayışı ölçeği toplam skorlarının, kontrol grubunda yer alan hastalara göre hemşirelik bakım algı düzeylerinin daha yüksek gözlemlendi, buna karşın aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p=0,538$, $p>0,05$). Bu bağlamda hastaların eğitim durumu değişkenlerinin hemşirelik bakım algı düzeylerine herhangi bir etkisi olmadığı belirlendi (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Hemşirelik Bakımının Algılayışı Ölçeği İle Hastaların Eğitim Durum Değişkenlerinin Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular

Ölçümler		Ort±ss	t	p*
Kontrol	Okur yazar (n: 7)	66,0±7,3		
	Ortaöğretim (n: 13)	66,4±5,		
	Lise (n: 9)	64,3±14,8		
	Üniversite (n: 17)	62,5±15,2		
Deney	Okur yazar (n: 10)	75,0±0,0		
	Ortaöğretim (n: 15)	74,8±0,5	1,652	0,538
	Lise (n: 9)	73,2±4,9		
	Üniversite (n: 12)	72,5±5,6		
Toplam	Okur yazar (n: 17)	71,2±6,4		
	Ortaöğretim (n: 28)	70,9±5,7		
	Lise (n: 18)	68,7±11,6		
	Üniversite (n: 29)	66,7±13,0		

* p<0,05

4.3.4. Hemşirelik bakımının algılayışı ölçeği ile hastaların meslek durum değişkenlerine ilişkin bulgular

Hemşirelik bakımının algılayışı ölçeği ile hastaların meslek durum değişkenlerine ilişkin bulguları Tablo 4.7’de özetlendi.

Tablo 4.7. Hemşirelik Bakımının Algılayışı Ölçeği İle Hastaların Meslek Durum Değişkenlerinin Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular

Ölçümler		Ort±ss	t	p*
Kontrol	Ev hanımı (n: 17)	67,6±6,3		
	İşçi (n: 12)	60,4±15,2		
	Memur (n: 6)	57,3±20,2		
	Çiftçi (n: 2)	69,5±4,9		
	Serbest meslek (n: 9)	67,5±4,9		
Deney	Ev hanımı (n: 22)	74,9±0,4		
	İşçi (n: 4)	74,7±0,5	-1,185	0,187
	Memur (n: 10)	73,5±4,7		
	Serbest meslek (n: 10)	72,1±6,1		
Toplam	Ev hanımı (n: 39)	71,7±5,5		
	İşçi (n: 16)	64,0±14,5		
	Memur (n: 16)	67,4±14,6		
	Çiftçi (n: 2)	69,5±4,9		
	Serbest meslek (n: 19)	70,1±5,8		

* p<0,05

Tablo 4.7'ye bakıldığında; deney grubunda yer alan hastaların hemşirelik bakım algı düzeylerinin, kontrol grubunda yer alan hastaların hemşirelik bakım algı düzeylerine göre daha yüksek olduğu gözlenmesine karşın aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı belirlendi ($p=0,187$, $p>0,05$). Başka bir ifade ile hastaların meslek durumu değişkenlerinin hemşirelik bakım algı düzeylerine herhangi bir etkisi olmadığı belirlendi ($p=0,187$, $p>0,05$).

4.3.5. Hemşirelik bakımının algılayışı ölçeği ile hastaların gelir durumu değişkenlerine ilişkin bulgular

Hemşirelik bakımının algılayışı ölçeği ile hastaların gelir durumu değişkenlerine ilişkin bulguları Tablo 4.8'de özetlendi.

Tablo 4.8. Hemşirelik Bakımının Algılayışı Ölçeği İle Hastaların Gelir Durumu Değişkenlerinin Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular

Ölçümler		Ort±ss	t	p*
Kontrol	Gelir giderden az (n: 29)	66,0±9,4		
	Gelir gidere eşit (n: 13)	61,3±17,1		
	Gelir giderden çok (n: 4)	64,0±4,8		
Deney	Gelir giderden az (n: 33)	74,5±2,6		
	Gelir gidere eşit (n: 11)	72,1±5,8	-2,105	0,238
	Gelir giderden çok (n: 2)	75,0±0,0		
Toplam	Gelir giderden az (n: 62)	70,5±7,9		
	Gelir gidere eşit (n: 24)	66,2±14,0		
	Gelir giderden çok (n: 6)	67,6±6,8		

* $p<0,05$

Hastalardan deney grubunda yer alanların hemşirelik bakımının algılayışı ölçeği toplam skorlarının, kontrol grubunda yer alan hastalara göre hemşirelik bakım algı düzeylerinin daha yüksek olduğu gözlemlendi, ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı gözlemlendi ($p=0,238$, $p>0,05$). Bu bağlamda hastaların gelir durumu değişkenlerinin hemşirelik bakım algı düzeylerine herhangi bir etkisi olmadığı belirlendi (Tablo 8).

4.3.6. Hemşirelik bakımının algılayışı ölçeği ile hastaların daha önce hastanede yatma durumu değişkenlerine ilişkin bulgular

Hemşirelik bakımının algılayışı ölçeği ile hastaların daha önce hastanede yatma durumu değişkenlerine ilişkin bulguları Tablo 4.9'da özetlendi.

Tablo 4.9. Hemşirelik Bakımının Algılayışı Ölçeği İle Hastaların Daha Önce Hastanede Yatma Durumu Değişkenlerinin Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular

Ölçümler		Ort±ss	t	p*
Kontrol	Evet (n: 43)	64,0±12,1	1,475	0,988
	Hayır (n: 3)	71,3±2,8		
Deney	Evet (n: 37)	74,5±2,4		
	Hayır (n: 9)	71,6±6,3		
Toplam	Evet (n: 80)	68,9±10,4		
	Hayır (n: 12)	71,5±5,5		

* p<0,05

Tablo 4.9 incelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların hemşirelik bakım algı düzeylerinin, kontrol grubunda yer alan hastaların hemşirelik bakım algı düzeylerine göre daha yüksek olduğu gözlenmesine karşın aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı belirlendi (p=0,988, p>0,05). Başka bir ifade ile hastaların hastaların daha önce hastanede yatma durumu değişkenlerinin hemşirelik bakım algı düzeylerine herhangi bir etkisi olmadığı belirlendi (p=0,988, p>0,05).

4.3.7. Hemşirelik bakımının algılayışı ölçeği ile hastaların daha önce hastanede yatma durumu değişkenlerine ilişkin bulgular

Hemşirelik bakımının algılayışı ölçeği ile hastaların en son yatma zamanı durumu değişkenlerine ilişkin bulguları Tablo 4.10’da özetlendi.

Tablo 4.10. Hemşirelik Bakımının Algılayışı Ölçeği İle Hastaların En Son Yatma Zamanı Durumu Değişkenlerinin Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular

Ölçümler		Ort±ss	t	p*
Kontrol	6 ve altı (n: 30)	63,8±13,8	-2,331	0,373
	7 ve üzeri (n: 16)	65,9±6,9		
Deney	6 ve altı (n: 34)	73,6±4,2		
	7 ve üzeri (n: 12)	75,0±0,0		
Toplam	6 ve altı (n: 64)	69,0±11,0		
	7 ve üzeri (n: 28)	69,8±6,8		

* p<0,05

Hastalardan deney grubunda yer alanların hemşirelik bakımının algılayışı ölçeği toplam skorlarının, kontrol grubunda yer alan hastalara göre hemşirelik bakım algı düzeylerinin daha yüksek olduğu gözlenmesine karşın ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı

farklılıklar olmadığı gözlemlendi ($p=0,373$, $p>0,05$). Bu bağlamda hastaların en son yatma zamanı durumu değişkenlerinin hemşirelik bakım algı düzeylerine herhangi bir etkisi olmadığı belirlendi (Tablo 4.10).

4.3.8. Hemşirelik bakımının algılayışı ölçeği ile hastaların yaş değişkenlerine ilişkin bulgular

Hemşirelik bakımının algılayışı ölçeği ile hastaların yaş değişkenlerine ilişkin bulguları Tablo 4.11’de özetlendi.

Tablo 4.11. Hemşirelik Bakımının Algılayışı Ölçeği İle Hastaların Yaş Değişkenlerinin Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular

Ölçümler		Ort±ss	t	p*
Kontrol	44 yaş ve altı (n: 16)	61,8±9,7	2,454	0,299
	45 yaş ve üzeri (n: 30)	66,0±12,7		
Deney	44 yaş ve altı (n: 18)	74,0±3,5		
	45 yaş ve üzeri (n: 28)	73,9±3,7		
Toplam	44 yaş ve altı (n: 34)	68,2±9,3		
	45 yaş ve üzeri (n: 58)	69,8±10,2		

* $p<0,05$

Tablo 4.11 incelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların hemşirelik bakım algı düzeylerinin, kontrol grubunda yer alan hastaların hemşirelik bakım algı düzeylerine göre daha yüksek olduğu gözlenmesine karşın aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı belirlendi ($p=0,299$, $p>0,05$). Başka bir ifade ile hastaların yaş değişkenlerinin hemşirelik bakım algı düzeylerine herhangi bir etkisi olmadığı belirlendi.

4.3.9. Hemşirelik bakımının algılayışı ölçeği ile hastaların kronik hastalık değişkenlerine ilişkin bulgular

Hemşirelik bakımının algılayışı ölçeği ile hastaların kronik hastalık değişkenlerine ilişkin bulguları Tablo 4.12’de özetlendi.

Tablo 4.12. Hemşirelik Bakımının Algılayışı Ölçeği İle Hastaların Kronik Hastalık Değişkenlerinin Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular

Ölçümler		Ort±ss	t	p*
Kontrol	Evet (n: 25)	67,3±9,4	1,548	0,067
	Hayır (n: 21)	61,1±13,6		
Deney	Evet (n: 25)	74,2±3,1		
	Hayır (n: 21)	73,7±4,0		
Toplam	Evet (n: 25)	70,5±7,9		
	Hayır (n: 21)	67,8±11,5		

* p<0,05

Hastalardan deney grubunda yer alanların hemşirelik bakımının algılayışı ölçeği toplam skorlarının, kontrol grubunda yer alan hastalara göre hemşirelik bakım algı düzeylerinin daha yüksek olduğu gözlenmesine karşın ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı gözlemlendi (p=0,067, p>0,05). Bu bağlamda hastaların kronik hastalık değişkenlerinin hemşirelik bakım algı düzeylerine herhangi bir etkisi olmadığı belirlendi (Tablo 4.12).

5. TARTIŞMA

Total Kalça Protezi Ameliyatı Geçiren Hastaların HHBAÖ'ne Göre Klinik Vaka Yönetici Hemşire Modeli ile Rutin Uygulamalar Doğrultusunda Bakım Verilen Hemşirelik Modeli Memnuniyet Düzeylerinin Karşılaştırılması

Hasta memnuniyetini sağlamak tüm sağlık kuruluşlarının en önemli hedeflerinden birisidir. Hasta memnuniyetini sağlamaya ve ölçmeye yönelik çalışmalar yalnızca özel sektörün ilgi alanı olmaktan çıkmış ve Sağlık Bakanlığı'nın yürüttüğü programlar ile devlet hastaneleri içinde önemli bir hedef haline gelmiştir (İpek, 2010; Kılıç ve Topuz, 2015).

Hasta memnuniyetini etkileyen en önemli unsurlardan birisi sunulan hemşirelik hizmetinin etkinliği, kalitesidir. Hastaların hemşirelik hizmetlerinden duydukları memnuniyeti ölçmeye yönelik, hemşirelik hizmetinin kalitesini etkileyen ve nasıl arttırılabileceği yönünde pek çok çalışma yapılmıştır (Alcan, 2001; Babacan ve diğerleri,2003; Çoban, 2006; Doizer, 2001; Needleman ve diğerleri, 2011; Sochalski, 2004; Vahey ve diğerleri, 2004).

Çalışmamızda total kalça protezi ameliyatı geçirmiş hastalara iki farklı model ile hemşirelik hizmeti verildi. Klinik vaka yönetici hemşire modeli ile bakım alan hastaların hemşirelik bakımını algılayışı ölçeği puanı 73,9+3,6, rutin uygulamalar doğrultusunda verilen hemşirelik hizmetleri sonrası hastaların hemşirelik bakımını algılayışı ölçeği puanının 64,5+11,8 olduğu saptandı. "Klinik Vaka Yönetici Hemşire Modeli" ile hemşirelik hizmeti alan hastaların memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edildi (p=0,001, p<0,05).

Vaka yönetim modeli ilk kez Amerika'da uygulanmaya başlanmış bir hasta bakım modelidir ve yapılan çalışmalar ile sürekli gelişim, değişim gösteren bir program oluşturulmaktadır (CMSA, 2012).

Tayvan'da yapılan yarı deneysel bir çalışmada, kanser hastaları için tedavi ve bakım kalitesini iyileştirmek amacı ile vaka yönetim modeli uygulanmıştır. Çalışmanın sonucunda enfeksiyon nedeni ile plansız yatış oranı vaka yönetim modelinde % 1,5 iken kontrol grubunda % 4,5 olarak tespit edilmiştir (p=0,002, p<0,005). Tedaviye devam eden hasta oranı vaka yönetim modelinde % 93,8 iken, kontrol grubunda % 84,8 tespit edilmiştir (p<0,001). Bu çalışma vaka yönetim modeli ile bakım verilen hastalarda, kanser bakım hizmetlerinin etkinliğinin arttırılabildiğini ve hastalığın yönetiminde daha iyi kontrol sağlandığını göstermektedir (Chen ve diğerleri, 2013).

Farley ve arkadaşlarının Ocak 2019'da erken sonuçlarını paylaştıkları çalışmalarında; John Hopkins Üniversitesi sponsorluğunda Güney Afrika'da 2014 yılında klinik çalışmaya başlamışlardır. Bu çalışmada çok ilaca drençli MDR-TB (Mycobacterium tuberculosis,

mikobakterium tuberculosis) ve HIV (human immunodeficiency virus, insan immün yetmezlik virüsü) infeksiyonuna sahip hastaları iki yıl boyunca izlemişler ve hastaların yarısı vaka yönetim modeli diğer yarısı da standart hemşirelik bakım ve izlem yöntemi ile takip edilmiş ve hastaların tedaviye yanıtları izlenmiştir. Araştırmacılar vaka yönetim modeli ile hemşirelik hizmeti alan hastaların tedavi başarısının artacağına (mikobakterium tuberculosis tedavi ve tamamlama oranlarının artacağına) inanmaktadırlar (Farley ve diğerleri, 2019).

Vaka yönetim modeli her hasta grubu için mi? yoksa özellikli hasta grupları için mi doğru bir bakım verme modelidir?

Kisokanth ve arkadaşları yaptıkları çalışma ile vaka yönetimi hemşire modelinin bulaşıcı olmayan hastalıkların sağlık bakım sonuçlarını iyileştiriyor mu? sorusuna cevap aramışlar ve bu amaçla 1994 ile 2014 yılları arasında yapılan 20 tane literatür makalesi analiz edilmiştir. Bu derleme sonucunda; tip 2 diabetes Mellitus, koroner kalp hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları, kanser gibi bulaşıcı olmayan hastalıkları olan popülasyon için sağlanan hemşire vaka yönetiminin bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde arttırdığı tespit edilmiştir (Kisokanth ve diğerleri, 2015).

Yapılan çalışmalarda kanserli hastaların yönetiminde; vaka yönetim modeli ile hemşirelik hizmeti alan hastaların öz yeterlilik duygularının geliştiği, planlanan tedaviye uyumun arttığı, kanserli hastalarda bütünsel bir bakımı gerçekleştirmek için bireysel bakımı geliştirdiği, hastalar ve diğer bakım sağlayıcıları arasında iletişimi kolaylaştırdığı, komplikasyonlar nedeni ile yeniden yatış oranlarının azaldığı görülmüştür (Chen ve diğerleri, 2009; Chen ve diğerleri, 2013; Goodwin ve diğerleri, 2003; Jennings-Sanders ve diğerleri, 2005; Robinson-White ve diğerleri, 2010).

Araştırmamızda klinik vaka yönetim modeli ile hemşirelik hizmeti verdiğimiz hastalar, klinik vaka yönetici hemşiresine kurum tarafından tahsis edilen telefon ile hemşirenin belirlediği saatler (özel hayat mahremiyetini sağlayacak şekilde) içerisinde iletişim kurabilmekteydi. Hastalar taburculuk sonrası ihtiyaç hissettiklerinde gerekli desteği aldılar. Hastalar çoğunlukla; pansuman, yara yeri bakımı, ağrı, mobilizasyon, ilaç yönetimi, kontrol takip süreci ile ilgili sormak istedikleri her konuda vaka yönetici hemşiresine danışabildiler. Vaka yönetici hemşiresi hastaların bilgi gereksinimleri doğrultusunda kendisi ya da ilgili ekip üyesi ile iletişime geçerek hastaların gereksinimlerini karşıladı. Bilik, 2006 yılında yaptığı çalışmasında kalça protezli hastaların evde telefonla izlemlerinin iyileşmeye etkisini incelemiş, telefon ile izlem yapılan hastaların memnuniyet oranı % 100,00 iken, kontrol grubunda bu oran % 75,00 olarak saptanmıştır (Bilik, 2006). Telefon ile hemşireden danışmanlık hizmeti alabilmenin hasta memnuniyetini ve hasta

izlem sonuçlarının tedaviyi iyileştirici yönde arttırdığını gösteren çalışmalar yapılmıştır (Larson-Dahn, 2001; Peerson ve diğerleri, 2002; chewitt ve diğerleri, 1997; Chang ve diğerleri, 2004).

Vaka yönetim modelinin, yalnızca hasta memnuniyetini arttıran bir yönetim modeli olmanın dışında hemşirenin de iş tatminini arttırdığı görüşü yapılan çalışmalar ile desteklenmiştir. Vaka yönetim modeli ile hemşirelik eğitim programlarının geliştirilmesi, yenilenmesi hedeflenmektedir. Yeterli yetkinliğe sahip vaka yönetici hemşireleri hasta eğitimi ve yönetiminde aktif rol aldığı gibi, hasta yönetimi ile ilgili klinikte hemşirelerin eğitiminde katkı sağlamaktadırlar (CMSA, 2012). Öztürk ve arkadaşları yaptıkları çalışma ile hemşirelerin iş yaşam kalitesinin hasta memnuniyeti üzerindeki etkisini incelemişlerdir. Bu araştırma sonucunda hemşirenin iş yaşam kalitesinin hasta memnuniyeti üzerinde olumlu bir etkisi olduğu sonucuna varmışlardır (Öztürk ve diğerleri, 2013).

Yapılan çalışmalar vaka yönetim modeli ile;

- Hasta bakım hizmetlerinin kalitesinde ve hasta memnuniyetinde artış olduğu,
- Kronik hastalığı olan hastaların yönetiminde tedaviyi olumlu etkileyen süreçlerin gelişiminin vaka hemşireleri ile sağlandığı,
- Önlenebilir hastalıkların kontrol altına alınmasında ve hastaların güçlendirilmesine katkı sağladığı,
- Kaynakların etkin ve doğru kullanılmasına olanak sağladığı,
- Hastanın tedavi planında multidisipliner yaklaşımı destekleyerek bu yaklaşımda ekipler arası koordinasyonun sağlanmasında hemşirenin etkin rol almasının önemini ortaya koyduğu,
- Sahadaki diğer hemşirelerin eğitimine ve gelişimine katkı sağladığı,
- Hemşirenin iş yaşam kalitesini arttırdığı ve mesleki doyum sağladığı yapılan çalışmalar ile ortaya konmuştur.

Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin ve Tanıtıcı Özellikleri ile HHBAÖ Puan Ortalamasına Göre Memnuniyet Düzeylerinin Karşılaştırılması

Total kalça artroplastisi uygulanan hasta sayısı hızla artmaktadır. Osteoartrit bir engellilik nedenidir ve kadınlarda erkeklerden daha fazla görülür, total kalça artroplastisi son dönem osteoartrit için bir tedavi seçeneğidir. Çalışmamızda total kalça artroplastisi ameliyatı olan hastaların % 65,2'sini kadın hastalar oluşturdu. Kontrol grubunun % 60,9'u, deney grubunun ise % 69,6'sı kadın hastalardı.

Wolfvitch ve arkadaşları yaptıkları retrospektif çalışmada 2013 ve 2014 yıllarında total kalça protezi ameliyatı olan hastaların cinsiyet ve cerrahi endikasyon gerekçeleri ve

ameliyat sonrası komplikasyonlar arasındaki ilişkiyi analiz ederek klinik ve epidemiyolojik profillerini tanımlamışlardır. Bu çalışmada hastaların % 66,3'ünü kadınların oluşturduğu, % 48,2'sinin koksartroz nedeni ile opere olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada, yaşlı, hipertansif ve kadın hastaların koksartroz veya kalça kırığı tanısı ile kalça artroplastisi uygulanan hastaların çoğunluğunu oluşturduğu sonucuna varılmıştır. Bu çalışmanın sonucunda artroplasti endikasyonu ile cinsiyet (kadın) arasındaki korelasyonun istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p=0,004$) (Wolfovitch ve diğerleri, 2017).

Kostamo ve arkadaşlarının 2008 yılında yayınladıkları çalışmada, 1980 ve 2004 yılları arasında 3461 hastada uygulanan 4114 primer total kalça artroplastisi olgusu retrospektif incelenmiştir. Bu çalışmada; klinik sonuçlardaki cinsiyetler arasındaki farklılıklarına, implantların sağkalımlarına, revizyonlarına, boyutlandırma ve yerleştirme farklılıklarına bakılmıştır. Hastaların % 56'sını kadınların oluşturduğu ve cinsiyete göre implantların sağkalımlarına, revizyonlarına, boyutlandırma ve yerleştirme yerlerine göre fark olmadığı sonucuna varılmıştır (Kostamo ve diğerleri, 2008).

Borrero ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptıkları çalışmada total diz ve kalça artroplastisi uygulanan hastaların cerrahi endikasyonu için cinsiyet farklılıkları incelenmiş, total kohortta ve subkohortta kadın (0,8%) ve erkek (0,7%) oranlarına bakılmış, kadınların daha yüksek oranda total kalça artroplastisi ameliyatı geçirdiği tespit edilmiştir (Borrero ve diğerleri, 2006).

Araştırmamızda kadın hastaların oranının erkek hastalara oranla yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatüre bakıldığında, total kalça protezi ameliyatı endikasyonu olan hastalıkların (osteoartrit, romatolojik hastalıklar, osteoporoz vb.), kadınlarda erkek hastalara göre görülme indisansı daha yüksektir (Bilik, 2006; Borrero ve diğerleri, 2006; Kostamo ve diğerleri, 2008; Wolfovitch ve diğerleri, 2017). Bu nedenle kadınlarda, kemik yoğunluğunu olumsuz etkileyen bu hastalıklar nedeni ile total kalça protezi ameliyatı görülme sıklığı artmaktadır. Literatürdeki araştırmalarla, çalışmamız cinsiyet yönünden benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda, hastaların cinsiyet değişkenlerinin, hemşirelik bakımından duydukları memnuniyet düzeylerine herhangi bir etkisi olmadığı belirlendi ($p=0,226$, $p>0,05$). Özer ve arkadaşlarının kalp damar cerrahisi kliniğinde yatan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeylerini inceledikleri çalışmalarında, cinsiyetin hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet üzerine etkisi olmadığı istatistiksel olarak saptanmıştır (Özer ve diğerleri, 2007).

Hasta memnuniyeti üzerine yapılmış birçok çalışmada da hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetle cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Chen

ve diğ erleri, 2016; Demir ve diğ erleri,2005; Kumar ve Choudhary,2017; Ö zlü , 2006; Shah ve diğ erleri, 2018; Tang ve diğ erleri, 2013). Foss 2002 yılında hasta memnuniyet anketlerini inceleyerek ç alışmasına 1469 erkek ve 1226 kadın hasta dahil etmiş ve hasta memnuniyetinde hemşirelik bakım kalitesi ile cinsiyete ilişkin farklılıkları incelemiştir. Ç alışmanın sonucunda; genç kadın hastaların genç erkek hastalara oranla daha az memnuniyet duyduğ unu saptamıştır (Foss, 2002).

Araştırmamızda cinsiyetin, sunulan hemşirelik hizmetinden duyulan memnuniyet üzerine etkisinin olmamasını;hemşirelerin hizmet sunarken cinsiyet ayrımı gö zetmeksizin her hasta grubuna eşit yaklaşımı nedeni ile hizmet vermeleri olarak düşünülebilir. Foss'un yaptığ ı ç alışmada genç kadın hastaların memnuniyet düzeyinin düşük olmasını hemşireler ile genç kadın hastalar arasındaki gü c dengesine bağ lanabilir .

Ç alışmamıza katılan hastaların yaş ortalaması 47,8±10,8 yıl olarak tespit edildi. Bağ ımsız kategorik değ işkenlerin kontrol ve deney gruplarındaki dağ ılımının homojen olduğu görüldü (p>0,05). Ç alışmamızda; yaş değ işkeninin hastaların hemşirelik hizmetlerinden duydukları memnuniyet üzerine bir etkisi olmadığ ı tespit edilmiştir (p=0,299, p>0,05).

Yapılan ç alışmalara bakıldığ ında total kalça protezi olan hastaların yaş gruplarının ađ ırlıklı ortalamasının 65 yaş ve ü stü olduğu görülmektedir (Kostamo ve diğ erleri, 2008; Wolfvovitch ve diğ erleri, 2017; AAOS:American Academy Of Orthopaedic Surgeons, Amerikan Ortopedi Cerrahları Akademisi /AJRR: American Joint Replacement Registry, Amerikan Eklem Protez Kaydı, 2018 yıllık raporu).

Yapılan bazı ç alışmalarda yaş faktörü ile hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur (Cerit, 2015; Chen ve diğ erleri, 2016; Ç oban, 2006; Kumar ve Choudhary, 2017; Ö zer ve diğ erleri, 2007; Shah ve diğ erleri, 2018; Tang ve diğ erleri, 2013). Bununla birlikte bazı ç alışmalarda ise yaş ile memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ve bu ilişki hastaların yaş ı arttıkça memnuniyet düzeylerinin arttığ ı yönde saptanmıştır (Uzun, 2001; Eroğ lu ve diğ erleri, 2002; Arđ an ve diğ erleri, 2002).

Ç alışmamıza katılan hastaların yaş ları ile memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmamasının sebebi; total kalça protezi olmuş her yaş taki hasta, yaş am kalitelerini etkileyecek olan büyük bir cerrahi sonrası kaliteli bir hemşirelik hizmeti beklentisi iç erisindeedir. Ç alışmanın yapıldığ ı hastanenin, ortopedi ve travmatoloji alanında özelleşmiş bir hastane olması ve ortopedi hastalarının temel gereksinimlerinin her hasta iç in karş ılanmış olması nedeni ile hastaların yaş değ işkeni ve memnuniyet düzeyleri etkilenmemiştir.

Araştırmamıza katılan hastaların % 78,3'ü evliydi. Çalışmadaki hastaların gruplara göre medeni durum dağılımları homojendi ($p>0,05$). Bununla birlikte medeni durum değişkeninin, hastaların hemşirelik bakımından duydukları memnuniyet düzeyini etkilemediği saptanmıştır ($p=0,618$, $p>0,05$).

Hemşirelik hizmetlerinden duyulan memnuniyeti etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmalarda hastanın sosyodemografik özelliklerinden birisi olan “medeni durumun” memnuniyeti etkilemediği sonucuna varılmıştır (Chen ve diğerleri, 2016; Kumar ve Choudhary, 2017; Tang ve diğerleri, 2013).

Araştırmamıza katılan hastaların % 31,5'i üniversite mezunu, % 30,4'ünü de ortaöğretim mezunları oluşturdu ve eğitim durumlarına göre dağılımları gruplarda benzerdi ($p>0,05$). Hastaların eğitim durumlarının HHBAÖ'nden aldıkları puana göre memnuniyet düzeyleri üzerinde bir etkisi olmadığı saptanmıştır ($p=0,538$, $p>0,05$).

Hemşirelik hizmetinden duyulan memnuniyet ve hastaların eğitim düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde çalışmalarda farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda eğitim düzeyi ve memnuniyet arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ve bu anlamlılık hastaların eğitim düzeyi arttıkça beklentilerinin de arttığı yönündedir. Hastaların eğitim düzeyi arttıkça, sunulan hizmetlerin kalitesinden beklentileri artmakta buna paralel olarak da memnuniyet düzeyleri azalmaktadır (Çoban, 2006; Özbaşaran, 2001; Özer ve diğerleri, 2007; Cerit, 2015). Bununla birlikte yapılan diğer çalışmalarda ise hastanın eğitim düzeyi ile hemşirelik hizmetlerinden duyulan memnuniyet arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Kumar ve Choudhary, 2017).

Kılıç ve Topuz yaptıkları çalışmada hastalarla iletişimin hasta memnuniyetine olan etkisini incelemişler ve bu çalışmanın sonucunda hastanın eğitim düzeyinin, memnuniyet düzeyine etkisi olmadığı sonucuna varmışlardır. Çalışmalarında özel hastanelerde, hasta ile kurulan iletişim yöntemi ile hasta bilgilendirmelerinin daha yeterli yapılması, ihtiyaçların daha net belirlenmesi ve ortaya konması nedeni ile memnuniyet düzeyinin özel hastanelerde diğer kurumlara (devlet ve üniversite hastaneleri) oranla yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (Kılıç ve Topuz, 2015).

Araştırmamızda hastaların eğitim düzeyi ve memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmamasını; özel hastanelerde ve özellikle çalışmanın yapıldığı özel hastanede verilen hemşirelik bakım hizmetlerinin temel bakım standartlarını karşılaması şeklinde yorumlanabilir. Çalışmanın yapıldığı özel hastane T.C.Sağlık Bakanlığı Kalite ve Akreditasyon Dairesi tarafından her yıl değerlendirmeye tabi tutulup bu değerlendirmelerde hasta bakım hizmetlerinden tam puan alması önemli bir kriterdir (TKKP, 2018). Hasta eğitimlerinde hastanın eğitim düzeyi sorgulanarak hastaya verilen

eğitimlerin etkinliği hasta eğitim formları ile dökümantasyon altına alınır. Tüm hastalara sergilenen aynı yaklaşım nedeni ile hastaların eğitim düzeyleri ile memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiş olabilir.

Katılımcıların % 42,4'ünü ev hanımları oluşturdu, % 67,4'ü ekonomik gelirlerinin giderlerinden az olduğunu belirtti. Grupların meslek dağılımları ve gelir gider durumları açısından homejen dağılım gösterdiği tespit edildi ($p>0,05$). Çalışmamızda hastaların meslek durumlarının ($p=0,187$, $p>0,05$) ve gelir gider durumlarının ($p=0,238$, $p>0,05$) hemşirelik hizmetinden duydukları memnuniyet düzeyini etkilemediği tespit edildi.

Kumar ve Choudhary yaptığı çalışmada hasta memnuniyeti ve hemşirelik bakımı arasındaki ilişkiyi incelemiş ve hastanın mesleğinin, memnuniyet düzeyi üzerinde etkili olduğunu tespit etmişler çünkü hastanın gelir durumunun sağlık giderlerini yönlendirmede etkili olduğunu düşünmüşlerdir (Kumar ve Choudhary, 2017). Çoban, 2006 yılında yaptığı çalışmada hastaların gelir gider durumları ile memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur (Çoban, 2006). Chen ve arkadaşları ise hastaların aylık gelirlerinin, hastaların memnuniyet düzeylerini etkilemediğini tespit etmiştir (Chen ve diğerleri, 2016). Araştırmamızda hastaların meslek ve gelir gider durumları ile hemşirelik hizmetinden duydukları memnuniyet arasında anlamlı bir fark olmamasının sebebini; çalışmanın yapıldığı özel hastanede temel bakım standartların karşılanması, hastaların gelir gider durumları ya da meslek durumlarının verilen hemşirelik hizmetleri üzerinde, yönlendirici bir etkiye sahip olmaması şeklinde ifade edilebilir.

Çalışmamızda, araştırma kapsamına alınan hastaların % 87'sinin daha önce hastanede yattığı ve hastaların en son yatışlarında hastanede kaldığı gün ortalaması $2,60\pm 2,0$ gün olarak tespit edildi. Hastaların daha önce hastaneye yatma durumları ve yatış süreleri ile ilgili olarak her iki grup benzerlik gösterdi ($p>0,05$). Gruplar arasında hastaların daha önce hastanede yatma durumları ($p=0,988$, $p>0,05$) ve en son yatış süreleri ($p=0,373$, $p>0,05$) ile HHBAÖ'den aldıkları memnuniyet puanı arasında istatistiksel bir anlamlılık göstermediği tespit edildi.

Çoban'ın kendi çalışmasında hastaların daha önce hastaneye yatma durumları ve memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır bununla birlikte Çoban'ın aktardığına Görgen ve Doğan'nın 2002 yılında yaptığı çalışmada da bu iki öge arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Çoban, 2006).

Kumar ve Choudhary yaptığı çalışmada hastaların daha önceki hastane yatışlarının ve yatış süresinin hasta memnuniyetini etkilemediği tespit edilmiştir (Kumar ve Choudhary, 2017). Shah ve arkadaşlarının Peşaver'deki üçüncü basamak hastanede hemşirelik hizmetlerinden

duyulan memnuniyet düzeyini araştırdığı çalışmada daha önce hastanede yatmanın memnuniyet düzeyini etkilemediği sonucuna ulaşmıştır (Shah ve diğerleri, 2018).

Daha önce hastanede yatmak ve yatış süresinin, aldıkları hemşirelik hizmetleri memnuniyet düzeyini etkilememesini insanların hemşirelik bakımına her ihtiyaç duyduğunda yani her yeni hastane yatışında, geçmiş deneyimlerinden etkilenmediği şeklinde yorumlanabilir. Bununla birlikte son alınan hemşirelik hizmetinin kalitesinin geçmiş deneyimlerinden bağımsız bir değerlendirme yapmasına neden olduğu sonucuna da varılabilir.

Çalışmamıza katılan hastaların % 51,1'nin kronik hastalığı mevcuttu ve her iki gruptaki hastaların, kronik hastalıkları olma durumları benzerdi ($p>0,05$). Bununla birlikte hastaların kronik hastalıklarının olma durumu, hastaların hemşirelik hizmetlerinden duydukları memnuniyet düzeylerini etkilememiştir ($p=0,067$, $p>0,05$).

Kronik hastalığa sahip olan hastaların, hemşirelik hizmetlerinden duydukları memnuniyete olan etkisi yapılan çalışmalarda incelenmiştir. oban yaptığı çalışmada kronik hastalığı olan hastaların memnuniyet düzeylerinin daha düşük olduğunu bulmuştur (oban, 2006). Buldan'a göre kronik hastalıklarda hemşirelik bakımı algısının incelendiği çalışmalar olmasına rağmen, kronik hastalığa sahip olan hastaların hemşirelik bakım algısı ile duygusal durumu arasındaki ilişkisi ortaya konulmamıştır (Buldan ve Kurban, 2018). Kronik hastalığı olan bireylerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin yükseldiği bunun da hastanın aldığı hemşirelik hizmetinden duyduğu memnuniyet düzeyini düşürdüğü sonucuna varılmıştır (Buldan ve Kurban, 2017; zkan, 2018; Tuğut ve Gölbaşı, 2013; Jennings-Sanders ve diğerleri, 2005).

Wolfovitch ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada total kalça artroplastisi olan hastaların % 31,2 sinin 71-80 yaş aralığında ve % 63,9'nun sistemik arteriyel hipertansiyonlu olduğu bulunmuştur (Wolfovitch ve diğerleri, 2017).

Çalışmamıza başlamadan önce yapılan ön literatür taramalarında saptadığımız bilgiler ve ortopedi ve travmatoloji kliniğinde yatan hasta deneyimlerimiz doğrultusunda psikiyatrik tanı (depresyon, anksiyete bozukluğu, demans, alzheimer vb.) almış ve ilaçla tedavi gören hastalar araştırma kapsamı dışında bırakıldı. Kronik hastalığı olan hastalar diyabet tanısı almış ilaçla tedavi gören fakat diyabete bağlı herhangi bir nörovasküler komplikasyon gelişmemiş hastalardı. Bununla birlikte ağırlıklı diğer kronik hastalık grubu da esansiyel hipertansiyonu olan hastalardı. Total kalça protezi ameliyatlarının ileri yaşlarda (65 ve üzeri) görülme sıklığını tartışmıştık fakat çalışmamıza katılan hastaların yaş gruplarının $47,8\pm 10,8$ yıl arasında olmasının önemli bir nedeni de kronik hastalıklar nedeni ile hastaların araştırma kapsamı dışında kalmasıdır.

Araştırmamızda hastaların yaş ortalamasının total kalça artroplastisi hasta gruplarına göre daha düşük olması, yaş ortalamasına bağlı olarak da kronik hastalıkların az ve seçilmiş olması nedeni ile hastaların kronik hastalıklarının olma durumunun, hemşirelik hizmetlerinden duydukları memnuniyet üzerine bir etkisi olmadığı söylenebilir ($p=0,067$, $p>0,05$).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Total kalça artroplastisi ameliyatı geçirmiş hastaların, rutin uygulamalar doğrultusunda verilen hemşirelik hizmeti ve klinik vaka yönetici hemşire bakım modeli ile verilen hemşirelik hizmetleri arasındaki memnuniyet düzeylerini karşılaştırmak amacı ile yaptığımız araştırmada elde edilen sonuçlar ve öneriler aşağıda sıralı halde verilmiştir.

- Sonuçlar

- Klinik vaka yönetici hemşire modeli ile bakım verilen hastaların memnuniyet düzeylerinin ($73,9 \pm 3,6$), rutin uygulamalar doğrultusunda hemşirelik hizmeti verilen hastaların memnuniyet düzeylerinden ($64,5 \pm 11,8$) daha yüksek olduğu görüldü.
- Araştırmamıza katılan hastaların yaş ortalaması $47,8 \pm 10,8$ yıl olarak bulundu. Kontrol ve deney gruplarının yaş dağılımları homojendi (Tablo 1). Yaş değişkeninin, kontrol ve deney grubunda hastaların hemşirelik hizmetlerinden duydukları memnuniyet üzerine bir etkisi olmadığı istatistiksel olarak tespit edildi (Tablo 11).
- Çalışmamızdaki hastaların % 65,2'si kadındı, kontrol ve deney grubu cinsiyet dağılımları açısından benzerdi (Tablo 1). Kontrol ve deney grubundaki hastaların cinsiyet değişkeni ile hemşirelik hizmetlerinden duydukları memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (Tablo 4).
- Araştırma kapsamındaki hastaların % 78,3'ü evliydi, deney ve kontrol grubundaki hastalar medeni durum yönünden homojen dağılım gösterdi (Tablo 1). Hastaların medeni durumlarının hemşirelik hizmetlerinden duydukları memnuniyet üzerinde etkisi olmadığı görüldü (Tablo 5).
- Çalışmamızdaki hastaların eğitim durumlarına bakıldığında katılımcıların % 31,5'i üniversite mezunu, % 30,4'ünü de ortaöğretim mezunları oluşturdu, kontrol ve deney grubundaki hastalar eğitim durumları yönünden benzerdi (Tablo 1). Hastaların eğitim durumlarının, sunulan hemşirelik hizmetinden duydukları memnuniyet düzeyini etkilemediği istatistiksel olarak tespit edildi (Tablo 6).
- Araştırmamıza katılan hastaların % 42,4'ü ev hanımıydı, % 20,7'si de serbest meslek sahibiydi. Bununla birlikte hastaların % 67,4'ü ekonomik gelirlerinin giderlerinden az olduğunu belirtti. Kontrol ve deney grubundaki hastalar; meslek grupları ve ekonomik düzeyleri açısından homojen dağılım gösterdi (Tablo 1). Kontrol ve deney grubundaki hastaların hem meslekleri hem ekonomik düzeyleri, hemşirelik hizmetlerinden

duydıkları memnuniyet düzeyine etki etmediği istatistiksel olarak görüldü (Tablo 7, Tablo 8).

- Hastaların % 87'si daha önce hastanede yattığını belirtti. Çalışmaya katılan hastaların hastanede kaldığı gün ortalaması $2,60 \pm 2,0$ gün olarak bulundu. Kontrol ve deney grubundaki hastalar daha önce hastanede yatma durumları ve yatış süreleri açısından homojen dağılım gösterdi (Tablo 1). Kontrol ve deney grubunda; hastaların daha önce hastanede yatmalarının ve yatış sürelerinin, hemşirelik hizmetlerinden duydukları memnuniyet puanına etkisi olmadığı görüldü (Tablo 9, Tablo 10).
- Araştırmamıza dahil edilen hastaların hastaların % 51,1 kronik hastalığı olduğu, kontrol ve deney grubundaki hastaların kronik hastalık olma durumu yönünden benzer dağılım gösterdiği tespit edilmiştir (Tablo 1). Kontrol ve deney grubunda; hastaların kronik hastalıklarının olmasının hemşirelik hizmetlerinden duydukları memnuniyet düzeyleri üzerine bir etkisi görülmedi (Tablo 12).

- Öneriler

Araştırmalardan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Klinik vaka yönetici hemşire modelinin nasıl uygulanacağı ile ilgili çalışma rehberlerinin hazırlanması,
- Klinik vaka yönetici hemşire modelinin tüm hasta gruplarında ve hastanelerde uygulanması,
- Klinik vaka yönetici hemşiresinin kimler olabileceğinin (lisans mezunu hemşireler mi? yüksek lisans mezunu hemşireler mi? En az kaç yıllık klinik deneyime sahip olunmalı?) belirlenmesi,
- Etkinliği ispat edilmiş bu modelin Sağlık Bakanlığı'nca değerlendirilerek sertifika programlarının oluşturulması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

Aiken, LH., Havens, DS., Sloane, DM. (2000). The Magnet Nursing Services Recognition Program: a comparison of two groups of Magnet Hospitals. *American Journal of Nursing*. 100(3):26-36.

Aiken, LH., Clarke, SP., Sloane, DM., Sochalski, J., Silber, JH. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*. 288(16):1987-1999.

Aiken, LH., Clarke, SP., Cheung, RB., Sloane, DM., Silber, JH. (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *Journal of the American Medical Association*. 290(12):1617-1623.

Aiken, LH., Clarke, SP., Sloane, DM., Lake, ET., Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *The Journal of Nursing Administration*. 38(5):223-229.

Aiken, LH., Havens, DS., Sloane, DM. (2009). The Magnet Nursing Services Recognition Program: a comparison of two groups of Magnet Hospitals. *J Nurs Adm*. 39(00): S5-14.

Aiken, L.H., Cimiotti, JP., Sloane, DM., Smith, HL., Flynn, L., Neff, DF. (2011). Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Med Care*. 49(12): 1047-53.

Akdemir, N. (1994). Kalite, maliyet ve hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1(1): 45-51.

Aksoy, A. (2001). Opinions Of Nurses About Quality In Nursing, I. *International Nursing Management Conference Abstract Book* s: 60.

Alcan, Z. (1997). Hemşirelerin sürekli eğitiminde toplam kalite yönetimi modeli uygulaması. *IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu Bildiri Kitabı, Çevik Matbaacılık, Kıbrıs*, 278-281.

Alcan, Z. (2001). Hemşirelik Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, *Dizgi Basım Anadolu Matbaası, İstanbul*, 1-5.

Alcan, Z. (2001). Hemşirelik Hizmetlerinde Kalite. *Modern Hastane Yönetimi Dergisi* 5(4-5):57-60.

American Nurses Association (ANA). (1999). Patient Safety Quality. ANA indicator history. Erişim Adresi: http://nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/PatientSafetyQuality/Research-Measurement/The-National-Database/Nursing-Sensitive-Indicators_1/ANA-Indicator-History.aspx. doi: 10.1097/NNA.0b013e3181aeb469.

Arslan, Ç., Kelleci M. (2011). Bir üniversite hastanesinde yatan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri ve ilişkili bazı faktörler, DergiParkAnadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 14(1): 1-8.

Aubert, RE., Waters, J., Herman, WH. (1999). Diabetes Case Management. Annals of Internal Medicine, 130(10):863.

Aydoğan, E., Okay, Ş. (2001). Toplam kalite yönetiminde çalışanların (iç müşteri) vizyon, misyon ve temel değerlere yaklaşımı ve katılımcı yönetim felsefesinin uygulanması açısından bir araştırma. Standart Dergisi. Kasım. 2002. ISO 9000: Beklentiler ve Gerçekler.

Azboy, İ., Demirtaş, A., Uçar, BY. (2013). Total kalça artroplastisinde endikasyonlar ve hasta seçimi, TOTBİD Dergisi 12:201-206.

Baily, MA., Bottrell, M., Lynn, J., Jennings, B., Hastings, C. (2006). The ethics of using QI methods to improve health care quality and safety. Hastings Center Report. 36(4):1-40.

Bailey, DA., Litaker, DG., Mion, LC. (1998). Developing better critical paths in health care, JONA, 28 (7/8):21-26.

Barclay, T. (2017). Hip Anaotomiyi. Erişim Adresi: <http://www.innerbody.com/image/skel15.html>.

Barry, J., Mcquade, C., Livingstone, T. (1998). Using nurse case management to promote self-efficacy in individuals with rheumatoid arthritis. Rehabilitation Nursing, 23(6):300-4.

Bayık, A. (2004). Hemşirelik araştırmalarına kalite yaklaşımı, II. Ulusal Hemşirelikte Araştırma Sempozyumu, Hemşirelikte Araştırma geliştirme Derneği, Ankara.

Bennett, L., Slavin, L. (2002). Continuous quality improvement: What every health care manager needs to know. Erişim Adresi: <http://www.case.edu/med/epidbio/mphp439/CQI.htm>.

Bilik, Ö. (2006). Kalça protezi uygulanmış olan hastaların evde telefon ile izlenmesinin iyileşmeye etkisi, İzmir.

- Blegen, MA., Vaughn, TE., Goode, CJ. (2001).** Nurse experience and education: Effect on quality of care. *Journal of Nursing Administration*. 31(1):33-39.
- Branson, J.J., Goldstein, W.M. (2003).** Primary total hip arthroplasty. Home Study Program. *AORN Journal*. 78(6):946-974.
- Borrero, S., Kwoh, C.K., Sartorius, J., Ibrahim, S.A. (2006).** Brief report: gender and total knee/hip arthroplasty utilization rate in the VA system. *J Gen Intern Med*. 21(3):54-57.
- Bostan, S., Acuner, T., Yılmaz, G. (2005).** Sağlık ve Hastane Yönetimi 2. Ulusal Kongresi Sağlık ve Hastane Yönetimi 2. Ulusal Kongresi Bildiriler Kitabı, 62-70.
- Bower, K.A. (1997).** Case management and clinical paths: Strategies to support the perinatal experience, *JOGNN*. 26(3):329-33.
- Bozic, K.J. (2018).** AJRR 2018 Annual Report, Erişim Adresi: <http://www.ajrr.net/>
- Bozkurt, R., Asil, N. (1995).** Kalite politikası oluşturma süreci. *Verimlilik Dergisi* (3).
- Buldan, Ö., Kurban, N.K. (2018).** Kronik hastalığı olan olguların anksiyete ve depresyon düzeyleri ile hemşirelik bakımı algısı arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler, *DEUHFED* 11(4):274-282.
- Burges, A.W. (1997).** *Psychiatric nursing: promoting mental health*, Appleton- Lange, Stamford, 791-800.
- Cerit, B. (2016).** Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 27-36.
- Cesta, T.G., Tahan, H.A., Fink, L.A. (2002).** *The case manager's survival guide: Winning strategies for clinical practice*. St. Louis, MO: Mosby.
- Chang, B.L., Mayo A., Omery A. (2001).** Consumer satisfaction with telehealthadvice-nursing. *MEDINFO 2001*, V. Patel et. al. (Eds) Ave msterdam: IOS Pres, Copyright 2001 IMIA.
- Chen, C.C., Wu YL, Chen YY, Hung TT, Lin CL, Huang MC. (2009).** Expansion and creativity in nursing: the oncology case management model used at the NCKU hospital. *The Journal of Nursing*. 56(2):11-16.
- Chen, G.J., Zou, B., Shuster, J. (2017).** Relationship between patient satisfaction and physician characteristics. *Patient Exp*. 4(4): 177-184.

Chen, H., Li, M., Wang, J., Xue, C., Ding, T., Nong, X., Liu, Y., Zhang, L. (2016). Factors influencing inpatients' satisfaction with hospitalization service in public hospitals in Shanghai, People's Republic of China" , 10:469-477.

Chen, Y.C., Chang, YJ., Tsou, YC., Chen, MC., Pai, YC. (2013). Effectiveness of nurse case management compared with usual care in cancer patients at a single medical enter in Taiwan: a quasi-experimental study. BMC Health Serv Res. 31;13:202.

Chewitt, M., Fallis, W.M., Suski, M.M. (1997). The surgical hotline, JONA. 27(12): 42-49.

Chimmer, N., Easterling A. (1993). Colloborative practise through nursing case management. Rehabilitation Nursing, 18(4):226-30.

CMSA (Case Management Society of America). (2010). Standards of practice for case management. Little Rock, AR: Author. Erişim Adresi: <http://www.cmsa.org/opioid-use-disorder-case-management-guide/>

CMSA (Case Management Society of America). (2012). Standards of practice for case management. Little Rock, AR: Author. Erişim Adresi: www.cmsa.org/Home/CMSA/OurHistory/tabid/225/Default.aspx

Coleman, E. (2003). Falling through the cracks: Challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. Erişim Adresi: [www.caretransitions.org/documents/Falling% 20through% 20the% 20cracks% 20-% 20JAGS](http://www.caretransitions.org/documents/Falling%20through%20the%20cracks%20-%20JAGS)

Cohen, E.L. (1991). Nursing case management, JONA. 21(4):20-25.

Crummette, B.D., Boatwright D.N. (1991). Case management in inpatient. Pediatric Nursing. 17(5):469-73.

Çoban, G.İ. (2006). Hastanın hemşirelik bakımını algılayışı ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Erzurum, 2006.

Çolak, M., Kısa, A., Bayram, A., Ermiş, P. (2000). Askeri hastanelerde hasta memnuniyeti: bir saha çalışması. 3. Ulusal sağlık ve hastane yönetimi sempozyumu (uluslararası katılımlı) bildiriler kitabı, Ankara, 28-29 Eylül, 367-78.

Daş, Z. (1999). Vaka yönetimi ve bakım protokolü. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3(2).

- Demir, H., Karavuş, M., Özver, H., Gürbüz, Y., Akdaş, A. (2000).** Üniversite hastanesi poliklinik servislerine başvuran hastaların tatmin düzeyleri. 3. Ulusal sağlık ve hastane yönetimi sempozyumu (uluslararası katılımlı) bildiriler kitabı, Ankara, 28-29 Eylül, 346-57.
- Demir, Y., Eşer, İ. (2005).** Hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetlerine ilişkin bir ölçek çalışması. Hastane Yönetimi Dergisi. Ocak-Şubat-Mart, 31-42.
- Demirbilek, S., Çolak, M. (2008).** Sağlık hizmetlerinde kalite: manisa ili örneği, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Journal of the Institute of Social Sciences Sayı Number 2, Sonbahar Autumn 91-111.
- Devebakan, N., Yağcı, K. (2005).** Sağlık işletmelerinin algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin karşılaştırılmasında servqual yöntemi. Sağlık ve Hastane Yönetimi 2. Ulusal Kongresi (Uluslararası Katılımlı) Ankara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, 28-30 Eylül Ankara.
- Dozier, A., Kitzman, H., Ingersoll, G., Holmberg, S., Schultz, A. (2001).** Development of an instrument to measure patient perception of the quality of nursing care. Research in Nursing & Health. 24:506-517.
- Draper, D.A., Felland, L.E., Liebhaber, A., Melichar, L. (2008).** Research brief. Vol. 3. Washington DC: The Center for Studying Health System Change; 2008. The role of nurses in hospital quality improvement; 1-8.
- Duymuş, T.M. (2018).** Femur boyun kırıkları. Erişim Adresi: <http://www.eortopedi.com/kalca-kirigi>.
- Eftekhar, N.S. (1993).** Preoperative planning. Total Hip Arthroplasty. By Mosby-Year Book. 315-317.
- Engiz, O. (1997).** Sağlık hizmetlerinde hasta tatmini hastane yöneticiliği. Edit: Hayran, O, Sur, H, Nobel Tıp Kitapevleri Ltd, 61-87.
- Ercan, İ., Ediz, B., Kan, İ. (2004).** Hastaların sosyo-ekonomik durumlarına göre sağlık hizmetlerinden memnuniyetlerinin incelenmesi, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 11(3):161-164.
- Erkel, E.A. (1993).** The impact of case management in preventive services, JONA. 13(1):27-32.
- Erlen, J.A. (2004).** Wanted - Nurses: ethical issues and the nursing shortage. Orthopaedic Nursing. 23(4):289-292.

Esatoğlu, A.E. (1997). Hastanelerde hasta tatmininin hastane yönetimi açısından değerlendirilmesi ve kullanıma yönelik model önerisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 1997.

Esatoğlu, A.E., Ersoy, K. (1997). Hasta tatmininin ölçülmesi. sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi ve performans ölçümü sempozyumu, Başkent Üniversitesi, 1-2 Kasım 1996 Ed.: Mithat Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı, 61-71.

Eser, C., Ateş, M., Bektaş, G. (2000). Gemlik devlet hastanesi dahiliyepolikliniğinde hasta memnuniyetinin ölçülmesi konusunda bir araştırma, 3. Ulusal SağlıkveHastaneYönetimi Sempozyumu (Uluslararası Katılımlı), Bildiriler Kitabı. Ankara, Ankara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi, 445-452.

Estabrooks, C.A., Midodzi, W.K., Cummings, G.C., Ricker, K.L., Giovannetti, P. (2005). The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. Nursing Research. 54(2):74-84.

Farley, J.E. (2019). A nurse case management intervention to improve MDR-TB/HIV co-infection outcomes, ClinicalTrials.gov Identifier: NCT02129244. Erişim adresi (23 Mart 2019): <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/record/NCT02129244>

Foran, Jared R.H. (2015). What is the total hip replacement, Erişim Adresi: <https://ortho.info.aaos.org/en/treatment/total-hip-replacement>

Foss, I.C. (2002). Gender bias in nursing care? gender-related differences in patient satisfaction with the quality of nursing care article in scandinavian. Journal of Caring Sciences. 16(1):19-26.

Girard, N. (1994). The case management model of patient care delivery, AORN Journal, 60(3):403-15.

Goodwin, D.R. (1992). Critical path ways in home health care, JONA, 22(82):35-40.

Goodwin, J.S., Satish, S., Anderson, E.T., Nattinger, A.B., Freeman, J.L. (2003). Effect of nurse case management on the treatment of older women with breast cancer. J Am Geriatr Soc. 51(9):1252-1259.

Gordon, S. (2005). Nursing against the odds: How health care cost cutting, media stereotypes, and medical hubris undermine nurses and patient care. Ithaca, New York: Cornell University Press.

Grob, S., Bläuer, C., Frei, I.A., Scand, J. *Caring Sci.* 2017 Dec;31(4):814-821. doi: 10.1111/scs.12401. Epub 2017 Jan 31. Women's experiences of nurse case management on a gynaecological oncology unit in a Swiss tertiary hospital. A thematic analysis.

Hayran, O., Sur, H. (1997). Sağlık ve Hastalık Kavramları, Sağlık Hizmetleri El Kitabı. Yüce Yayın, İstanbul, 1-32.

Healy, W.L., Lorio R., Clair A.J., Pellegrini V.D., Della Valle C.J., Berend K.R. (2016). Complications of total hip arthroplasty: standardized list, definitions, and stratification developed by the hip society., *Clin Orthop Relat Res.* 474(2):357-64.

Heath, S. (2017). Consumers say patient-provider relationship key to quality care. Erişim adresi: <https://patientengagementhit.com/news/consumers-say-patient-provider-relationship-key-to-quality-care>

Heede, V.D.K., Lesaffre, E., Diya, L., Vleugels, A., Clarke S.P, Aiken L.H, Sermeus, W. (2009). The relationship between inpatient cardiac surgery mortality and nurse numbers and educational level: analysis of administrative data. *Int J Nurs Stud.* 46(6):796-803.

Hoeck, B., Delmar, C. (2018). Theoretical development in the context of nursing-The hidden epistemology of nursing theory, *Nurs Philos.* 19(1).

Howard, R. (2017). Patient satisfaction - why it matters and how to improve it, July 28, 2017, Erişim Adresi: www.practicebuilders.com.

Izumi, S., Baggs, J.G., Knafl, K.A. (2010). Quality nursing care for hospitalized patients with advanced illness: Concept development. *Research in Nursing & Health.* 33:299-315.

Jennings-Sanders, A., Kuo, Y.F., Anderson, E.T., Freeman, J.L., Goodwin, J.S. How do nurse case managers care for older women with breast cancer? *Oncol Nurs Forum.* 32(3):625-632.

Jones, R.B., Carnon, A.G., Wylie, H., Hedley, A.J. (1993). How do we measure consumer opinions of outpatient clinics? *Public Health* 107:235-41.

Kane, R.L., Shamliyan, T.A., Mueller, C., Duval, S., Wilt, T.J. (2007). *Med Care.* The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis. 45(12):1195-204.

Karagözoğlu, Ş. (2005). Bilimsel bir disiplin olarak hemşirelik. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi.* 9(1).

Kavuncubaşı, Ş. (2001). Hastaneler ve sağlık kurumları yönetimi, Ankara: Siyasal Kitabevi, Ankara.

Kendall-Gallagher, D., Aiken, L.H., Sloane DM, Cimiotti JP. (2011). Nurse specialty certification, inpatient mortality, and failure to rescue. *J Nurs Scholarsh.* 43(2):188-94.

Kennedy, G.D., Tevis, S.E., Kent, C. (2014). Is there a relationship between patient satisfaction and favorable outcomes? *Ann Surg.* 2014; 260(4):592-600.

Kisokanth, G., Prathapan, S., Indrakumar, J., Joseph, J. (2015). Does nurse case management improve the health care outcomes of patients with non-communicable diseases (NCDs). A Narrative Review. *Int J Endocr Metab Disord* 1(2).

Kılıç, T., Topuz, R. (2015). Hastalarla iletişimin, hasta memnuniyetine etkisi: özel, devlet ve üniversite hastanesi karşılaştırılması, *Sağ. Perf. Kal. Derg.*, 9:78-95.

Kumar, A., Choudhary, V. (2017). Patient's satisfaction from nursing care services, *Journal of Nursing Science & Practice* 7(1).

Kummarg, U., Sindhu, S., Muengtaweepongsa, S. (2018). The early outcomes of nurse case management in patients with acute ischemic stroke treated with intravenous recombinant tissue plasminogen activator: a prospective randomized controlled trial. *Neurol Res Int.* 7;17.

Kostamo, T., Bourne, R.B., Whittaker, JP., McCalden, RW., MPhil (Edin)., MacDonald, S. (2009). No difference in gender-specific hip replacement outcomes. *Clin Orthop Relat Res.* 467(1):135-140.

Larson-Dahn, M.L. (2001). Tel-eNurse practice quality of care and patient outcomes. *JONA.* 31(3):145-152.

Lighter, D. (1999). Continuous quality improvement: What every health care manager needs to know. In: Stahl M, Dean P, editors. *The physician's essential MBA.* Gaithersburg, Maryland: Aspen Publications; 265.

Llewellyn, A., Leonard, M. (2009). Case management review and resource manuel, ed 3, Silver Spring, Nursing Books. *Nurs* 32:399-404.

Ludwick, R., Silva, M.C. (2003). Errors, the nursing shortage and ethics: Survey results. *Online Journal of Issues in Nursing.* 8(3):14-24.

Mayo Clinic (2017). Diseases and conditions education. Erişim Adresi: <http://www.kcchampionperformance.com/news/2016/2/5/avascular-necrosis-of-the-hip>

Mayo Clinic (2018). Hip Joint with osteoarthritis (2018). Erişim Adresi: www.mayoclinic.org

McDonough, T. (2011). Initiation, not Indoctrination: Confronting the grotesque in cultural education. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1111/j.1469-5812.2009.00554.x>

Murdock, A., Griffin, B. (2013). How is patient education linked to patient satisfaction?, Nursing 2018, June 2013, 43(6):43-45, Erişim Adresi (02 Kasım 2018): https://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=1550657&Journal_ID=54016&Issue_ID=1550503.

Naidu, A. (2009). Int J Health Care Qual Assur. 22(4):366-81. Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality, Erişim Adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19725209>.

Needleman, J., Buerhaus, P., Pankratz, S., Leibson, C.L., Stevens, S.R., Harris, M. (2011). Nurse staffing and inpatient hospital mortality. The New England Journal of Medicine. 364:1037-1045.

Nyamathi, A., Salem, B.E, Zhang, S., Farabee, D., Hall, B., Khalilifard, F., Leake, B. (2015). Nursing case management, peer coaching, and hepatitis a and B vaccine completion among homeless men recently released on parole: randomized clinical trial. Nurs Res. 64(3):177-89.

Olds, S. (1997). Designing a care pathway for a maternity support service program in a rural health department, Public Health Nursing, 14(6):332-38.

Özbaşaran, F. (2001). Hastanede yatan yetişkin hastaların verilen hemşirelik bakımına ilişkin memnun olma durumlarının incelenmesi. I. Uluslar Arası & VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. Antalya. 382-388.

Özer, A., Çakıl, E. (2007). Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörler. Tıp Araştırmaları Dergisi. 5(3),140-143.

Özkan, Y. (2018). Anxiety, depression, problem solving and stress management in patients with ankylosing spondylitis. Medical and Dental Journal. 19(1):57-63.

Özlu, K.Z. (2006). Erzurum ilinde farklı hastanelerde yatan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyinin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 2006.

Öztürk, A., Balcı, E., Gün, İ. (2005). Sağlık ocağına başvuranların sağlık sistemi ve aile hekimliği ile ilgili bilgi ve düşünceleri. 9. Halk sağlığı kongresi bildiri özet kitabı. Ankara, 468:18.

Öztürk, R., Güleç, D., Güneri, S.E., Sevil, Ü., Gürmen, N. (2013). Hemşirelerin iş yaşamı kaliteleri ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişkinin incelenmesi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi.

Patient Education Library (Hasta Eğitim Kütüphanesi), (2018). Hip Anatomy, Erişim Adresi: <https://www.ypo.education/orthopaedics/hip/hip-anatomy-t79/video>

Pearson, S.D., Gaulort-Fisher, D., Lee, T.H. (1995). Critical pathways as a strategy for improving care: Problems and oamental, Annals of Internal Medicine, 123(12):941-48.

Peerson, A., Aitken, R., Manias, E. (2002). Agency nursing in Melbourne, Australia: a telephone survey of hospital and agency managers. Journal of Advanced Nursing, 40(5):504-512.

Phillips, C.R. (1996). Family-centered maternity and newborn care, 4nd Edition, Mosby, St. Louis Missouri.

Ramey, MM., Daniels, S. (2004). Hospitalists and case managers: the perfect partnership. Lippincotts Case Manag. 9(6):280-6.

Resmi Gazete, (2007). Hemşirelik kanununda değişiklik yapılmasına dair kanun, Erişim Adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr>.

Robinson-White, S., Conroy B, Slavish KH, Rosenzweig M. (2010). Patient navigation in breast cancer: a systematic review. Cancer Nurs. 33(2):127-140.

Roggenkamp, S., White, K. (2001). Is Hospital case management a. rationalized myth?. Social Science&Medicine, 53:1057-66.

Saatli, G., Pala, T., Eser, E., Güngör, N. (2003). Hastanede yatan hastaların hastane hizmetleri ve hastane çalışanlarından memnuniyeti ve bunu oluşturan bileşenler. Erişim Adresi (04 Aralık 2003): <http://www.dicle.edu.tr>.

Serin, H., Aytekin, A. (2009). Yüksek öğretimde toplam kalite yönetimi. Bartın Orman Fakültesi Dergisi. 15:83-93.

Shah, M., Ullah, A., Uddin, P.A., Khan, W., and Gul, R. (2018). Patient satisfaction from nursing care in private tertiary care hospital peshawar. Lupine Online Journal of Nursing & Health care.

Shindul-Rothchild, J., Berry, D., Long-Middleton, E. (1996). Where have all the nurses gone? Final results of our patient care survey. American Journal of Nursing. 96(11):24-39.

Shindul-Rothchild, J., Berry D., Long-Middleton E., (1997). 10 keys to quality care. American Journal of Nursing. 97(11):35-43.

Sochalski, J. (2004). Is more better?: The relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals. Medical Care. 42(2):67-73.

Sözüer, E., Ünal, A., Ok, G. (1998). Hastanede hemşirelik-ebelik uygulama alanlarında kalite hemşirelik-ebelik eğitim ve uygulamalarında kalite sempozyumu, 3-5 Haziran Kayseri, 69-72.

Sünter, T.A., Canbaz, S., Tuncel, E. K., Çetinoğlu, E. Ç., Peksen, Y. (2006). Bir tıp fakültesi hastanesinde yatan hastaların memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi. Hastane Yönetimi, 10(2): 46- 50.

Şendir, M. (2000). Total kalça protezi ameliyatı öncesi hasta eğitiminin ameliyat sonrası fiziksel uyum ve yaşam kalitesine etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yayımlanmış Doktora Tezi, İstanbul.

Tang, W.M., Soong, C.Y., Lim, W.C. (2013). Patient satisfaction with nursing care: a descriptive study using interaction model of client health behavior. International Journal of Nursing Science, 3(2): 51-56.

Tank P.W., Gest T.(2018). Atlas de anatomia humana (Cód: 2621104). Erişim Adresi (04 Mayıs 2018): <https://www.google.com/search?q=lateral+view+right+hip+bone&tbm>

Tengilimoğlu, D. (1997). Ankara'da bir üniversite hastanesinde hasta memnuniyetinin ölçülmesi. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı, 103-11.

Türk Hemşireler Derneği. (2018). Hemşirelik tanım. Erişim Adresi: <http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr>.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı. Klinik Kalite. Erişim Adresi: <https://kalite.saglik.gov.tr/TR,8850/saglik-kalite-standartlari.html>

Türkiye İstatistik Kurumu. (2018). Yaşam Memnuniyeti Araştırması Mikro Veri Seti, 2016. Erişim Adresi: http://www.tuik.gov.tr/MicroVeri/YMA_2016/index.html

Türkiye Klinik Kalite Programı. (2018). e-nabız karar destek sistemleri. Erişim Adresi (03 Eylül 2018) : <https://kds.sagliknet.saglik.gov.tr/analytics>

- Türkmen, E. (1997).** Hemşirelikte vaka yönetimi yöntemi ve hasta bakımı üzerine etkileri. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Türkoz, T.Y., Aksoy, A. Perçin, A.K. (1998).** Hasta tatmininin sosyodemografik değişkenleri. başkent üniversitesi sağlık yönetiminde devamlı kalite iyileştirme sempozyumu bilimsel yayınları, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara.
- Tokem, Y.B. (2005).** Romatoid artritli bireylerin bakımında vaka yönetimi modelinin etkililiğinin incelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir, 2005.
- Tosun, N., Akbayrak, N. (2004).** Akut miyokard infarktüsü geçiren hastaların bakımında vaka yönetimi modelinin uygulanması. Hemşirelik Forumu, Eylül-Ekim; 1-11.
- Tuğut, N., Gölbaşı. Z. (2013).** Bir üniversite hastanesi kadın hastalıkları ve doğum servisinde yatan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri ve etkileyen bazı faktörler. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 10(2):38-44.
- Uluslararası Hastane Akreditasyon Kuruluşu (Joint Commission International). (2016).** Quality in Nursing. Erişim Adresi: <https://www.jointcommissioninternational.org>
- Uyer, G. (1993).** Hemşirelik ve yönetim, Hürbilek Matbaacılık, Ankara. 170. Ovayolu N., Bahar A., Hemşirelik ve Kalite, Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 9(1).
- Uysal, A., Özsin, K.K., Tok, R., Aydın, S., Burma, O., Rahman, A. (2008).** Alt ekstremitte derin ven trombozunda medikal tedavi: retrospektif çalışma. Fırat Tıp Dergisi, 13(1):35-38.
- Vahey, D.C., Aiken, L.H., Sloane, D.M., Clarke, S.P., Vargas, D. (2004).** Nurse burnout and patient satisfaction. Medical Care. 42(2):57-66.
- Varinli, İ., Çakır, A. (2004).** Hizmet kalitesi, değer, hasta tatmini ve davranışsal niyetler arasındaki ilişki-kayseri'de poliklinik hizmetlerine yönelik bir araştırma, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 17:33-52.
- Yılmaz, Ö.A., Dereli, Y., Ermişler, T., Bayrakal, V., Baskın, H. (2015).** Dokuz eylül üniversitesi hastanesi'nde diz ve kalça protezi klinik göstergelerinin retrospektif değerlendirilmesi, Sağlıkta Performans Kalite Dergisi, 9:27-37.
- Winters, J., Ballou, KA. (2004).** Nursing theory and concept development or analysis the idea of nursing science, Journal of Advanced Nursing, 45(5): 533-535.
- Wilson-Thomas, L. (1995).** Applying critical social theory in nursing education to bridge the gap between theory, research and practice, Journal of Advanced Nursing, 21:568-575.

Wolfovitch, LA., Falcao, FRC., Sadigursky, D., De Queiroz, G.C., Pinheiro, M.G. (2017). Clinical and epidemiological profile of patients undergoing total hip arthroplasty.

World Health Organisation (Dünya Sağlık Örgütü). (2018). Nursing. Erişim Adresi: <http://www.who.int/topics/nursing/en/>



8. EKLER



EK-1 Tanıtıcı Bilgi Formu

EK-1 HASTA BİLGİ FORMU

Adı Soyadı :

Anket No

Adresi :

Telefonu :

1 . Cinsiyetiniz 1. Erkek 2. Kadın

2 . Yaşınız :.....

3 . Medeni Durumunuz

1. Evli 3. Dul
2. Bekar 4. Boşanmış

4 . Öğrenim Durumunuz

1. Okur-yazar 3. Lise
2. Ortaöğretim 4. Üniversite

5 . Mesleğiniz

1. Evhanımı 4. Çiftçi
2. İşçi 5. Serbest Meslek
3. Memur 6. İşsiz

6 . Gelir Durumunuz

1. Gelirim giderimden az
2. Gelirim giderime eşit
3. Gelirim giderimden çok

7 . Daha önce hastanede yattınız mı?

1. Evet
2. Hayır

8. Cevabınız evet ise en son ne zaman?.....Ne kadar süre yattınız?.....gün

9 . Şu an yattığınız klinik :

10. Kronik bir hastalığınız var mı ?

1. Evet (.....)
2. Hayır

EK-2 Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği

Ek 2. Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği					
Aşağıda hemşirelerin size verdikleri bakım hakkında ifadeler bulunmaktadır. Sizden her ifadeye tanımlanan yargılara katılma durumunuzu belirtmeniz istenmektedir.					
	Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1.Hemşireler daha gerçekçi olmama yardımcı oldular					
2.Hemşireler ihtiyacım olandan fazlasını düşündüler					
3.Hemşireler isteklerimle hemen ilgilendiler					
4.Hemşireler bakım esnasında tüm dikkatlerini bana verdiler					
5.Hemşireler çoğu şeyi bana sorarak yaptılar					
6.Hemşireler hastanede beni rahat ettirdiler					
7.Hemşireler hastaneyle ilgili bilmediğim şeyler hakkında bana bilgi verdiler					
8.Hemşirelerin benim gereksinimlerin ve isteklerime dair ilgili kişileri uyardıklarından eminim.					
9.Hemşirelere ihtiyacım olduğunda yanımda olacaklarından eminim					
10.Hemşirelerin hastalığımmın benim için ne demek olduğunu anladıklarımı hissediyorum					
11.Bazı sorunların, hemşirelerin çabaları sayesinde önlendiğini biliyorum					
12.Hemşireler hastalığıma ilişkin korkularımın başa çıkmamda bana yardımcı oldular					
13.Hemşirelerin yaptığı açıklamalar beni rahatlatmıştı.					
14.Hemşireler tedavilerim yapılırken beni rahatlattılar.					
15.Hemşireler sayesinde iyi bakıldığımı hissettim.					

EK-3 Etik Kurul İzni**SANKO ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU**

BAŞVURU BİLGİLERİ	Araştırmanın Başlığı	Total Kalça Protezi Ameliyatı Geçiren Hastalara Klinik Vaka Yönetici Hemşire Modeli Uygulamasının Hasta Memnuniyeti Açısından Değerlendirilmesi
	Sorumlu Araştırmacı	Prof. Dr. Arzu TUNA
	Kurumu	SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
	Başvuru Tarihi	22.08.2017
	Araştırmanın Türü	Anket çalışması
	Katılan Merkezler	Tek Merkez
	Varsa Protokol No	-

İLETİŞİM BİLGİLERİ	Adres	SANKO Üniversitesi İncilipınar Mahallesi Gazi Muhtar Paşa Bulvarı No:36 27090 Şehitkamil / GAZİANTEP
	Telefon	0 342 211 65 63
	Fax	0 342 211 65 66
	E-posta	etikkurul@sanko.edu.tr

KARAR	Oturum No: 2017/05	Karar No: 08	Tarih: 28.09.2017
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma dosyası; araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti		Araştırma İle İlişkisi		Oturuma Katılım		İmza
			E	K	Var	Yok	Var	Yok	
Prof. Dr. Vildan SÜMBÜLOĞLU Başkan	Biyoistatistik	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Prof. Dr. Mehmet BAŞTEMİR Başkan Yardımcısı	Endokrinoloji ve Metabolizma	SANKO Üniversitesi SB Fakültesi	X			X	X		
Yrd. Doç. Dr. Necla BENLİER Üye	Farmakoloji	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Yrd. Doç. Dr. Tuba DENKÇEKEN Üye	Biyofizik	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Yrd. Doç. Dr. Müyesser ERDEM Üye	Halk Sağlığı Hemşireliği	SANKO Üniversitesi SB Fakültesi		X		X	X		
Yrd. Doç. Dr. Elif PALA Üye	Tıbbi Biyoloji	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Yrd. Doç. Dr. Neriman AYDIN Üye	Halk Sağlığı	Gaziantep Tıp Fakültesi		X		X		X	Katılmadı
Av. M. Murat GÜNERİ Üye	Hukuk	Serbest Avukat	X			X		X	Katılmadı
Naci BORAN Üye		Sani Konukoğlu Vakfı	X			X	X		

EK-4 Kurum Çalışma İzni



06/03/2017

Sayı: 345 /2017-1

Konu: " Total Kalça Protezi Ameliyatı Geçiren Hastalara Klinik Vaka Yönetici Hemşire Modeli Uygulamasının Hasta Memnuniyeti Açısından Değerlendirilmesi" isimli araştırma

" Total Kalça Protezi Ameliyatı Geçiren Hastalara Klinik Vaka Yönetici Hemşire Modeli Uygulamasının Hasta Memnuniyeti Açısından Değerlendirilmesi " başlıklı tez çalışmanıza ait verilerin hastanemiz ortopedi ve travmatoloji servisi 1 ve 2 de toplanması tarafımızca uygun mütalaa edilmiştir. Bilgilerinize rica ederim.

ORTOPEDIA
ÖZEL SAĞLIK HİZMETLERİ TİC. A.Ş.
Seyhan V.D. 648 056 2482
Döşeme Mh. Cumhuriyet Cd. No: 64
Seyhan / ADANA

Prof. Dr. Emre TOĞRUL
Prof. Dr. Emre TOĞRUL
Diyadin No: 4295
Kalça Hastalıkları ve Cerrahisi Bölüm Başkanı
ÖZEL ORTOPEDIA HASTANESİ
Mesul Müdür
Özel Ortopedia Hastanesi Başhekim

Döşeme Mahallesi Cumhuriyet Caddesi No : 64 Seyhan / ADANA

Tel : (0.322) 436 81 81 - 432 77 77 Fax : (0.322) 431 60 45
www.ortopedia.com.tr

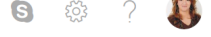
EK-5 Ölçek Kullanım İzni

02.05.2019

Posta - emel yilmaz - Outlook

Outlook

Ara



+ Yeni ileti

Yanıtla Sil Arşivle Gereksiz Süpür Taşı Kategorilere Ayır

- Gelen Kutusu 309
- Gereksiz E-posta 66
- Taslaklar 23
- Gönderilmiş Öğeler
- Silinmiş Öğeler
- Arşiv
- Conversation Hist...
- Emeklilik Grou... 20
- Emel Foto 1
- Klinik Çalışma-İs... 1
- Ortopedia 7
- Private 6
- Yüksek Lisans 18
- Yeni klasör

Re: HHBAÖ Ölçek kullanım İzni

GÇ
2.05.2019 Per 12:56
Siz

Gülşay İpek Çoban <gulaycoban@atauni.edu.tr>

2.05.2019 Per 12:56

Siz

Sayın Emel Yılmaz,

Çalışmanızda ölçeğimizi kullanmanız bizi onurlandıracaktır. Başarılar ve kolaylıklar dilerim

Doç. Dr. Gülşay İpek Çoban

----- Orijinal Mesaj -----

Kimden: emel yilmaz <emel_1977@hotmail.com>

Kime: gulaycoban@atauni.edu.tr

Kk: Arzu Tuna <arzutunam@gmail.com>

Gönderilenler: Wed, 01 May 2019 08:52:25 +0300 (MSK)

Konu: HHBAÖ Ölçek kullanım İzni

Gülşay Hocam günaydın,

Size uzun zamandır ulaşmaya çalışıyorum. Daha önce de mail göndermiştim. Yüksek Lisans Tezi olarak,

ortopedi hastalarında vaka yönetim modeli uygulaması ile hastaların hemşirelik hizmetlerinden

duydıkları memnuniyet düzeyini ölçmeye yönelik bir çalışma yapmak istedim. HHBAÖ'ni kullanmak

istedim. Ölçek kullanımı için izninizi almak istedim. İyi çalışmalar diliyorum. Saygılarımla,

Emel YILMAZ

Özel Ortopedia Hastanesi

HBH Direktörü

Bu e-posta mesajı ve ekleri sadece gönderildiği kişi veya kuruma özeldir. Mesajın alıcısı siz değilseniz, bu

mesajın yönlendirilmesi, kopyalanması veya herhangi bir şekilde kullanılması yasaktır. Mesaj içeriğinde

bulunan fikir ve yorumlar, sadece göndericiye aittir. Bu mesaj bilinen tüm virüslere karşı taranmıştır.

This e-mail and any files transmitted with it are confidential and intended solely for the use of the individual or entity to whom they are addressed. If you are not the intended recipient you are hereby notified that any dissemination, copying or use of the information is prohibited. The opinions expressed in this message belong to sender alone. This e-mail has been scanned for all known computer viruses.

Ücretsiz 5 GB
OneDrive depolama
alanına sahipsiniz



Reklam engelleyici kullanıyorsunuz gibi görünüyor. Gelen kutunuzdaki

https://outlook.live.com/mail/inbox/id/AQMkADAwATYwMAItYjM5My1iYTE1LTAwAi0wMAoARgAAA5dH06ngUaJAhRK8Zg6AaA4HANMi5dWyuB... 1/1

EK-6 Hasta Onam Formu

SANKO Üniversitesi Etik Kurul Yönergesi
Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Ek-3
Lahika-3

SANKO ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bir araştırma çalışmasına katılmamızı istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını, risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamamız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Çalışmaya katılmaya karar verirseniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılmamızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneler sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğumuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.

Çalışmanın Adı: Total Kalça Protezi Ameliyatı Geçiren Hastalara Klinik Vaka Yönetici Hemşire Modeli Uygulamasının Hasta Memnuniyeti Açısından Değerlendirilmesi

Çalışmanın Konusu ve Amacı: Dünyada ve ülkemizde eklem kireçlenmesi (osteoartrit), eklem iltihabi hastalıkları (romatoid artrit), doğumsal kalça çıkığı (gelişimsel kalça displazisi), travmaya bağlı kalça kırıkları, yetersiz kan dolaşımı nedeniyle kemik dokusunun ölmesi (aseptik nekroz) gibi nedenlerle total kalça protezi olan hasta sayısı hızla artmaktadır.

Vücudumuzdaki organ ve sistemler, özel bir düzen ve denge içinde hareket fonksiyonunu gerçekleştirecek şekilde organize olmuştur. Hareket yeteneğinin kullanılması ile gelişen vücutun, hareket yeteneğinin azaldığı durumlarda bundan olumsuz etkilenmesi kaçınılmazdır (Eftekhar, 1993). Total kalça protezi ameliyatı ağrılı ve hareketleri kısıtlı kalça eklemi nedeniyle yıllardır sorun yaşayan hastaları, yeniden hareketli ve ağrısız günlerine kavuşturma olanağı sağlayan önemli bir tedavi yöntemidir (Azboy ve ark 2013). İyileşme sürecinin uzaması, ağrı ve hareket sınırlılığı, bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Şendir 2000). Bu nedenle hastalara klinik vaka yönetici hemşire modeli uygulaması ile hemşirelik hizmeti sunarak hem hasta memnuniyetinin artırılması hem de sunulan hemşirelik hizmetinin kalitesinin artırılması hedeflenmiştir.

Araştırma klinik vaka yönetici hemşire modeli uygulaması ile hemşirelik hizmeti verilen kalça protezi ameliyatı geçiren hastaların memnuniyetlerini belirlemek amacı ile yapılacaktır.

Çalışma Yöntemi: Deneysel bir çalışma.

Çalışmaya Katılmamın Olası Yararları: Çalışmaya katılmayı kabul etmeniz halinde elde edilen sonuçlar yüksek lisans tezi için ve bilimsel yayın amaçlı kullanılacak olup bununla birlikte elde edilen sonuçlar bu hemşirelik modeli uygulamasının hastane genelinde tüm bakım verilen hastalarda kullanılması için önerilecektir. Ayrıca bu çalışma sizin yaşam kalitenizi ve hemşirelik hizmetlerinin kalitesini arttırmaya katkı sağlar.

Soru ve Problemler İçin Başvurulacak Kişiler: Emel YILMAZ

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		
Veli / Vasinin Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:

EK-6 Hasta onam formu devamı

SANKO Üniversitesi Etik Kurul Yönergesi
Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Ek-3
Lahika-3

Adres ve Telefon:		
Tanık Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		
Araştırmacı Adı Soyadı:	Emel Yılmaz	Tarih ve İmza:02.10.2017
Adres ve Telefon:	79055 Sok. Mahfesiğmaz Mah. Büyükkardeş Apt. Kat5. No:5 Çukurova /Adana.	



EK-7 Tez İntihal Raporu

 SANKO UNİVERSİTESİ	T.C. SANKO ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ NİHAİ TEZ İNTİHAL RAPORU FORMU	TEZ FORM 2b
--	---	--

I- ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı : [İme] Anabilim Dalı : Hemşirelik
Soyadı : YILMAZ Program : Hemşirelik (Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği)
Öğrenci No : 161101016 Statüsü : Yüksek Lisans Doktora

II- TEZ BİLGİLERİ

Tez Danışman Adı Soyadı : Prof. Dr. Arzu TLİNA

Tez Adı : Total Kalça Protezi Ameliyatı Geçiren Hastaların Klinik Vaka Yöntemli Hemşire Modeli Uygulamasının Hasta Memnuniyeti Açısından Değerlendirilmesi

III- İNTİHAL RAPOR BİLGİLERİ

	<u>Benzerlik Oranı (%)</u>	<u>Tarih</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Tez Savunması Öncesi	7	13/05/2019
<input checked="" type="checkbox"/> Tez Savunması Sonrası	6	24/05/2019

Yukarıda belirtilen tez çalışmasının kapaak sayfası, giriş, ara bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 57 sayfalık kısmına ilişkin, TURNITIN adı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı aşağıdaki gibidir.

Uygulanan filtrelemeler:

- Tez Ön Sayfaları (önay, etik beyan, teşekkür, özet ve dizin sayfaları) hariç,
- Kaynaklar hariç,
- İnkler hariç,
- Beş kelimeden daha az örneğe içeren metin kısımları hariç.

ENSTİTÜ ONAYI

UYGUNDUR



Duygu ALANGİL
Enstitü Sekreteri

ACIKLAMA

*Turnitin adı konulu teze ilişkin intihal tespit programı (TURNITIN) raporuna, ancak tez danışmanı ve jüri üyelerine sınırlıdır.
*Rapordaki verilerle gerçek intihal tespit programında karşılaştırılarak değerlendirilmelidir, Enstitü Yürütme Kuruluna gönderilir.

EK-8 Özgeçmiş

1. **Adı Soyadı** : Emel YILMAZ
2. **Doğum Tarihi** : 15.08.1977
3. **Unvanı** : Hemşire
4. **Öğrenim Durumu** : Yüksek Lisans
5. **Çalıştığı Kurum** : Özel Ortopedia Hastanesi

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir	2000
Y. Lisans	Sağlık Kurumları İşletmeciliği	Atılım Üniversitesi, Ankara	2013
Doktora			

5. Akademik Unvanlar

- Yardımcı Doçentlik Tarihi :
Doçentlik Tarihi :
Profesörlük Tarihi :

6. Yönetilen Yüksek Lisans/Doktora/Uzmanlık Tezleri

7. Yayınlar

7.1. Uluslararası hakemli dergilerde yayınlanan makaleler

7.2. Uluslararası diğer hakemli dergilerde yayınlanan makaleler

7.3. Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler

“Comparison of The Medical Dressings with Sterilized Normal Saline (0,09% NaCl) and 10% Povidone Iodine Applied on Surgical Incision Wounds”. 2011, EFORT Kongresi

7.4. Yazılan uluslararası kitaplar veya kitaplarda bölümler

7.5. Ulusal hakemli dergilerde yayınlanan makaleler

7.6. Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler

“Cerrahi İnsizyon Yaralarına Steril Serum Fizyolojik (% 0,09NaCl) ve % 10'luk Povidon İyot ile Yapılan Pansumanların Karşılaştırılması”. XXII Ulusal Ortopedi ve Travmatoloji Kongresi, V. Ulusal Ortopedi ve Travmatoloji Hemşireliği Kongresi ‘‘En İyi Sözlü Bildiri’’ 1.'lik Ödülü.

Yılmaz E., Mamak A., Çelebi K., Gülşen M., Sarpel Y., Toğrul E., 2011.

<http://www.totbid.org.tr/eskikongreler/2011/wEBCAST/3033/3033.html>

7.7. Diğer yayınlar

8. Projeler

“5000 Kadına Kemik Okulu Projesi” Özel Ortopedia Hastanesi, Adana

“Total Kalça Protezli Hasta Kulübü” Özel Ortopedia Hastanesi, Adana

9. İdari Görevler

Hasta Bakım Hizmetleri Direktörlüğü, Özel Ortopedia Hastanesi, Adana

Kalite Departmanı /Yönetici, Özel Ortopedia Hastanesi, Adana

10. Bilimsel ve Mesleki Kuruluşlara Üyelikler

THD (Türk Hemşireler Derneği)

OTHED (Ortopedi ve Travmatoloji Hemşireleri Derneği)

EFORT (The European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology)

PUBMED

Point of Care (web site)

Orthobullets (web site)

SPS (Strategic Planning Society)

11. Ödüller

“Cerrahi İnsizyon Yaralarına Steril Serum Fizyolojik (% 0,09NaCl) ve % 10'luk Povidon İyot ile Yapılan Pansumanların Karşılaştırılması”. XXII Ulusal Ortopedi ve Travmatoloji Kongresi, V. Ulusal Ortopedi ve Travmatoloji Hemşireliği Kongresi En İyi Sözlü Bildiri Birincilik Ödülü.