



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ROY'UN ADAPTASYON MODELİ İLE VERİLEN EĞİTİMİN
ALÇI UYGULANAN HASTALARIN ÖZ BAKIM GÜCÜNE VE
BAŞA ÇIKMA TUTUMLARINA ETKİSİ

DOKTORA TEZİ

Nida AYDIN

Lefkoşa
Şubat, 2022

**YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**ROY’UN ADAPTASYON MODELİ İLE VERİLEN EĞİTİMİN
ALÇI UYGULANAN HASTALARIN ÖZ BAKIM GÜCÜNE VE
BAŞA ÇIKMA TUTUMLARINA ETKİSİ**

DOKTORA TEZİ

Nida AYDIN

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Ümran DAL YILMAZ

Lefkoşa

Şubat, 2022

Onay

Nida AYDIN tarafından hazırlanan **“Roy’un Adaptasyon Modeli ile Verilen Eğitimin Alçı Uygulanan Hastaların Öz Bakım Gücüne ve Başa Çıkma Tutumlarına Etkisi”** başlıklı tez, kapsam ve nitelik açısından kalite standartlarına uygunluğu ile ilgili Hemşirelik Anabilim Dalında Doktora Tezi olarak 10.02.2022 tarihinde kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri	Adı – Soyadı	İmza
Jüri Başkanı:	Prof. Dr. Nurhan Bayraktar	
Jüri Üyesi:	Prof. Dr. Hayriye Ünlü	
Jüri Üyesi:	Doç. Dr. Özlem Bilik	
Jüri Üyesi:	Doç. Dr. Gülten Sucu Dağ	
Danışman:	Prof. Dr. Ümran Dal Yılmaz	
Anabilim Dalı Başkanı Onayı		

Prof. Dr. Nurhan Bayraktar
Anabilim Dalı Başkanı

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Onayı

Prof. Dr. Kemal Hüsnü Can Başer
Enstitü Müdürü

Etik İlkelerle Uygunluk Beyanı

Bu tezin içinde sunduğum verileri, bilgileri ve belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi; tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu; çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce, sonuç ve bilgilere bilimsel etik kurallar gereği olarak eksiksiz şekilde uygun atıf yaptığımı ve kaynak göstererek belirttiğimi beyan ederim.

Nida AYDIN

10/02/2022

Teşekkür

Lisansüstü eğitimim boyunca gerek mesleki, gerek kişisel gelişimime katkılarıyla, daima desteğini yanımda hissettiğim, bütün sükunetiyle yoluma ışık tutan, öğrencisi olmaktan her zaman mutluluk duyduğum çok değerli danışman hocam Prof. Dr. Ümran DAL YILMAZ'a,

Doktora eğitimimin her aşamasında yanımda olan saygıdeğer hocalarıma,

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji kliniği çalışanlarına ve çalışmaya katılan tüm hastalara,

İstatistiksel analizlerime katkı sağlayan değerli iş arkadaşım Yrd. Doç. Dr. Dilay NECİPOĞLU'na,

Yakın Doğu Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde beraber çalışma fırsatı bulduğum saygıdeğer hocalarıma ve arkadaşlarıma,

Bugünlere gelmemde desteğini hep hissettiğim aileme, kıymetli eşim Doç. Dr. Deniz AYDIN'a,

Ve doktora sürecimde hayatımıza katılan, gülen yüzüm, canım kızım Ada AYDIN'a sonsuz teşekkür ederim.

Nida AYDIN

Özet

Roy'un Adaptasyon Modeli ile Verilen Eğitimin Alçı Uygulanan Hastaların Öz Bakım Gücüne ve Başa Çıkma Tutumlarına Etkisi

Aydın, Nida

Doktora, Hemşirelik Bilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ümran Dal Yılmaz

Şubat 2022, 169 sayfa

Bu çalışma, alçı uygulanan hastaların deneyimlerinin belirlenmesi ve bu sonuçlara yönelik Roy'un Adaptasyon Modeli ile verilen hemşirelik eğitiminin, hastaların öz bakım gücüne ve başa çıkma tutumlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma nitel ve nicel olarak iki aşamada yürütülmüştür. Birinci aşamasında fenomenolojik yöntem kullanılan çalışmada, 10 hasta ile bireysel derinlemesine görüşme gerçekleştirilmiştir. Veriler içerik analizi ile değerlendirilmiştir. Yapılan analiz sonucunda; temel fizyolojik gereksinimleri karşılamada yaşanan sorunlar, olumlu benlik kavramı geliştirmede yaşanan sorunlar, sosyal rolleri yerine getirmede yaşanan sorunlar, bağımlılık ve bağımsızlık dengesini sağlamada yaşanan sorunlar, duygular, alçılı olma deneyimi ile çözümler ve öneriler olmak üzere 7 tema belirlenmiştir. Bu çalışmanın sonucunda, alt ekstremitte kırığı nedeniyle alçı uygulanan hastaların sadece fizyolojik değil, aynı zamanda psikolojik, sosyal, estetik ve duygusal sorunlarla karşı karşıya olduğu belirlenmiştir. Alçı uygulanan bireylerin deneyimlerinin daha iyi anlaşılması hemşirelerin daha kaliteli bir bakım sunmalarını ve hastaların memnuniyetini artıracak, hasta merkezli bakıma ve hasta eğitim/öğretim programlarının güçlendirilmesine katkıda bulunacağı düşünülmüştür.

Randomize, ön test- son test kontrollü deneysel tasarım olarak yapılan ikinci aşamada ise deney grubu 31 ve kontrol grubu 34 kişiden oluşmuştur (n=65). Veriler alçılama günü ve alçı çıkarılması sonrası ilk hafta içinde Öz Bakım Gücü Ölçeği ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği uygulanarak toplanmış, deney grubuna uygulanan Roy'un Adaptasyon Modeli ile verilen hemşirelik eğitiminin

etkisi incelenmiştir. Verilerin analizinde yüzde, frekans, X^2 , Bağımsız Örneklemde t Testi, Bağımlı Gruplarda t Testi ve Mann-Whitney-U Testi kullanılmıştır. Deney ve kontrol gruplarında öz bakım gücü ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Deney ve kontrol gruplarında Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu alt ölçekler; yararlı sosyal destek kullanımı, diğer meşguliyetleri bastırma, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, inkar, duygusal sosyal destek kullanımı, zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, şakaya vurma ve davranışsal olarak boş vermedir. Roy'un Adaptasyon Modeli ile verilen hemşirelik eğitiminin, Öz Bakım Gücüne ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği alt ölçeklerine olumlu sonuçlar sağladığı belirlenmiştir.

Anahtar kelimeler: alçı, ortopedi hemşireliği, öz bakım, başa çıkma yöntemleri, hemşirelik teorisi

Abstract

The Effect of Training Given with the Roy Adaptation Model on the Self-Care Agency and Coping Attitudes of Patients Who Have Been Plastered

Aydin, Nida

PhD, Department of Nursing

Supervisor: Prof. Dr. Ümran Dal Yılmaz

February 2022, 169 pages

This study was aimed to determine the experiences of the patients who were applied plaster and to determine the effects of the nursing education given with the Roy Adaptation Model for these results on the self-care agency and coping attitudes of the patients. The research was carried out in two stages, qualitative and quantitative. In the study, in which the phenomenological method was used in the first stage, individual in-depth interviews were conducted with 10 patients. The data were evaluated by content analysis. As a result of the analysis; 7 themes were identified as problems in meeting basic physiological requirements, problems in developing positive self-image, problems in fulfilling social roles, problems in balancing dependency and independence, emotions, the experience of being plaster-casted, and solutions and suggestions. As a result of this study, it was determined that patients who underwent plaster cast due to lower extremity fractures faced not only physiological but also psychological, social, aesthetic and emotional problems. It is thought that better understanding of the experiences of individuals who applied plaster will enable nurses to provide a higher quality care, increase patient satisfaction, contribute to patient-centered care and strengthen patient education/training programs.

In the second phase of this study, which was conducted as a randomized, pre-test-post-test controlled experimental design, the experimental group consisted of 31 and the control group consisted of 34 people (n=65). The data were collected by applying the Self-Care Agency Scale and the Coping Orientation to Problems Experienced inventory on the day of casting and in the first week after plaster removal, and the effect of the nursing education given with the Roy Adaptation

Model applied to the experimental group was examined. Percentage, frequency, X^2 , Independent Samples t Test, Paired t Test and Mann- Whitney-U Test were used in the analysis of the data. A statistically significant difference was found between the mean scores of the self-care agency scale in the experimental and control groups ($p < 0.05$). A statistically significant difference was found in the subscales of the Coping Orientation to Problems Experienced inventory in the experimental and control groups ($p < 0.05$). These subscales are; use the instrumental social support, suppressing of competing activities, positive reinterpretation and growth, denial, use of emotional social support, mental disengagement, focusing on and venting of emotions, humor, and behavioral disengagement. It was determined that the nursing education given with the Roy Adaptation Model Adaptation Model provided positive results in The Self-Care Agency and the Coping Orientation to Problems Experienced inventory subscales.

Keywords: plaster of paris, orthopedic nursing, self-care, coping skills, nursing theory

İçindekiler

Onay Sayfası	i
Etik İlkeler Uygunluk Beyanı	ii
Teşekkür.....	iii
Özet.....	iv
Abstract	vi
İçindekiler	viii
Tablolar Listesi	xiii
Şekiller Listesi.....	xv
Kısaltmalar	xvii

BÖLÜM I

Giriş.....	1
Problemin Tanımı	1
Araştırmanın Amacı	3
Araştırmanın Hipotezleri.....	3
Araştırmanın Soruları	4

BÖLÜM II

Kavramsal Temeller / Kuramsal Temeller ve İlgili Araştırmalar	5
Genel Bilgiler	5
Kırık Nedir?...	5
Kırık Tipleri...	5
Kırık Belirti ve Bulguları.....	6
Kırık İyileşme Süreci...	7
Kırık Komplikasyonları...	8
Kırık Tedavisi...	8
Alçı...	9
Alçı Komplikasyonları.....	10
Alçılı Hastanın Bakımı...	11
Roy Adaptasyon Modeli	13
Roy Adaptasyon Modelinin Hemşirelik Bakımında Kullanımı	16

Roy'un Adaptasyon Modeline Temellendirilmiş Hemşirelik Girişimleri	16
Öz Bakım Gücü	21
Başa Çıkma Tutumları	22

I. AŞAMA ALÇILI HASTALARIN YAŞADIĞI SORUNLAR VE BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ (NİTEL ÇALIŞMA)

BÖLÜM III

Yöntem.....	23
Araştırmanın Tipi	23
Araştırmanın Yeri ve Zamanı	23
Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23
Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	25
Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	25
Çalışma Materyali	25
Araştırmanın Değişkenleri.....	25
Veri Toplama Araçları.....	25
Bireysel Tanıtım Formu.....	26
Yarı Yapılandırılmış Soru Formu	26
Araştırmanın Uygulanması	26
Araştırma Planı ve Takvimi.....	27
Verilerin Analizi ve Yorumlanması	27
Araştırmanın Güvenilirliği.....	28
Araştırmacının Yeterliliği	28
Araştırmanın Sınırlılıkları.....	28
Araştırmanın Etik Yönü.....	29

BÖLÜM IV

Bulgular ve Yorumlar	300
----------------------------	-----

BÖLÜM V

Tartışma	68
----------------	----

BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER.....	72
Sonuç	72
Öneriler.....	72

II. AŞAMA: ROY'UN ADAPTASYON MODELİ İLE VERİLEN EĞİTİMİN ALÇI UYGULANAN HASTALARIN ÖZ BAKIM GÜCÜNE VE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARINA ETKİSİ (NİCEL ÇALIŞMA)

BÖLÜM VII

Yöntem.....	73
Araştırma Tipi	73
Araştırmanın Yeri ve Zamanı	74
Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23
Randomizasyon.....	75
Körleme	2376
Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	77
Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	77
Araştırmanın Değişkenleri.....	77
Araştırmanın Kavramsal-Kuramsal-Deneysel Yapısı	78
Veri Toplama Araçları.....	79
Bireysel Tanıtım Formu.....	79
Öz Bakım Gücü Ölçeği.....	79
Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)	80
Araştırmanın Uygulanması	83
Eğitim Rehberi.....	76
Araştırma Planı ve Takvimi.....	84
Verilerin Analizi	85
Araştırmacının Yeterliliği.....	85
Araştırmanın Sınırlılıkları.....	85
Araştırmanın Etik Yönü.....	86

BÖLÜM VIII

Bulgular ve Yorumlar	87
----------------------------	----

BÖLÜM IX

TARTIŞMA	106
----------------	-----

BÖLÜM X

SONUÇ VE ÖNERİLER.....	112
Sonuç	112
Öneriler.....	112
Kaynakça.....	113
EKLER.....	122
Ek-1. Aydınlatılmış Onam Formu (Nitel Çalışma)	122
Ek-2. Bireysel Tanıtım Formu.....	123
Ek-3. Yarı Yapılandırılmış Soru Formu	125
Ek-4. Yarı Yapılandırılmış Soru Formu Uzman Görüşleri	127
Ek-5. Online Nitel Araştırma Yöntemleri Eğitimi	128
Ek-6. Online Maxqda ile Nitel Veri Analizi Eğitimi	129
Ek-7. Maxqda ile Nitel Veri Analizi Eğitimi	130
Ek-8. Etik Kurul Onayı (Nitel Çalışma).....	131
Ek-9. Kurum İzni.....	132
Ek-10. ClinicalTrials Protokol Kaydı.....	133
Ek-11. G*Power Programı ile Çalışma Gücünün Hesaplanması	134
Ek-12. Öz Bakım Gücü Ölçeği.....	135
Ek-13. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)	138
Ek-14. Eğitim Rehberi.....	142
Ek-15. Online Temel Düzey SPSS Eğitimi	143
Ek-16. Randomize Kontrollü Deneyler Kursu	144
Ek-17. Etik Kurul Onayı (Nitel Aşama)	145
Ek-18. Aydınlatılmış Onam Formu (Nitel Çalışma)	146
Ek-19. Ölçek İzinleri	147
Ek-20. Tezden Üretilmiş Yayın.....	148

Ek-21.İntihal Raporu	149
Ek-22. Özgeçmiş	150

Tablolar Listesi

	Sayfa
Tablo 1. <i>Katılımcıların Özellikleri</i>	24
Tablo 2. <i>Katılımcı Profili</i>	30
Tablo 3. <i>Katılımcı Profiline Göre Temel Fizyolojik Gereksinimleri Karşılamada Yaşanan Sorunlar Teması</i>	41
Tablo 4. <i>Katılımcı Profiline Göre Olumlu Benlik Kavramı Geliştirmede Yaşanan Sorunlar Teması</i>	45
Tablo 5. <i>Katılımcı Profiline Göre Sosyal Rollerine Yerine Getirmede Yaşanan Sorunlar Teması</i>	49
Tablo 6. <i>Katılımcı Profiline Göre Bağımlılık ve Bağımsızlık Dengesini Sağlamada Yaşanan Sorunlar Teması</i>	53
Tablo 7. <i>Katılımcı Profiline Göre Duygular Teması</i>	56
Tablo 8. <i>Katılımcı Profiline Göre Alçılı Olma Deneyimi Teması</i>	59
Tablo 9. <i>Katılımcı Profiline Göre Çözümler ve Öneriler Teması</i>	65
Tablo 10. <i>Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri</i>	87
Tablo 11. <i>Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Katılımcıların Kırık ve Alçı Deneyimine İlişkin Özellikler</i>	91
Tablo 12. <i>Deney Grubu ve Kontrol Grubunun Öz Bakım Gücü Ölçeği Ön-Test Puan Ortalamaları Dağılımı</i>	92
Tablo 13. <i>Deney Grubu ve Kontrol Grubunun COPE Ön-Test Puan Ortalamaları Dağılımı</i>	93
Tablo 14. <i>Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Katılımcıların Öz Bakım Gücü Ölçeği Puan Ortalamaları Dağılımları</i>	95
Tablo 15. <i>Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Katılımcıların COPE 'Problem Odaklı Başa Çıkma Tutumları' Puan Ortalamaları</i>	96

<i>Dağılımları.....</i>	
Tablo 16. <i>Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Katılımcıların COPE ‘Emosyonel Odaklı Başa Çıkma Tutumları’ Puan Ortalamaları Dağılımları..</i>	98
Tablo 17. <i>Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Katılımcıların COPE ‘İşlevsel Olmayan Başa Çıkma Tutumları’ Puan Ortalamaları Dağılımları...</i>	100
Tablo 18. <i>Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Katılımcıların Müdahale Sonrası Öz Bakım Ölçeği Etki Büyüklüğü ve Farkı Puan Dağılımı.....</i>	102
Tablo 19. <i>Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Katılımcıların Müdahale Sonrası COPE ‘Problem Odaklı Başa Çıkma Tutumları’ Puan Farkı Dağılımı.....</i>	103
Tablo 20. <i>Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Katılımcıların Müdahale Sonrası COPE ‘Emosyonel Odaklı Başa Çıkma Tutumları’ Puan Farkı Dağılımı.....</i>	104
Tablo 21. <i>Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Katılımcıların Müdahale Sonrası COPE ‘İşlevsel Olmayan Başa Çıkma Tutumları’ Puan Farkı Dağılımı.....</i>	105

Şekiller Listesi

	Sayfa
Şekil 1. <i>Kırık Tipleri</i>	6
Şekil 2. <i>Roy Adaptasyon Modeli</i>	15
Şekil 3. <i>Araştırmanın Nitel Aşama Planı ve Takvimi</i>	27
Şekil 4. <i>Alçılı Hastaların Yaşadığı Sorunlara Yönelik Temaların Gösterimi</i>	33
Şekil 5. <i>Temel Fizyolojik Gereksinimleri Karşılamada Yaşanan Sorunlar Temasına Ait Kod Alt Kod Modeli</i>	34
Şekil 6. <i>Olumlu Benlik Kavramı Geliştirmede Yaşanan Sorunlar Temasına Ait Kod Alt Kod Modeli</i>	42
Şekil 7. <i>Sosyal Rollerini Yerine Getirmede Yaşanan Sorunlar Temasına Ait Kod Alt Kod Modeli</i>	46
Şekil 8. <i>Bağımlılık ve Bağımsızlık Dengesini Sağlamada Yaşanan Sorunlar Temasına Ait Kod Alt kod Modeli</i>	50
Şekil 9. <i>Duygular Temasına Ait Kod Alt Kod Modeli</i>	54
Şekil 10. <i>Alçılı Olma Deneyimi Temasına Ait Kod Alt Kod Modeli</i>	57
Şekil 11. <i>Çözümler ve Öneriler Temasına Ait Hiyerarşik Kod Alt Kod Modeli</i>	60
Şekil 12. <i>Kod Haritası</i>	66
Şekil 13. <i>Kod Bulutu</i>	67
Şekil 14. <i>G*Power Programı ile Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması</i> ...	74
Şekil 15. <i>CONSORT Akış Diagramı</i>	76
Şekil 16. <i>Araştırmanın Kavramsal-Kuramsal-Deneysel Yapısı (C-T-E)</i>	78

Şekil 17. <i>Araştırmanın Nicel Aşama Planı ve Takvimi</i>	84
---	----

Kısaltmalar

KKTC:	Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
COPE:	Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği
YDÜH:	Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi
RAM:	Roy Adaptasyon Modeli

BÖLÜM I

Giriş

Problemin Tanımı

Küresel Hastalık Yüğü 2019 yılı verilerine göre kas iskelet sistemi hastalıkları içerisinde 436 milyon kişinin yaşadığı kırıklar 2. sırada yer almaktadır (Cieza, & diğ., 2020). Kırıkların tedavisinde alçılar 1850'den beri kullanılmakta olup, ekstremiteler yaralanmaları ve cerrahi onarımların tedavisinde önemli rol oynamaktadır (Naram, & diğ., 2011; Ekwall, & diğ., 2018). Alçı ile tedavi edilen kırıklarda kemik dizilimi düzeltilerek, sınırlı bir hareketlilikle redüksiyonun devamlılığı sağlanır (Naram, & diğ., 2011). Ancak doğru uygulanmayan veya uygun şekilde bakımı yapılmayan alçılar, kırıkların iyileşmesini engelleyebilir ve hastaların güvenliğini tehdit edebilir. Alçılama ve alçı bakım ilkelerine uyulmaması, hastaları şiddetli ağrı, ödem, kompartman sendromu, doku nekrozu, yanlış kaynama, gecikmiş kaynama, kaynamama, kontraktür, nörolojik problemler, felç ve basınç yarası gibi bir dizi acil ve gecikmiş komplikasyonlara neden olabilir (Adib-Hajbaghery & Mokhtari, 2018, Szostakowski, & diğ., 2017). Ortopedi hastaları ve özellikle alçılı olanlar hareketsizliğin yan etkilerine karşı hassastır (Ekwall, & diğ., 2018). Venöz tromboemboli, basınç yarası, alçılı ekstremiteleri kullanamama sendromu gibi durumlar, hareketsizliğin yan etkileri olarak sıralanabilmekte ve ciddi problemlere neden olmaktadır (Köse & Demir, 2019). Bu nedenle, yan etkileri önlemek veya yönetmek için kaliteli bakıma ve bilgilendirilmeye ihtiyaçları vardır (Ekwall, & diğ., 2018; Köse & Demir, 2019).

Hemşireler, alçı komplikasyonlarının önlenmesinde veya erken teşhisinde ve hastanın bilgilendirilmesinde önemli rol oynamaktadır (Adib-Hajbaghery & Mokhtari, 2018; Mokhtari, & diğ., 2020). Ortopedi hemşireliği alçılı hastaya güvenli, kaliteli bakım sağlamak ve komplikasyonları önlemek için özel beceriler, bilgi ve klinik yargılar gerektirir. Alçılama sonrası tedavisi evde devam eden hastaların bakımlarını sürdürmeleri ve komplikasyonları önleyebilmeleri için hasta eğitimi ve bilgilendirme çok önemlidir (Mokhtari, & diğ., 2020; Zychowicz, 2020).

Alçılama yapılarak hareketsizleştirilen hastaların bütüncül olarak değerlendirilmesinin, tedavi sürecinin her aşamasında göz önünde bulundurulması gerekir. Alçının hastaya etkilerini ve alçılı hastanın bakımını değerlendirmek için bir ölçüm aracı bulunmamaktadır. Hastanın bakış açısının dahil edildiği, yaşanmış hasta deneyimlerinden, duruma özel üretilmiş bir sonuç ölçütünün oluşturulması ve kullanılması önerilmektedir (McPhail, & diğ., 2012). Yüksek kırık insidansına ve kırıklı hastalarda alçılamanın popülaritesine rağmen, alçı bakımının kalitesi ihmal edilmiştir ve alçı bakım kalitesi üzerine çok az çalışma mevcuttur (Adib-Hajbagheri & Mokhtari, 2018). Ayrıca literatürde hastaların fizyolojik sorunlarını içeren birçok çalışma mevcutken, alçılı olma deneyimlerini içeren iki çalışmaya rastlanmıştır (Williams, 2010; McPhail, & diğ., 2012). Williams'ın alt ekstremitte alçısı olan hastalarla yapmış olduğu fenomenolojik çalışmada yedi temadan bahsedilmiştir. Bu temalar; daha iyi hale getirmek, farklı koşullar, zor iş, seni hayal kırıklığına uğrattıyor, normale dönüş, ağrı ve üstesinden gelmek şeklinde sunulmuştur. Ayrıca bireylerin çeşitli durumlarda başa çıkma yeteneklerinin beklenenden çok daha fazla olabileceğini öne sürmüşlerdir (Williams, 2010). McPhail vd. (2012), alçılı hastalar ve bakım veren sağlık çalışanlarının ayak bileği kırıklarına ilişkin deneyimlerine odaklanan çalışmalarında sekiz tema belirlemiştir. Bunlar; fiziksel, psikolojik, günlük yaşam, sosyal, meslek ve ev içi, finansal etki, estetik etki ve ilaç kullanımı temalarıdır. Ayak bileği kırığı olan kişilerin ve bu kişilere bakım veren sağlık çalışanlarının betimlediği birçok temaya rağmen, sağlık çalışanlarının fiziksel ve mesleki etkilere odaklandığı ortaya konulmuştur. (McPhail, & diğ., 2012). Her iki çalışmada da, alçılı bireylerin eve döndüklerinde nasıl hissedeceklerini, bu durumun hayatlarını nasıl etkileyeceği ve farklı koşullarda ek yardıma ihtiyaç duyduklarında nasıl ulaşabilecekleri ile ilgili bilgiler sağlanmasının yararlı olacağı belirtilmiştir. Alçılı hastaların bu süreçte yaşadığı duygu, düşünce ve deneyimlerinin bilinmesi, teoriye dayalı ve bireyselleştirilmiş bütüncül hasta bakımına katkı sağlayacaktır (Williams, 2010; McPhail, & diğ., 2012).

Değişen rolleri ile birlikte hemşirelik hastanın güvenli ve kaliteli bakım almasını ve rehabilitasyonunu sağlamak için sağlık problemi ile ilgili olası durumlara hakim olmalıdır. Hasta eğitimleri bireylerin duruma adaptasyonlarını geliştirerek süreci daha kolay geçirmelerini sağlayacaktır (Mokhtari, & diğ.,2020; Salmond & Echevarria, 2017; Zychowicz,2020). Hasta eğitimi ve hastanın sürece aktif

katılımının önemi, uluslararası düzeyde stratejik olarak tanımlanmıştır. Hasta eğitiminin güçlendirilmesi hasta deneyimlerine temellendirilmiştir. Hemşirelik sürecine hasta deneyimlerinin dahil edilmesi hastanın yardım arayışına en iyi yanıt olacaktır (Leino-Kilpi, & diğ., 2020). Hemşirelik kuram ve modelleri, bakım verilen bireyin sağlığını değerlendirme, bakım sürecinde elde edilen verileri organize etme, analiz etme ve bu bilgileri kanıta dayalı açıklama olanağı sağlar. Kuram ve modellerin kullanımı, bireyselleştirilmiş bakımda farklılık yaratmakla beraber; hemşirelik bakımının sistematize edilmesine; birey ve ailesine bütüncül bakım verilmesine ve yaşam kalitesinin artmasını sağlamaktadır (Williams, 2010; Wilson, & diğ., 2015; Walker, 2020). Alçılı hastaların hemşirelik süreci ve hasta eğitimi için kullanılabilecek birçok kuram ve model bulunmaktadır (Leino-Kilpi, & diğ., 2020; Wilson, & diğ., 2015; Gaudet & Howett; 2018; Walker, 2020). Özellikle ortopedi hastalarında kullanımı sıklıkla tercih edilen ve bireyin değişen duruma uyumuna odaklanan Roy'un Adaptasyon Modeli (RAM) üzerine temellenmiş bakım ile hasta sonuçlarının iyileştirileceği ve bireylerin deneyimsel farklılıklarından kaynaklanan sorunların çözümlenebileceği düşünülmektedir.

Araştırmanın Amacı

Nitel ve nicel olarak iki aşamada gerçekleştirilen araştırmanın amaçları:

1. Alçılı hastaların alçılı olma ile ilgili yaşadığı zorlukları, düşünce ve deneyimlerini kendi anlatımları ile ortaya koymak,
2. Roy'un Adaptasyon Modeline temellendirilmiş hemşirelik bakımının, alçılı hastaların;
 - a. Öz bakım gücüne ve
 - b. Başa çıkma tutumlarına etkisini incelemektir.

Araştırmanın Hipotezleri

H₁. Alçı uygulanan hastalarda Roy'un Adaptasyon Modeline temellendirilmiş hemşirelik bakımı alan deney grubu hastaların 'Öz Bakım Gücü Ölçeği' puan ortalamaları kontrol grubuna göre yüksektir.

H₂. Alçı uygulanan hastalarda Roy'un Adaptasyon Modeline temellendirilmiş hemşirelik bakımı alan deney grubu hastalar ile kontrol grubu hastalar arasında 'Başarılı Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçek' puan ortalamaları arasında fark vardır.

Araştırmanın Soruları

Alçı hastalarının bu süreçte yaşadıkları deneyimler nelerdir?

BÖLÜM II

Kavramsal Temeller / Kuramsal Temeller ve İlgili Araştırmalar

Genel Bilgiler

Kırık Nedir?

Kırık; dıştan ve içten uygulanan kuvvetlerle kemik bütünlüğünde ve anatomisinde meydana gelen kısmi ya da tam bozulmalardır (Aslan & Yürümez, 2021; Li & Kacena, 2019; Einhorn & Gerstenfeld, 2015). Kırıklar, kemiğe olan doğrudan bir darbe ya da dolaylı bir kuvvet (burkulma, bükülme) sonucu gerçekleşebilir. Kemiğin gücünü aşan bir kuvvete maruz kalması, kemik bütünlüğüne zarar veren bir durum varlığı (tümör, enfeksiyon) veya tekrarlayan stres de kırığa neden olabilmektedir (Aslan & Yürümez, 2021). Kırık oluşumu sırasında kemikte bulunan damarlar, haversian kanalları, periosteum ve etrafındaki yumuşak doku zarar görür (Tanrıkulu & Gönen, 2017). Bir kemiğin kırılması anatomik bütünlük kaybına ve kemik yapının mekanik instabilitesine neden olur (Li & Kacena, 2019).

Kırık Tipleri

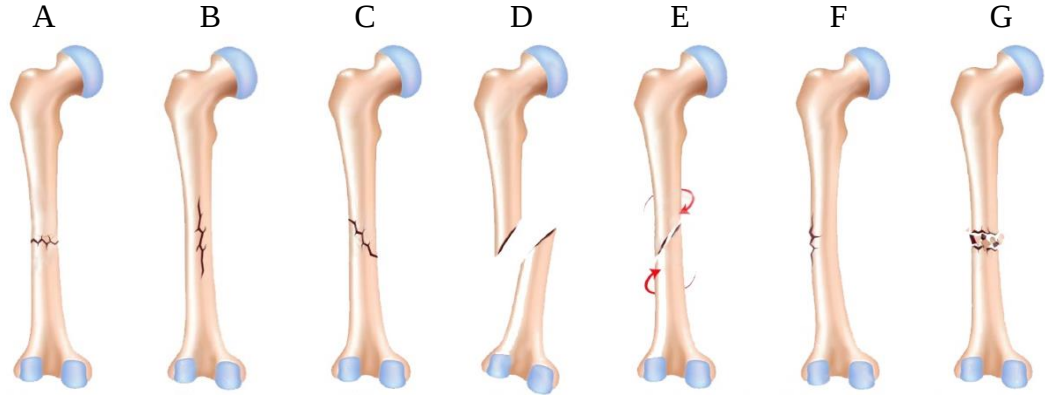
Kırığın dış ortamla ilişkisine, bulunduğu kemiğe, anatomik yerleşmesine, derecesine, kırık çizgisine, kırığı oluşturan mekanizmaya, etkileyen kuvvete, kemik dokunun sağlamlığına ve eklemle ilişkisine göre çeşitli kırık tipleri ve sınıflamaları bulunmaktadır (Köse & Demir, 2019). Kırıklar dış ortamla olan ilişkisine göre kapalı (basit) veya açık (bileşik, kompleks) kırıklar şeklinde ayrılmaktadır (Aslan & Yürümez, 2021; Köse & Demir, 2019). Kapalı kırık ya da basit kırıklar; kemik bütünlüğünde bozulma olan ancak cilt bütünlüğünün bozulmadığı kırıklardır (Perrecone & Shannon, 2020). Açık kırık veya bileşik ya da kompleks kırıklar ise; kırık kemik uçlarının cilt ve mukoz membran bütünlüğünde yaralanmalara neden olduğu kırıklardır (Ünlü, 2016; Perrecone & Shannon, 2020).

Kırıklar, kırığın derecesine göre tam kırık (komplet) ya da tam olmayan kırık (inkomplet) olarak ikiye ayrılır. Tam kırık (komplet); kemik uçlarının birbirinden ayrıldığı, kemiğin normal duruşunun sıklıkla yer değiştirdiği ve kemiğin tüm kesit boyunca kırıldığı kırıklardır (Aslan & Yürümez, 2021; Ünlü, 2016; Perrecone &

Shannon, 2020; Köse & Demir, 2019). Tam olmayan kırıkta (inkomplet) kırık, kemik kesitinin yalnızca bir kısmı boyunca uzanır (Ünlü, 2016).

Şekil 1.

Kırık Tipleri. A. Transvers Kırık. B. Linear Kırık. C. Oblik Kırık. D. Komplike Kırık. E. Spiral Kırık. F. Yaş Ağaç (Green Stick) Kırığı. G. Parçalı Kırık.



<https://www.orthopedic-institute.org/fracture-care/types-of-fractures/> Erişim Tarihi: 12 Ocak 2022.

Kırık Belirti ve Bulguları

Kırığın yaygın belirti ve bulguları;

- Yaralı bölge ve çevresinde hareket ile artan ağrı,
- Kırık yerinde anormal hareket ve fonksiyon kaybı,
- Etkilenen uzuvda kemik hattı boyunca deformite,
- Kemikte düzensiz hat görülmesi,
- Ekstremité kısalığı,
- Krepitasyon (kırık kemik uçlarının birbirine sürtünmesi ile duyulan ses),
- Lokalize ödem,
- Ekimoz,
- Büyük kemik yaralanmalarında (leğen kemiği, uyluk kemiği gibi) kaybedilen kan miktarına bağlı olarak şok görülmesidir (Aslan & Yürümez, 2021; Ünlü, 2016; Perrecone & Shannon, 2020; Köse & Demir, 2019; Dentlinger & Ramdin, 2015).

Kırık İyileşme Süreci

Kırık kemiğin iyileşmesi, kırık oluştuğu andan itibaren başlar ve haftalar, aylar sürmektedir (Tanrıkulu & Gönen, 2017; Ünlü, 2016). Kırık uçlarındaki kemik doku nekrozunun ve ortamda oluşan hematoma başlattığı, pek çok faktörün bir arada etkileşimde bulunduğu bir süreçtir (Tanrıkulu & Gönen, 2017). Kırık kemiğin iyileşmesi dört aşamada gerçekleşir. Bunlar inflammatuar (hematom), yumuşak kallus, sert kallus ve kemiğin yeniden şekillenmesi aşamalarıdır (Li, & diğ., 2019; Tanrıkulu & Gönen, 2017).

- İnflammatuar aşamada; inflammatuar yanıt başlar. Kemiklerin zengin kan dolaşımı olması nedeniyle, travma sonrası çevresel ve intramedüller kanamayla kırık bölgesinde 48-72 saat içinde hematom oluşur. İnflammatuar aşamada hasarlı, nekrotik dokular yok edilir. Bu aşamada çeşitli hücreler hasar gören kemik bölgesine gelir ve kallus oluşmaya başlar (Li, & diğ., 2019; Köse & Demir, 2019; Tanrıkulu & Gönen, 2017).
- Kallus dönemi; bazı kaynaklarda yumuşak ve sert kallus dönemi tek aşama olarak ele alınabilir. Hasarlı dokunun yerini iyileşme dokusuna bırakması sonrası, artan hücre sayısı ve matriks üretimi ile onarım başlar. Kallus döneminde granülasyon dokusu fibröz dokuya, sonra da fibrokartilaj haline dönüşür (Li, & diğ., 2019; Köse & Demir, 2019; Tanrıkulu & Gönen, 2017).
- Yeniden şekillenme; kırık kemik iyileşmesinin son aşamasıdır. Bu aşamada oluşan yeni doku, kompakt ve lamellar kemik yapısına dönüşür ve uygun anatomik şekil yeniden yaratılır (Li, & diğ., 2019; Köse & Demir, 2019; Tanrıkulu & Gönen, 2017).

Kırıklar genellikle, kemiğin son şekline ulaşılmadan önce bile, kırık bölgesini köprüleyen yeni kemiğin oluşumuyla kemik stabilitesi sağlandığında iyileşmiş olarak kabul edilir (Li, & diğ., 2019). Kaliteli ve hızlı kırık iyileşmesi, biyolojik iyileşme sürecini bozmadan, anatomik dizilimi ve yeterli mekanik tespiti sağlayarak mümkün olur (Einhorn & Gerstenfeld, 2015; Tanrıkulu & Gönen, 2017).

Kırık Komplikasyonları

Kırığı olan hastalarda erken ve geç dönemlerde komplikasyonlar görülebilmektedir. Erken komplikasyonları;

- Damar yaralanması,
- Periferik sinir harabiyeti,
- Enfeksiyon,
- Şok,
- Yağ embolisi,
- Kompartman sendromu,
- Venöz tromboemboli,
- Pulmoner embolidir (Ünlü, 2016; Perrecone & Shannon, 2020; Köse & Demir, 2019; Dentlinger & Ramdin, 2015).

Geç komplikasyonları;

- Gecikmiş kaynama,
- Malunion,
- Nonunion,
- Avasküler nekroz,
- İnternal fiksasyonda kullanılan araçlara reaksiyon,
- Kompleks bölgesel ağrı sendromu,
- Refleks sempatik distrofi,
- Heterotrofik ossifikasyondur (Ünlü, 2016; Perrecone & Shannon, 2020; Köse & Demir, 2019; Dentlinger & Ramdin, 2015).

Kırık Tedavisi

Kırık tedavisinin başlıca amaçları; hastanın şikayetlerini azaltmak, immobilizasyonu sağlamak, deformite ve yeniden yaralanmayı önlemek, çevre yumuşak dokuların yapılarını korumak, erken iyileşmeyi sağlama ve ağrıyı azaltmaktır (Dentlinger & Ramdin, 2015; Köse & Demir, 2019). Kırığa yol açan travmanın şiddeti, kırığın yerleşimi, tipi, çevre yumuşak dokuların durumu, hastanın durumu, gereksinimleri ve cerrahın deneyimleri kırığın tespit ve tedavi

yöntemlerinde göz önünde bulundurulmalıdır (Tanrıkulu & Gönen, 2017). Biyolojik kazanımlar ve biyomekanik gereksinimler arasında seçim yapılarak bir karar vermek gerekir. Kırığın anatomik redüksiyonda iyileşmesini sağlamak ve en kısa sürede fonksiyon yapar hale gelmesini sağlamak için, olgunun özelliklerine göre farklı tedavi protokolleri uygulanmaktadır (Şenol, & diğ., 2019; Tanrıkulu & Gönen, 2017).

Kırığın tespiti; cerrahi ya da konservatif yöntemlerle yapılmaktadır. Cerrahi yöntemler; internal ve eksternal tespit araçlarını içermektedir. Konservatif yöntemlerde ise; atel, sirküler alçı, devamlı traksiyon, bandajlama ve ortezler yer almaktadır (Dentlinger & Ramdin, 2015; Ünlü, 2016). Alçı, kırık tespiti için kırık tedavisinde uzun yıllardır yer alan, uygulama kolaylığı nedeniyle hekimler tarafından yaygın kullanılan bir yöntemdir (Li, & diğ., 2019; Raoufi, & diğ., 2017; Dağlar, 2018).

Alçı

Doğada alçı taşı şeklinde bulunan kalsiyum sülfat, çok uzun zaman önce kırık tedavisinde alçı olarak kullanılmaya başlanmıştır (Hernigou, 2016). Kırık tespiti için ilk kaydedilen alçı kullanımı ünlü Edwin Smith Papirüsünde (MÖ. 16. yy) yer almaktadır (Raoufi, & diğ., 2017). Batı literatüründe de İbn-i Sina alçıyı kırık tedavisinde kullanan ilk kişi olarak bilinmektedir. İbn-i Sina, deniz kabuklarından elde ettiği kalsiyum oksit toz ile yumurta akını sargılarında birleştirerek, uzva göre şekillendirmiş ve sertleşen sargılarla kırık tedavisi yapmıştır (Hernigou, 2016; Raoufi, & diğ., 2017). Tarih boyunca alçının içeriği, ağırlığı, sertleşme süresi ve su ile temasla bozulmaması ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Günümüzde, pamuklu beze emdirilmiş kalsiyum sülfat hemihidrat moleküllerden oluşan ve su ile ıslatılınca kısa sürede kuruyarak sertleşen alçılı sargılar (plaster of Paris bandage) ve fiberglas ya da poliüretan reçineden üretilen sargılar yaygın kullanılmaktadır (Raoufi, & diğ., 2017; Çopuroğlu & Erem, 2018; Dağlar, 2018).

Alçı ile tedavi sırasında alçının direkt cilde temasını engellemek için, alçı altı pamuğu ya da alçı çorabı (sitokinet) kullanılmaktadır. Bu yardımcı malzemelerin, alçı çıkarılması sırasında kullanılan alçı motorunun da cilde direkt temasını engelleyerek, cildi koruyucu bir görevi vardır (Raoufi, & diğ., 2017; Çopuroğlu, &

Erem, 2018; Katı & Yüksel, 2018). En iyi alçılama materyali, uzvu istendik koşullar altında tam bir konforla muhafaza etmelidir. Hafif ve güçlü olmanın yanı sıra, gerek kalmadığında kolayca çıkarılabilir olmalıdır. Her iki tip alçı malzemesinin de avantaj ve dezavantajları mevcutken, kullanılacak alçı materyallerinde eldeki kaynaklar, hastanın tercihi ve tıbbi gereksinimler göz önünde bulundurularak seçim yapılmalıdır (Çopuroğlu & Erem, 2018).

Alçı materyali ile tespit iki temel şekilde uygulanabilmektedir. Bunlar; alçının daha çok geçici tespit amacı ile kullanıldığı atel ve daha sıklıkla kırık ve çıkıkların kalıcı tedavisinde kullanılan sirküler alçı uygulamalarıdır (Katı & Yüksel, 2018). Sirküler alçının, çok daha stabil olması, istendik kırık tespitinde daha etkili olması ve kalıcı tedavi yöntemi olarak kullanılması nedeniyle ortopedistler tarafından daha çok tercih edilen bir tedavi seçeneğidir. Ancak uygulama teknik ve takibinde deneyim gerektirmesi ve bazı komplikasyonlara yol açması gibi dezavantajları mevcuttur (Raoufi, & diğ., 2017; Dağlar, 2018; Katı & Yüksel, 2018).

Alçı Komplikasyonları

Alçı ile tespitten en fazla yarar kazanıp en az komplikasyon ile tedavi sağlamak için; doğru endikasyon, uygun materyaller ve doğru teknik kullanarak alçı yapılması ve istendik sonuç elde edildiğinde alçının en kısa sürede çıkartılması gerekmektedir (Katı & Yüksel, 2018). Alçı komplikasyonları arasında;

- Ağrı,
- Şişlik,
- Ek yumuşak doku hasarı,
- Yanık,
- İskemi,
- Nörolojik yaralanma,
- Kompartman sendromu,
- Bölgesel ağrı sendromu,
- Basınç yarası,
- Eklem sertliği,
- Enfeksiyon,
- Cilt enfeksiyonları,

- Tromboemboli sayılabilir (Adib-Hajbaghery & Mokhtari, 2018, Szostakowski, & diğ., 2017; Raoufi, & diğ., 2017; Dentlinger & Ramdin, 2015; Katı & Yüksel, 2018; Türkmen, & diğ., 2020).

Alçı ile tespit sonrası olası komplikasyonlar, tespit materyalinin kullanım süresinden bağımsızdır. Ancak uzun süreli tespit uygulaması; kronik ve bölgesel ağrı, kas atrofisi ve eklem sertliği gibi tedavisi zor durumlara yol açabilir. En ciddi ve morbidite yaratan komplikasyon iskemi zemininde gelişen kompartman sendromudur. Ayrıca kemik çıkıntı noktalarının basınca maruz kalması sonucu ortaya çıkan basınç yaraları da en sık görülen komplikasyonlardır.

Komplikasyonların önlenmesi için tespit anından başlayan dikkatli ve sıkı takip, belirti ve bulguları erken tanılamak oldukça önemlidir. Tüm bu durumların dışında travma yaşayan bireylerin immobilizasyonuna yol açan bu uygulama beraberinde farklı psikolojik ve fizyolojik gereksinim ve sorunları meydana getirebilir (Dağlar, 2018; Katı & Yüksel, 2018).

Alçılı Hastanın Bakımı

Alçı uygulanan bireyler; alçı uygulaması sonrası evlerine gönderilerek, iyileşme sürecini evde geçirmeleri beklenmektedir. Bu durumda alçılı bireyler ve yakınları alçı ile ilgili bakımları kendileri üstlenmektedir. Hastalara alçı sonrası bakıma ilişkin bilgi verilmesi ve hasta eğitimi, kendi kendine bakımda oldukça önemlidir. Hasta eğitimi; hastanın hastalık bilgisi, danışmanlık ve sağlık davranışlarını etkileyecek davranış değiştirme teknikleri gibi yöntemlerin birleştirilmesi ile oluşan bir öğrenme deneyimidir. Yapılan çalışmalarda hasta eğitiminin hasta bakım kalitesini ve hasta memnuniyetini artırdığı bilinmektedir (Sönmez, 2007; Graham, & diğ., 2015; Koç, & diğ., 2012; Şendir, & diğ., 2012).

Alçılı hastalara verilecek olan hasta eğitiminin; hastaların evde hareket kısıtlılıklarını yönetebilmesi, öz bakımlarını artırması ve karşılaşacakları sorunlarda yardımcı olması, gelişebilecek komplikasyonları bilmesi, önlenmesi ve memnuniyetlerini artırması beklenir (Dağlar, 2018; McIiesh & Rasmussen, 2017; Sönmez, 2007; McIiesh & Hommel, 2016; Koç, & diğ., 2012; Şendir, & diğ., 2012). Alçılı hastanın bakımına ilişkin bilgiler; alçının korunması, cilt bütünlüğünün korunması, ödem kontrolü, olası komplikasyon takibi, aktif pasif egzersizler, günlük

yaşam aktiviteleri ve günlük yaşam aktivitelerine ilişkin önerileri kapsamalıdır (Dentlinger & Ramdin, 2015).

- Ağrının ve ödemin azaltılmasında elevasyonun etkisi ve önemi anlatılmalı, hastaya uygun pozisyonlar gösterilmelidir. Özellikle kırığın yaşandığı ilk 24 saat için en az bir adet yastık ile ekstremitenin elevasyonu sağlanmalıdır.
- Ağrı yönetimini nasıl sağlayabileceği, önerilen analjezik etkili ilaçların kullanımına ilişkin bilgi verilmelidir. Kontrol altına alınamayan ve uygulamalara rağmen dindirilemeyen ağrı olduğu durumlarda hastaneye başvurması gerektiği belirtilmelidir.
- Kırık ekstremitenin dolaşım kontrolünün nasıl sağlanacağı açıklanmalıdır. Artan ağrı, uyuşukluk ya da karıncalanma gibi durumlarda ya da kapiller dolum uzaması ya da ekstremitedeki renk değişikliği durumunda hastaneye başvurması gerektiği söylenmelidir.
- Cilt bütünlüğünün bozulmasını önlemek için alçı içinde sert, sivri yabancı cisimler (şiş, kalem vb.) sokulmaması belirtilmelidir.
- Hareketsiz ekstremitenin alt ve üstünde bulunan eklemlere aktif pasif egzersiz uygulaması için hasta bilgilendirilmeli, hasta egzersiz yapması için cesaretlendirilmelidir.
- Düşme ile ilgili önlemlerin alınması sağlanmalıdır.
- Varsa önerilen yardımcı araç ve gereçlerin (koltuk değneği, yürüteç, askı...) kullanımına ilişkin hasta bilgilendirilmeli, süreç görsellerle ve uygulama ile desteklenmelidir.
- Tedavi süreci ile ilgili gerekli takip ve kontrol süreleri anlatılmalıdır. Alçıyı korumak için dikkat etmesi gerekenler anlatılmalıdır.
- Günlük yaşam aktivitelerinde; banyo yapma, hijyeni sağlama, beslenme, tuvalete gitme gibi temel ihtiyaçlarını karşılarlarken dikkat etmesi gereken noktalar ile ilgili bilgi verilmelidir.
- Hasta psikososyal yönden destek alabileceği kaynaklara yönlendirilmelidir (Dağlar, 2018; Mcliesh & Rasmussen, 2017; Sönmez, 2007; Mcliesh & Hommel, 2016; Dentlinger & Ramdin, 2015; Katı & Yüksel, 2018; Köse & Demir, 2019).

Alçı ile tedavi edilen hastalar, alçı uygulaması sonrası hastanede yatan hasta gibi hemşirelik bakımı alamadığı için evde bakımda sorunlar yaşayabilmektedir. Hemşireler hastaların evde bakımlarına katkı sağlayabilirler (Ekwall, & diğ., 2018; Mokhtari, & diğ., 2020; Zychowicz, 2020). Sürekli bakım; taburculuk sonrası bakım problemleri ile karşılaşan hastalara yardım edebilmek amacıyla, hastalar ile bakım verenler arasında devamlı ve tutarlı etkileşimin ve iletişimin sağlanmasıdır. Bir başka deyişle; sürekli bakım; hastane öncesi ve taburculuk sonrası dönemi de kapsayan, hasta bireylerin gereksinimlerine özgü planlanan ve farklı uzmanlık alanlarına ilişkin sorunları giderebilmek için multidisipliner ekip gerektiren bir bakım sürecidir. Hemşireler hastaların farklı süreçlerde değişen bilgi ve bakım gereksinimlerini belirleyerek, hasta, hasta yakınları ve diğer sağlık profesyonelleri ile sürekli etkileşim halinde olup, bireylerin günlük yaşama uyumlarında anahtar rol oynar (Savcı & Bilik, 2015).

Roy Adaptasyon Modeli

Roy Adaptasyon Modeli (RAM); hemşireliğin kavramsal çerçevesinin belirlenmesinde sıklıkla kullanılan bir modeldir (Shariatpanahi, & diğ., 2019; Vicdan & Karabacak, 2014; Savcı & Bilik, 2015). Sister Callista Roy tarafından 1970 yılında ortaya konulan model, 1986 yılında hemşirelik uygulamalarına yol gösterici olacak şekilde kavramsallaştırılmıştır (Roy, 2009). Hemşireliğin bütün alanlarında kullanılabilen bir hemşirelik modeli olan RAM; insan, çevre, sağlık ve hemşirelik kavramlarını birbirini bütünleyici nitelikte görmektedir. Roy'a göre, diğer kavramlardaki her türlü özellik ve değişim insanı doğrudan etkilemektedir (Pektekin, 2013; Uzun, 2017). Modelin felsefi varsayımları, hümanizm ve insan doğasının gerçek değerleri üzerine yerleştirilmiştir. Callista Roy'a göre insan, fiziksel ve sosyal çevre ile sürekli etkileşim halinde olan ve dengeyi sağlamak için adaptif stratejiler kullanan biyo-psikososyal bir varlıktır (Roy, 2009; Roy, 2018; Shariatpanahi, & diğ., 2019).

Modelin ana kavramı adaptasyondur. Bireyin çevresinde çeşitli uyaranlar bulunmaktadır. Uyaranlar, çevreden kaynaklanan, insan ve çevre arasındaki etkileşimin bileşenleridir ve çevreyi değiştirerek açık bir sistem olan insanı da etkilemektedir (Tunç & Özkan, 2014; Uzun, 2017; Shariatpanahi, & diğ., 2019). Uyaranların birey üzerindeki etkileri, bireyin davranışlarını şekillendirir. Roy'a göre

3 tip uyaran vardır. Bunlar odak (focal) uyaran, bağlamsal (contextual) uyaran ve olası (residual) uyaran olarak sınıflandırılmaktadır (Roy, 2009; Uzun, 2017).

- Odak uyaran; bireyin hemen karşı koyduğu, iç veya dış uyaranlardır.
- Bağlamsal uyaran; odak uyaran etkisine katkıda bulunan durumlarda ortaya çıkan diğer faktörlerdir.
- Olası uyaran; mevcut durumda etkileri net olmayan, kişinin içindeki veya dışındaki çevresel faktörlerdir. Bunlar, inançlar, davranışlar ve kişisel deneyimlerdir (Roy, 2009; Uzun, 2017; Shariatpanahi, & diğ., 2019).

Uyum sağlayan bir sistem olan insan, değişen çevre ile başa çıkmak, uyaranlara uyum sağlayabilmek için baş etme mekanizmalarını kullanır. Modelde bireyin uyaranlara karşı sahip olduğu baş etme mekanizmaları, düzenleyici (regülator) ve bilişsel-duygusal (kognatör) olarak iki şekilde tanımlanmıştır. Baş etme mekanizmalarının işlevi, entegre uyumu sürdürmektir (Roy, 2009; Shariatpanahi, & diğ., 2019). Uyumlu yanıtlar bireyin bütünlüğünü geliştirmeye yönelik iken, uyumsuz yanıtlar bu bütünlüğü olumsuz etkilemektedir. (Roy, 2009; Tunç & Özkan, 2014). Modele göre uyum; iç ve dış çevrede bulunan değişikliklere kişinin veya grupların olumlu cevap vermesidir. Bireyin bütünlüğünü tehdit eden durumlarda ya da etkisiz baş etme durumlarında modelde tanımlanan dört uyum alanı etkilenmektedir (Roy, 2011; Uzun, 2017).

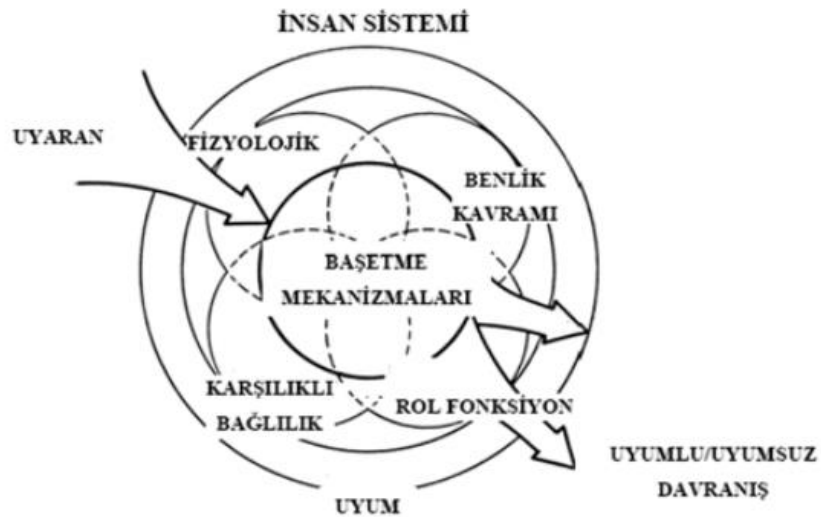
- Fizyolojik (physiological) alan; beş temel fizyolojik ihtiyaca (aktivite ve dinlenme, beslenme, eliminasyon, oksijenlenme ve korunma) ve dört düzenleyici sürece (duyular, sıvı-elektrolitler ve asit-baz dengesi, nörolojik fonksiyon ve endokrin fonksiyon) sahiptir. Çevreden kaynaklanan uyaranlara karşı sistemin fiziksel bütünlüğünün devam etmesini amaçlayan fonksiyonları içerir (Roy, 2009; Shariatpanahi, & diğ., 2019).
- Benlik kavramı (self-concept) alanı; başkalarının tepkilerinin bireyin içsel algısı ve anlayışı tarafından şekillendirilmesi ile oluşan bireyin kendisiyle ilgili bir dizi inanç ve duygudur. Bireyin beden imajı,

kişisel görünüşünü yansıtan davranışlar, bedenine olan duyarlılığı, sahip olduğu özellikler, beklentiler, değerler, kişisel tutarlılık, uyum, özgüven, bireysel yetenekleri doğrultusunda bir şeyleri yapabilme yetisi ve ahlak-etik gibi sahip olunan manevi kavramları içerir. Ayrıca kişilerarası ilişkiler, sosyal çevre ve grup kültürünü içeren grup kimliği de benlik kavramı içindedir (Roy, 2009; Shariatpanahi, & diğ., 2019).

- Rol fonksiyon (role function) alanı; toplumsal bütünlüğü sağlamayı amaçlayan, rol ile ilgili davranıştır. Bireyin kendi yaşamı içindeki rollerine ilişkin aktivitelere odaklanır. Bireyin sosyal entegrasyonunu sağlar (Roy, 2009; Shariatpanahi, & diğ., 2019).
- Karşılıklı bağıllık (interdependence) alanı; bireylerin çevresindeki kişilerle etkileşim ve iletişimini içerir. Bu alan, sevgi, saygı, değer verme ve değer görme ile ilgili etkileşimlere odaklanır. Bu alanın temel ihtiyacı ilişkisel bütünlüktür (Roy, 2009; Shariatpanahi, & diğ., 2019).

Şekil 2.

Roy Adaptasyon Modeli (Roy, 2009)



RAM'ın en önemli amacı bireyde uyumlu yanıtların geliştirilmesidir. Çevresel uyaranlar bireylerin baş edemeyeceği kadar büyük ise; sistem görevini

yapamaz hale gelir ve sağlıkta sapma olur. RAM, hemşirelerin, uyaranlara karşı bireyin uyumunu kolaylaştıran girişimlerde bulunduğunu savunur. Hemşire, bireyin uyumlu ve uyumsuz davranışlarını değerlendirebilmek ve bireyin uyumlu davranışlar göstermesine yardımcı olmak için ilk karşılaşmadan itibaren bireyin davranışlarını değerlendirmeye başlar (Roy, 2011; Roy, 2009; Pektekin, 2013).

Roy'un Adaptasyon Modelinin Hemşirelik Bakımında Kullanımı

Profesyonel bir disiplin olan hemşirelik girişimlerinin bilimsel bir alt yapıya dayandırılmasında hemşirelik modelleri yön vericidir. Hemşirelik girişimlerinde model kullanımı; uygulamadaki sorunları ortaya çıkararak çözümlenmesine, hemşirenin tıbbi modelden bakıma yönelmesine ve hemşirelik bakımının sistematik olmasını sağlamaktadır. Hemşirelik modelleri, iş merkezli hemşirelik aktivitelerinden uzaklaştırarak odak noktası olarak bireyi almayı amaçlamaktadır. Bu yüzden bakımın hemşirelik modellerine dayandırılması gereklidir (Roy, 2018; Vicdan & Karabacak, 2014; Savcı & Bilik, 2015; Uzun, 2017).

RAM'a göre profesyonel hemşire, insan ve çevre etkileşimine odaklanır ve sağlık ya da hastalık durumlarında bireye dört uyum alanındaki değişikliklere göre uyum sağlamasında yardım etmelidir (Pektekin, 2013; Uzun, 2017). Bu kavramsal çerçeve temelinde, hemşireliğin amacı uyumu geliştirmek ve hastalarda uyumu artırmaktır. Uyum davranışları, insanların fizyolojik, psikolojik ve sosyal uyum sağlamalarına yardımcı olur (Shariatpanahi, & diğ., 2019).

Roy, bireyin uyum sürecini hızlandırmak için hemşirelik sürecinden yararlanır. Bu süreç; tanılama, hemşirelik tanısı koyma, amaç belirleme, hemşirelik girişimleri planlama ve uygulama ve değerlendirme aşamalarından oluşur (Roy, 2009; Uzun, 2017; Pektekin, 2013). Hemşire tanılama aşamasında, bireyin davranışlarını gözlemleyerek, uyaranlar saptanır. Hastanın uyumu ile ilgili hemşirelik tanıları belirlenir. Hemşirelik tanısı konulduktan sonra öncelik sırasına göre, hastanın da görüşü alınarak, amaçlar planlanır. Hastanın uyaranlarla başa çıkabilmesi için yardım edilir. Uyaranlar, artırılabilir, azaltılabilir, değiştirilebilir, uzaklaştırılabilir veya devamlılığı sağlanabilir. Belirlenen amaca ulaşılma durumu değerlendirilir ve uyumun gücüne bakılır. Amaca ulaşılammışsa süreç gözden geçirilir ve tekrar ele alınır (Roy, 2009; Uzun, 2017; Pektekin, 2013).

RAM'ın bireyi tüm yönleri ile ele alması, hemşirelik girişimlerine kolaylık sağlamaktadır. Bu nedenle birçok alanda hastaların adaptasyonunun sağlanmasında hemşirelere rehber olmaktadır (Vicdan & Karabacak, 2014). Model, hastayı bütüncül olarak ele aldığı ve hastanın yeni yaşam süreçlerine uyumuna odaklandığı için “uyum” gerektiren her durumda kullanılabilir. RAM, bireyin içinde bir “yaratma” gücü olduğunu ve hemşirelerin bu gücü ortaya çıkarması gerektiğini ifade etmiştir (Roy, 2011). Hastalarının yaşadığı adaptasyon sorunlarının düzenlenmesine katkıda bulunan model ortopedi hastalarında da tercih edilmektedir (Damar & Bilik, 2014; Vicdan & Karabacak, 2014; Savcı & Bilik, 2015).

Roy'un Adaptasyon Modeline Temellendirilmiş Hemşirelik Girişimleri

Kırık tedavisi için alçı uygulanan hastaların yaşamları önemli ölçüde etkilenmektedir (Williams, 2010; McPhail, & diğ., 2012; Ekwall, & diğ., 2018). Sirküler alçı bireyin günlük yaşam aktivitelerini, hareketini kısıtlayan önemli bir uyarandır ve bireyin yaşama uyumunu bozmaktadır. Roy'un Adaptasyon Modeline temellendirilmiş planlı hemşirelik girişimleri ile alçılı hastaların etkili uyum sağlaması amaçlanmaktadır.

Uyum alanları	Uyaranların değerlendirilmesi	Hemşirelik girişimleri	Değerlendirme
Fizyolojik alan	Odak uyaran; - Sirküler alçı Bağlamsal uyaranlar; - Ağrı - Fiziksel harekette azalma - Uyku problemi - Yorgunluk - Beslenmede bozulma - Kaşıntı - Korku (düşme, yaralanma)	Yönetimsel: - Ağrı kontrolünün (farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerle) sağlanması - Hastanın ayrıntılı öyküsünün alınması - Sağlık disiplinleri ile ortak bir bakım programı oluşturulması - Hastanın gereksinimlerinin	Etkili uyum davranışları - Ağrısını etkin kontrol etmesi - Diyetine dikkat etmesi - Öz bakımını yerine getirebilmesi - Hastanın uykusunu aldığını ifade etmesi - Hastanın yorgun olmadığını ifade etmesi, - Ekstremiteleri

	- Fiziksel güçsüzlük - Yanma-karıncaalanma Olası uyarılar; - Bilgi eksikliği - Egzersiz yapamama - Ödem	- belirlenmesi - Hastanın fonksiyonel durumunun belirlenmesi - Fiziksel harekette azalmaya neden olan etmenlerin belirlenmesi ve kontrol altına alınması - Hastanın egzersizlerini yapması konusunda desteklenmesi - Uyku örüntüsünün değerlendirilmesi, - Bozulan uyku örüntüsünün düzenlenmesi - Hastanın beden imajındaki değişimle baş etme stratejilerinin geliştirilmesi - Hastanın anksiyetesini ifade etmesinin sağlanması - Anksiyete düzeyinin ve nedenlerinin belirlenmesi - Hastanın anksiyetesinin giderilmesi - Hastanın baş etme stratejilerinin belirlenmesi - Etkili baş etme	- güçlendirmek amacıyla verilen egzersizleri uygulaması - Beden imajındaki değişimi kabul etmesi - Olumlu beden imajı olduğunu ifade etmesi - Anksiyetesini gidermede/Sorunlarını çözmede etkili baş etme stratejilerini kullanması - Bakımı ile ilgili sorumluluk almaya istekli olması - Bağımlılık, yük olma ve korku ile ilgili duygularını ifade etmesi ve etkili baş etmesi - Bağımsızlığını giderek kazanarak yaşamını sürdürmede güçlü olması - Yeni durumuna göre evde gerekli düzenlemeleri yapması - Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmek için çaba göstermesi ve yaparken bağımlılık düzeyinin giderek
Benlik kavramı alanı	Odak uyarılar; - Sirküler alçı Bağlamsal uyarılar; - Öz yetersizlik - Hijyen eksikliği - Sorunları ve duyguları ifade edememe - Yorgunluk - Fiziksel güçsüzlük Olası uyarılar; - Bakım verenlere yük olma kaygısı - Yaşam tarzı değişikliği - Finansal sorunlar	- Hastanın egzersizlerini yapması konusunda desteklenmesi - Uyku örüntüsünün değerlendirilmesi, - Bozulan uyku örüntüsünün düzenlenmesi - Hastanın beden imajındaki değişimle baş etme stratejilerinin geliştirilmesi - Hastanın anksiyetesini ifade etmesinin sağlanması - Anksiyete düzeyinin ve nedenlerinin belirlenmesi - Hastanın anksiyetesinin giderilmesi - Hastanın baş etme stratejilerinin belirlenmesi - Etkili baş etme	- güçlendirmek amacıyla verilen egzersizleri uygulaması - Beden imajındaki değişimi kabul etmesi - Olumlu beden imajı olduğunu ifade etmesi - Anksiyetesini gidermede/Sorunlarını çözmede etkili baş etme stratejilerini kullanması - Bakımı ile ilgili sorumluluk almaya istekli olması - Bağımlılık, yük olma ve korku ile ilgili duygularını ifade etmesi ve etkili baş etmesi - Bağımsızlığını giderek kazanarak yaşamını sürdürmede güçlü olması - Yeni durumuna göre evde gerekli düzenlemeleri yapması - Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmek için çaba göstermesi ve yaparken bağımlılık düzeyinin giderek
Rol fonksiyon alanı	Odak uyarılar; - Sirküler alçı Bağlamsal uyarılar; - Fiziksel harekette azalma - Başka birine bağımlı olma	- Hastanın egzersizlerini yapması konusunda desteklenmesi - Uyku örüntüsünün değerlendirilmesi, - Bozulan uyku örüntüsünün düzenlenmesi - Hastanın beden imajındaki değişimle baş etme stratejilerinin geliştirilmesi - Hastanın anksiyetesini ifade etmesinin sağlanması - Anksiyete düzeyinin ve nedenlerinin belirlenmesi - Hastanın anksiyetesinin giderilmesi - Hastanın baş etme stratejilerinin belirlenmesi - Etkili baş etme	- güçlendirmek amacıyla verilen egzersizleri uygulaması - Beden imajındaki değişimi kabul etmesi - Olumlu beden imajı olduğunu ifade etmesi - Anksiyetesini gidermede/Sorunlarını çözmede etkili baş etme stratejilerini kullanması - Bakımı ile ilgili sorumluluk almaya istekli olması - Bağımlılık, yük olma ve korku ile ilgili duygularını ifade etmesi ve etkili baş etmesi - Bağımsızlığını giderek kazanarak yaşamını sürdürmede güçlü olması - Yeni durumuna göre evde gerekli düzenlemeleri yapması - Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmek için çaba göstermesi ve yaparken bağımlılık düzeyinin giderek

	- Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememe - Geçmişteki faaliyetlerini gerçekleştireme - Kişisel görevleri yerine getirmede başkasına bağımlı hale gelme - İş kaybı - Cinsel işlev bozukluğu Olası uyarılar; - Yaşam kararları üzerinde kontrol kaybı	yöntemleri geliştirmesinin desteklenmesi - Hastanın benlik saygısının değerlendirilmesi - Hastanın rol değişiminden nasıl etkilendiğinin belirlenmesi - Hastanın günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme kapasitesinin değerlendirilmesi - Günlük yaşam aktivitelerini yapabilmesinin sağlanması - Ev koşullarının uygun şekilde düzenlenmesi (alçılı hastaya uygun ergonomik düzenlemeler) - Enfeksiyonun önlenmesi - Hasta ve ailesinin korku ve endişelerinin giderilmesi - Sosyal izolasyon açısından risk faktörlerinin belirlenmesi ve gerekli önlemlerin alınması - Beden gereksinimlerine	azalması - Hastanın mevcut durumuna uygun şekilde sosyalleşmesi ve aktivitelere katılması - Hastanın mevcut durumunu kabullenip, iyileşme sürecinde başkasının desteğine gereksinimi olduğunu kabullenmesi ve bu desteğin kullanımını giderek azaltması - Kendini güvende hissederek/düşme korkusu yaşamadan hareket edebilmesi - Kesintiye uğrayan rollerini yerine getirmesi - Korku ve endişe duymadan yaşantısını sürdürmesi - Rol değişimiyle birlikte etkili rol entegrasyonu gösterebilmesi - Sosyal aktivitelerini yapmaya istekli olması - Yaşamındaki rollerini gerçekleştirme konusunda istekli olması
Karşılıklı bağlılık alanı	Odak uyarılar; - Sirküler alçı Bağlamsal uyarılar; - Başka birine bağımlı olma - Finansal sorunlar - Sosyal izolasyon - Sosyal etkileşimde bozulma Olası uyarılar; - Yaşam kararları üzerinde kontrol kaybı - Bakım verenlere	yöntemleri geliştirmesinin desteklenmesi - Hastanın benlik saygısının değerlendirilmesi - Hastanın rol değişiminden nasıl etkilendiğinin belirlenmesi - Hastanın günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme kapasitesinin değerlendirilmesi - Günlük yaşam aktivitelerini yapabilmesinin sağlanması - Ev koşullarının uygun şekilde düzenlenmesi (alçılı hastaya uygun ergonomik düzenlemeler) - Enfeksiyonun önlenmesi - Hasta ve ailesinin korku ve endişelerinin giderilmesi - Sosyal izolasyon açısından risk faktörlerinin belirlenmesi ve gerekli önlemlerin alınması - Beden gereksinimlerine	azalması - Hastanın mevcut durumuna uygun şekilde sosyalleşmesi ve aktivitelere katılması - Hastanın mevcut durumunu kabullenip, iyileşme sürecinde başkasının desteğine gereksinimi olduğunu kabullenmesi ve bu desteğin kullanımını giderek azaltması - Kendini güvende hissederek/düşme korkusu yaşamadan hareket edebilmesi - Kesintiye uğrayan rollerini yerine getirmesi - Korku ve endişe duymadan yaşantısını sürdürmesi - Rol değişimiyle birlikte etkili rol entegrasyonu gösterebilmesi - Sosyal aktivitelerini yapmaya istekli olması - Yaşamındaki rollerini gerçekleştirme konusunda istekli olması

	yük olma kaygısı	uygun beslenmesinin sağlanması - Aktivite toleransını geliştirme - Konstipasyonu önleme - Dehidratasyonun önlenmesi - Hareket kısıtlılığına bağlı gereksinimlerini belirleme ve yönetme - Hastanın bakım veren yakınlarına destek olunması - Öz bakım aktivitelerinin desteklenmesi ve yeniden kazandırılması - Güçsüzlük, anksiyete, ümitsizlik, benlik saygısında azalma, bağımlılık, yük olma ve korku ile ilgili duygularını ifade etmesinin ve etkili baş etmesinin sağlanması - Bilgilendirme ve danışmanlığın sürdürülmesi (telefonla izlem, poliklinik kontrolü) - Olası komplikasyon belirtilerinin	Etkisiz uyum davranışları - Ağrı yaşaması - Hareket etmekten kaçınması - Benlik saygısında azalma/Olumsuz benlik saygısı - Öz bakım eksikliği - Egzersizlerini düzenli uygulamaması/egzersiz yapmaktan kaçınması - Fonksiyonel kısıtlılığın/zorlanmanın giderek artması - Düşme ya da sakat kalma korkusu yaşama - Uyku sorunlarının olması/devam etmesi - Hastanın kendini güçsüz hissetmesi - Anksiyete yaşaması - Aile içi ilişkilerde bozulma - Ailenin rutinlerinin bozulması - Bağımlılık sürecinin uzaması - Başkasına olan bağımlılığın giderek artması - Bakım verenlerin sorumluluklarının artması
--	------------------	---	--

		değerlendirilmesi - Konstipasyonların önlenmesi - Enfeksiyonun önlenmesi Bilgiye dayalı: - Doktor, fizyoterapist, diyetisyen ile hastadan elde edilen bilgileri paylaşma Bağlantısal: - Ekstremitenin güçlendirilmesi için hastaya önerilen uygun egzersizlerin fizyoterapistle işbirliği yaparak, hastanın yapmasını sağlama - Hastanın gereksinim duyduğunda ulaşabilmesini sağlama - Hastanın psikolojik destek gereksinimi olduğunda, psikoloğa yönlendirme	- Cinsiyet ve yetişkin rollerini yerine getirememe - Destek sistemlerinde yetersizlik - Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede isteksizlik/Yapabilecekleri aktiviteleri başkasının yapmasını beklemesi ya da istemesi - İşe dönememe - Kendini yük olarak algılama - Pasif ya da bağımlı hasta rolünü sürdürmesi/Başkalarına bağımlı olması - Sorun yaşadığında ilgili sağlık profesyoneline danışmaması - Sosyal izolasyon yaşaması - Yüksek beklentiler geliştirmesi
--	--	---	--

Öz Bakım Gücü

Öz bakım; bireyin yaşamını, sağlığını ve iyilik durumunu korumak ve sürdürmek için gerekli eylemlerin bireyler tarafından başlatılması ve sürdürülmesidir. Öz bakım, insan, çevre, kültür ve günlük yaşam değerleri gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Öz bakım gücü ise bireylerin öz bakımlarını yerine getirme becerilerini tanımlamaktadır. Öz bakım herkes tarafından karşılanması

gereken, temel insani gereksinimlerdendir ve bu gereksinimler yerine getirilemediğinde sağlık olumsuz etkilenir (Nahcivan, 2004). Alçı uygulanan hastalar öz bakım gereksinimlerini yerine getirememekte ya da değişen duruma uyum sağlamaları zaman almaktadır. Hemşirelik bakımının temel hedeflerinden biri hastanın öz bakım gereksinimlerini yerine getirmesini sağlamaktır. Ortopedi ve cerrahi hastalarında planlı eğitimin hastaların öz bakım gücünü artırdığı çalışmalara rastlanmaktadır (Kaya & Bilik, 2021; Fırat & Öztunç, 2019; Alptekin, 2018).

Başa Çıkma Tutumları

Başa çıkma, bireyin mücadele edemediği stresli durumlara karşı bireysel ya da çevresel olarak geliştirdiği bilişsel ve davranışsal tepkilerin tamamını ifade etmektedir. Farklı bir ifadeyle birey, negatif duygu durumdan ayrılıp pozitif bir ruh haline geçmeyi amaçlar. Uygun olmayan başa çıkma tutumu ya da başa çıkma tutumlarının yetersizliği benlik saygısında azalma, madde kullanımı ve intihar gibi davranışlarla ilişkilendirilmektedir. Bireylerin kullandığı başa çıkma tutumunun belirlenmesi stresi yönetme hedeflerinin belirlenmesinde ve özellikle terapötik etkinin izlenmesi açısından önemlidir (Ağargün, & diğ., 2005).

I. AŞAMA: ALÇILI HASTALARIN YAŞADIĞI SORUNLAR VE BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ (NİTEL ÇALIŞMA)

BÖLÜM III

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Araştırmanın birinci aşaması olan bu kısmında; alçılı hastaların öznel düşünce ve deneyimlerini keşfetmek ve betimlemek için nitel araştırma yöntemlerinden fenomenoloji (olgubilim) kullanılmıştır. Fenomenoloji, bireylerin yaşanmış kişisel deneyimleri ile ilgilenir ve bireylerle derinlemesine görüşmeler yapılarak bireylerin algılarını ve olaylara yükledikleri anlamları inceler (Creswell, 2013).

Nitel araştırmadan elde edilen bilgiler ve literatür doğrultusunda alçı uygulanan hastaların bakım gereksinimleri belirlenmiş, ayrıca hastalara verilecek danışmanlık ve eğitim kitapçığının içeriği oluşturulmuştur.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın birinci aşaması Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nin (KKTC) başkenti Lefkoşa'da bulunan Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde (YDÜH) Ocak 2020-Şubat 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Görüşme ortamının uygun koşullarda (yeterli aydınlatma, gürültüsüz, başkalarının odaya girmemesi vb.) olmasına dikkat edilmiştir. İlk kez alçı tedavisi uygulandığı gün görüşülen hastalar ile alçıları çıkarıldıktan sonra belirlenen gün, saat ve yerde (YDÜH hasta eğitim odasında ya da hastaların evlerinde) görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Katılımcılara amaçlı örneklem yöntemlerinden olan benzeşik durum ve ölçüt örnekleme yöntemi kullanılarak ulaşılmıştır. Benzeşik durum örneklem; araştırma problemiyle ilgili benzer özellikleri veya belirli özellikleri paylaşan kişilere odaklanır. Fenomene ilişkin deneyimlerin rol değişimi, sosyal alan ve iş hayatına etkilerini görebilmek ve geriatrik sorunlardan dışlayabilmek için 18-60 yaş arası ve

alt ekstremitte kırığı olan hastalar dahil edilmiştir. Ölçüt örneklem; önceden belirlenmiş bazı örneklem ölçütlerini karşılayan, belirlenen niteliklere sahip kişiler, olaylar ya da durumlardan oluşan örnekleme yöntemidir. Ölçüt örneklem kriterleri; alt ekstremitte kırığı bulunması, sirküler alçı uygulaması ve en az 6 hafta alçı ile tedavi görmedir. Bu doğrultuda araştırmanın örneklemini 10 hasta oluşturmuştur (Tablo 1).

Tablo 1.

Katılımcıların özellikleri

Katılımcılar	Cinsiyet	Yaş	Medeni durum	Kırığın nedeni	Uygulanan alçı çeşidi	Alçı ve evde bakımına yönelik bilgi alma durumu
K1	Kadın	55	Evli	Düşme	Kısa bacak alçısı	Kısmen
K2	Erkek	22	Bekâr	Trafik kazası	Kısa bacak alçısı	Evet
K3	Erkek	33	Evli	Düşme	Kısa bacak alçısı	Kısmen
K4	Erkek	26	Bekâr	Düşme	Uzun bacak alçısı	Hayır
K5	Kadın	49	Evli	Düşme	Kısa bacak alçısı	Hayır
K6	Kadın	53	Evli	Düşme	Uzun bacak alçısı	Evet
K7	Erkek	45	Evli	Düşme	Kısa bacak alçısı	Evet
K8	Kadın	51	Evli	Düşme	Uzun bacak alçısı	Kısmen
K9	Erkek	31	Bekâr	Düşme	Kısa bacak alçısı	Kısmen
K10	Kadın	60	Evli	Düşme	Kısa bacak alçısı	Evet

Çalışmaya katılmayı kabul edip daha sonra pandemiden dolayı ayrılmak isteyen, tedavisi gereği ameliyat olması ve hastaneye yatışı gereken ve alçı süresi 6 haftadan önce sonlandırılan hastalar örneklem dışı bırakılmıştır. Hastalar ile 6 haftalık alçı tedavileri bitip, alçı çıkarılması için hastaneye geldiklerinde iletişime geçilmiştir. Fenomene ilişkin verilerin uygun sağlanabilmesi için alçı çıkarılması sonrası ilk hafta içerisinde uygun gün ve saatlerde bireysel derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Niteliksel araştırma tasarımlarında örneklem büyüklüğü, araştırma sorusu ve amacı doğrultusunda belirlenmektedir (Merriam, 2018; Başkale, 2016). Araştırma sorusunun yanıtı olabilecek kavramlar tekrar etmeye başladığında, görüşmelerden artık yeni görüş, bilgi çıkmayacağı düşünüldüğünde doyum noktasına ulaşıldığına karar verilerek çalışma sonlandırılmalıdır. Görüşmeler esnasında 9.

katılımcıdan sonra veriler tekrarlanmaya başlanmış ve bir birey daha dahil edilerek 10. katılımcıdan sonra veri doygunluğuna ulaşıldığı düşünülüp nitel araştırma görüşmeleri sonlandırılmıştır (Fusch & Ness, 2015). Katılımcılar araştırma etiği ve gizlilik ilkesi doğrultusunda K1,...,K10 olarak isimlendirilmiştir.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Alt ekstremitte kırığına sahip olan,
- 18-60 yaş arasında olan,
- En az 6 hafta alçılı olan,
- İletişim problemi bulunmayan,
- Türkçe konuşabilen,

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Üst ekstremitte kırığı olan,
- Kırık öncesi hareket kısıtlaması bulunan,
- Olası bir nedenle izlem süresini tamamlayamayan,
- Cerrahi girişim gerektiren hastalar.

Çalışma Materyali

Çalışma materyali olarak veri toplama araçları ve ses kayıt cihazı (SONY ICD-PX333) kullanılmıştır.

Araştırmanın Değişkenleri

Niteliksel bir araştırma olduğu için bağımlı ve bağımsız değişkeni bulunmamaktadır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın amacı açıklandıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul eden kişilere Aydınlatılmış Onam Formu (EK 1) imzalatılmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında Bireysel Tanıtım Formu (EK 2), Yarı Yapılandırılmış Soru Formu (EK 3) ve ses kayıt cihazı kullanılmıştır. Görüşme soruları hazırlanmadan önce literatür taranmış ve ilgili nitel ve nicel araştırmalardan yararlanılmıştır (Williams, 2010; McPhail, & diğ., 2012; Adib-Hajbaghery & Mokhtari, 2018; McKeown, & diğ., 2020).

Bireysel Tanıtım Formu

Hastalarla alçı uygulandığı gün yüz yüze görüşülerek araştırmaya ilişkin onamları alındıktan sonra toplanmıştır. Bu form; hastaların sosyodemografik özelliklerini ve sağlık durumlarını tanımlayan 21 sorudan oluşmaktadır. Soru formunun sosyodemografik özellikler kısmında; hastanın cinsiyeti, yaşı, boyu, kilosu, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, sosyal güvencesi, gelir durumu, yaşadığı yer ve ev tipine ilişkin bilgiler yer almaktadır. Hastaların sağlık durumlarını tanımlayan kısmında ise; önceki kırık ve alçı deneyimi, kırığın nedeni, kırığın oluştuğu ve alçının uygulandığı bölge, alçı hakkında bilgi durumu, alçılı iken kontrol sıklığına ilişkin sorular bulunmaktadır.

Yarı Yapılandırılmış Soru Formu

Yarı yapılandırılmış soru formu “giriş bölümü, görüşme soruları ve kapanış” bölümlerinden oluşmaktadır. Yarı yapılandırılmış sorular oluşturulurken katılımcıların olgu ile ilgili algılarını, tanımlarını açık ve net bir şekilde belirlemek amaçlanmıştır. Bu doğrultuda Patton (1990) tarafından belirtilen özelliklere uygun olarak açık uçlu sorular oluşturulmuştur. Soru formu için 5 uzman görüşü (Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği alanında 3, Halk Sağlığı Hemşireliği alanında 1 ve Psikiyatri Hemşireliği alanında 1 hemşire öğretim üyesi) (EK 4) alınmıştır (Kapsam Geçerlik İndeksi:0,87) (Lawshe, 1975). Yarı yapılandırılmış görüşme formunda; hastaların kırık öyküleri, alçılı olma ile ilgili duygu ve düşünceleri, alçı sonrası yaşamlarındaki olumlu-olumsuz etkilerini içeren 5 ana ve 23 sondaj soru (drilling questions) yer almaktadır. Kapanış bölümünde hastaya teşekkür edilerek geribildirim alınması ile sonlandırılmıştır.

Araştırmanın Uygulanması

Hastalara araştırmanın amacı, nasıl yapılacağı ve ses kaydının yapılacağı açıklandıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan sözlü ve yazılı onam alınmıştır. Hasta ve araştırmacının yalnız bulunduğu sessiz bir odada gerçekleştirilen görüşmeler 59 ile 118 dakika arasında sürmüştür (ortalama=74 dakika). Görüşmeler katılımcı izni ile ses kayıt cihazında (SONY ICD-PX333) kaydedilmiştir.

Araştırma Planı ve Takvimi

Nitel araştırmanın planı ve takvimi Şekil 3’de verilmiştir.

Şekil 3.

Araştırmanın nitel aşama planı ve takvimi



Verilerin Analizi ve Yorumlanması

Araştırmacı tarafından ses kayıt cihazı ile kaydedilen görüşmeler her görüşme sonrası hasta ismi kullanılmadan deşifre edilmiştir. Görüşmelerden toplam 127 sayfa (33625 kelime) veri elde edilmiştir. Çalışma verilerinin analizinde içerik analiz yöntemi kullanılmıştır. İçerik analizde amaç toplanan verileri açıklayabilecek kavramlara ve kavramlar arasındaki ilişkilere ulaşmaktır (Graneheim, & diğ., 2017). Çalışma Creswell’in nitel araştırma veri analizi basamakları; verilerin analiz için

hazırlanması, verilerin tamamını okuma, verilerin kodlanması, tema oluşturma, temaların bağlantılarını kurma ve temaların yorumlanması temel alınarak analiz edilmiştir (Creswell, 2013). Son olarak, anlam birimleri karşılaştırılmış ve içerikteki benzerlik ve farklılıklara göre temalara ayrılmıştır. Verilerin analizinde MAXQDA 2020 programı kullanılmıştır.

Araştırmanın Güvenilirliği

Genel bir kural olarak, farklı kodlayıcılar tarafından kodlanan veri setinin benzerlik oranı önemlidir. Bu benzerlik oranı, nitel araştırmaların güvenilirliğini de belirlemektedir. Araştırma verilerinin güvenilirliği için veriler 2 yazar ve araştırma dışından 2 nitel araştırma uzmanı tarafından analiz edilmiştir. Bu benzerlik Miles ve Huberman modelinde iç tutarlılık olarak adlandırılır ve kodlayıcılar arasındaki görüş birliği olarak kavramsallaştırılır. Kodlayıcılar arası görüş birliğinin en az %80 olması beklenmektedir (Miles & Huberman, 1994). Çalışmada kodlayıcılar arası görüş birliği (iç tutarlılık= Δ) 0,83 olarak bulunmuştur. Çalışmanın yapılandırılması ve rapor edilmesi kısmında, Niteliksel Araştırmayı Raporlamak için Konsolide Kriterler Kılavuzu (COREQ-Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) kullanılmıştır (Tong, & diğ., 2007).

Araştırmacının Yeterliliği

Araştırmacı araştırmayı yürütebilmek ve nitel araştırma konusunda yeterlik kazanmak amacıyla ders ve eğitimler almıştır.

- BİS701 İleri Araştırma Yöntemleri dersi,
- HEM701 Hemşirelikte Araştırma Yöntemleri ve Epidemiyoloji dersi,
- Online Nitel Araştırma Yöntemleri Eğitimi (9-11 Ağustos 2019) (EK 5),
- Online Maxqda ile Nitel Veri Analizi Eğitimi (30-31 Ağustos-1 Eylül 2019) (EK 6),
- Maxqda ile Nitel Veri Analizi Eğitimi (23-25 Nisan 2021), (EK 7)

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın herhangi bir sınırlılığı bulunmamaktadır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için, Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay (YDU/2020/76-1008) (EK 8), araştırmanın yapılacağı hastaneden kurum izni (EK 9) ve çalışmaya katılan hastalardan araştırmanın amacı ve tasarımı hakkında bilgilendirilerek yazılı onam (EK 1) alınmıştır.

BÖLÜM IV

Bulgular ve Yorumlar

BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın nitel bölümünün araştırma problemine açıklık getirmesi adına yapılan görüşmelerden elde edilen bulgular sunulmuştur. Katılımcılar K1’den K10’a kadar kodlanmıştır. Katılımcılara ilişkin demografik veriler Tablo 1 ve Tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 2.

Katılımcı Profili

Katılımcı Kodu	Cinsiyet	Yaş	Boy	Kilo	Medeni durum	Eğitim Durumu	Mesleği/Çalışma durumu	Sosyal güvence varlığı	Gelir durumu	Yaşadığı yer
K1	Kadın	55	168	57	Evli	Yüksek lisans /Doktora	Öğretim üyesi	Var	Gelir gidere göre yüksek	İl
K2	Erkek	22	175	70	Bekâr	Lise	Öğrenci	Yok	Gelir gidere denk	Belde /Köy
K3	Erkek	33	174	80	Evli	Ortaokul	Serbest meslek	Yok	Gelir gidere denk	Belde /Köy
K4	Erkek	26	178	66	Bekâr	Yüksekokul /Fakülte	Çalışmıyor	Yok	Gelir giderden az	Belde /Köy
K5	Kadın	49	154	78	Evli	İlkokul	Serbest meslek	Var	Gelir gidere denk	Belde /Köy
K6	Kadın	53	162	62	Evli	Lise	Ev Hanımı	Var	Gelir gidere denk	Belde /Köy
K7	Erkek	45	168	75	Evli	Ortaokul	İşçi	Var	Gelir gidere denk	İl
K8	Kadın	51	182	70	Evli	Yüksekokul /Fakülte	Ev Hanımı	Yok	Gelir gidere denk	Belde /Köy
K9	Erkek	31	168	63	Bekâr	Yüksekokul /Fakülte	Çalışmıyor	Yok	Gelir gidere denk	İlçe
K10	Kadın	60	153	78	Evli	İlkokul	Ev Hanımı	Var	Gelir gidere denk	İlçe

Tablo 2.*Katılımcı Profili (Devamı)*

Belge adı	Yaşadığı ev tipi	Daha önce alçı uygulanma durumu	Kırığın olduğu bölge	Daha önce kırık deneyimi olma durumu	Alçı uygulanan bölge	Baskın kullanılan bacak	Alçı ve evde bakıma yönelik bilgi alma durumu	Varsa bilgi alınan yer	Kırığın nedeni	Daha önce alçı uygulaması ile ilgili bilgi sahibi olma durumu	Bilgi alınan kişi
K1	Apartman dairesi	Hayır	Ayak bileği	Hayır	Kısa bacak	Sağ	Kısmen	Okudum	Düşme	Evet	Doktor
K2	Müstakil ev	Evet	Ayak	Evet	Kısa bacak	Sağ	Evet	Önceki deneyim	Trafik kazası	Evet	Doktor
K3	Müstakil ev	Evet	Ayak bileği	Evet	Kısa bacak	Sol	Kısmen	Önceki deneyim	Düşme	Evet	Doktor
K4	Müstakil ev	Hayır	Ayak bileği	Hayır	Uzun bacak	Sağ	Hayır		Düşme	Hayır	
K5	Apartman dairesi	Hayır	Ayak	Hayır	Kısa bacak	Sağ	Hayır		Düşme	Evet	
K6	Müstakil ev	Evet	Ayak bileği	Evet	Uzun bacak	Sağ	Evet	Hasta yakını	Düşme	Evet	Personel
K7	Apartman dairesi	Hayır	Ayak	Hayır	Kısa bacak	Sağ	Evet	Okudum	Düşme	Evet	Doktor
K8	Apartman dairesi	Evet	Ayak bileği	Evet	Uzun bacak	Sağ	Kısmen	Önceki deneyim	Düşme	Evet	Doktor
K9	Apartman dairesi	Hayır	Ayak bileği	Hayır	Kısa bacak	Sağ	Kısmen		Düşme	Hayır	Doktor
K10	Apartman dairesi	Hayır	Ayak	Hayır	Kısa bacak	Sağ	Evet	Okudum	Düşme	Evet	Doktor

Toplamda 10 katılımcıya ait demografik veriler Tablo 1 ve Tablo 2’de sunulmuştur. Araştırmaya katılan katılımcıların 5’i kadın 5’i erkektir ve yaş aralıkları 22 ile 60 arasındadır. Katılımcıların boyları 153 ve 182 arasında, kiloları ise 57 ve 80 arasında değişmektedir. Bireylerin 3’ü bekâr 7’si evlidir. Araştırmaya katılan katılımcıların 2’si ilkokul, 2’si ortaokul, 2’si lise, 3’ü yüksek okul/fakülte ve 1’i doktora mezunudur. Bireylerin 3’ü ev hanımı, 2’si serbest meslek sahibi, 2’si çalışmıyor, 1’i öğretim üyesi, 1’i öğrenci ve 1’i işçidir. Katılımcıların 5’i sosyal

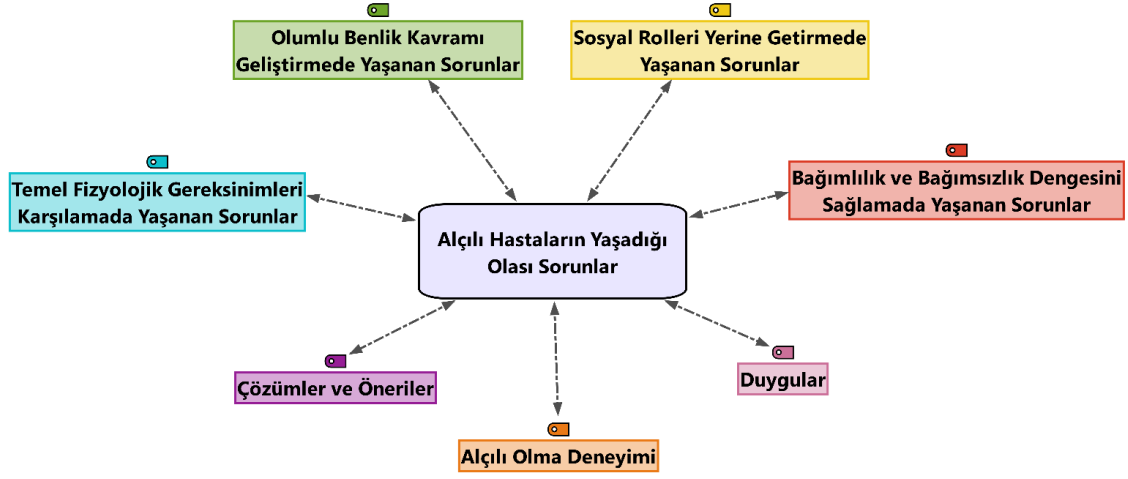
güvenceye sahiptir. Katılımcıların gelir durumuna göre dağılımlarına baktığımızda 1'inin geliri giderden az, 8'inin geliri gidere denk ve 1'inin geliri gidere göre yüksek durumdadır. Katılımcıların 6'sı belde/köyde, 2'si ilçede ve 2'si ilde yaşamaktadır. Katılımcıların 6'sı apartman dairesinde, 4'ü müstakil evde yaşamaktadır.

Katılımcıların 4'ü daha önce kırık deneyimi yaşamışken, 6'sı daha önce kırık deneyimi yaşamamış ve 4'üne daha önce alçı uygulanmıştır. Bireylerin 9'unda düşme sonucu 1'inde ise trafik kazası sonucu kırık oluşmuştur. Katılımcıların 4'ünün ayağı, 6'sının ayak bileği kırılmış olup 7'sinin kısa bacak bölgesine, 3'ünün ise uzun bacak bölgesine alçı uygulanmıştır. Araştırmaya katılanların 8'i daha önceden alçı uygulamasına yönelik bilgi sahibidir. Bilgiye sahip olan 8 katılımcının 3'ü bilgiyi okuyarak, 3'ü önceki deneyimlerinden ve 2'si hasta yakınlarından aldığını ifade etmişlerdir. Araştırmaya katılan katılımcıların 4'ü alçı ile ilgili evde bakıma yönelik dikkat edilmesi gerekenler hakkında bilgi verildiğini ifade ederken 2'si herhangi bir bilgi almadığını ifade etmiştir. 4 katılımcı ise alçı ile ilgili evde bakıma yönelik dikkat edilmesi gerekenler hakkında kısmen bilgi verildiğini ifade etmiştir. Bilgi alan ve kısmen bilgi alan toplam 8 katılımcıdan 7'si bilgiyi doktordan ve 1'i bilgiyi personel aldığını ifade etmiştir.

Çalışma Şekil 4'te görüldüğü üzere 7 tema altında toplanmıştır. Bu temalar; temel fizyolojik gereksinimleri karşılamada yaşanan sorunlar, olumlu benlik kavramı geliştirmede yaşanan sorunlar, sosyal rolleri yerine getirmede yaşanan sorunlar, bağımlılık ve bağımsızlık dengesini sağlamada yaşanan sorunlar, duygular, alçılı olma deneyimi ile çözümler ve önerilerdir.

Şekil 4.

Alçılı Hastaların Yaşadığı Sorunlara Yönelik Temaların Gösterimi

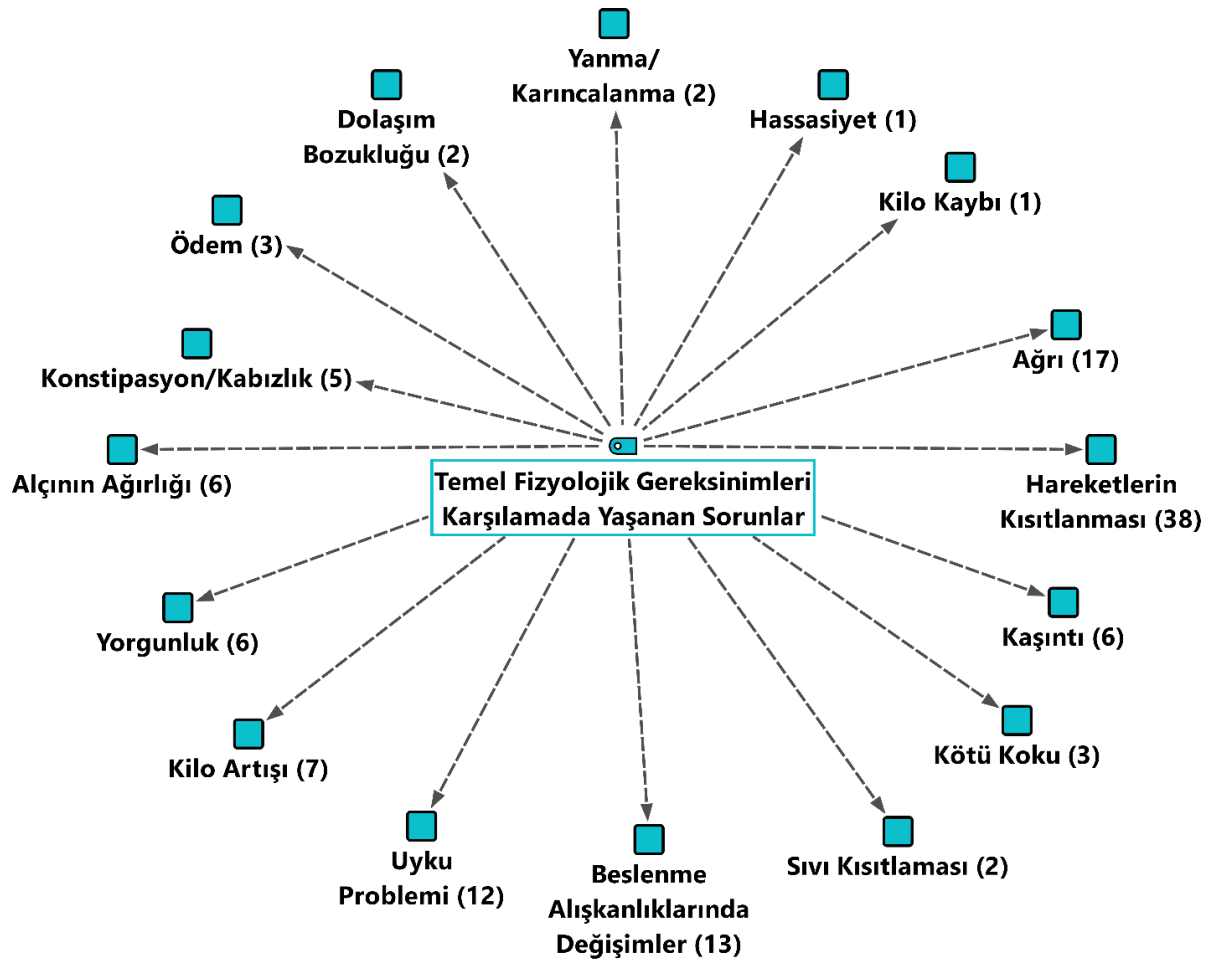


Temel Fizyolojik Gereksinimleri Karşılamada Yaşanan Sorunlar

Araştırmanın ilk teması olan temel fizyolojik gereksinimleri karşılamada yaşanan sorunlara ait kod alt kod modeli Şekil 5’te görülmektedir. Temel fizyolojik gereksinimleri karşılamada yaşanan sorunlar teması katılımcı ifadeleri doğrultusunda; hareketlerin kısıtlanması, ağrı, beslenme alışkanlıklarında değişim, uyku problemi, kilo artışı, alçının ağırlığı, kaşıntı, yorgunluk, konstipasyon/kabızlık, kötü koku, ödem, yanma/karıncaalanma, dolaşım bozukluğu, sıvı kısıtlaması, kilo kaybı ve hassasiyet olmak üzere 16 kod ile ifade edilmiştir.

Şekil 5.

Temel Fizyolojik Gereksinimleri Karşılamada Yaşanan Sorunlar Temasına Ait Kod Alt Kod Modeli



Katılımcılar tarafından temel fizyolojik gereksinimleri karşılamada yaşanan sorunlar temasında yoğun olarak ifade edilen kod hareketlerin kısıtlanmasıdır.

Katılımcılar alçı olmadan önce yaşamlarını çok daha rahat sürdürebildiklerini, ne kadar özgür olduklarını, ev işlerini daha kolay yapabildiklerini ifade etmişlerdir. K5, K6, K7 ve K9 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

"Eskisi kadar çıkamadım. Yani şimdi 10 defa gittiğim bir yer olurdu bir defa gidiyordum. Ya arabayla gidiyordum yürüyüp gidiyordum arabaya binmeye ya da karşı komşuya yürüyerek yavaş yavaş gidiyordum. Nerede koşarak gidip her şeyimi alıp gelip yapmak vardı nerede böyle geri geriye biraz şey oldu, çünkü ayağımdan kaynaklandı bu." (K5)

"Yani mesela, of mesela şimdi mesela ben alışverişi hiç sevmem. Şimdi iyi olsam da çıksam ben bir alışverişe gitsem, yok kıyafet bakarım, ayakkabı alırım. Ama ondan sonra da ben hiç bunları yapmadım ama o an onları canım çekerti ya da arkadaşlarla bir Girne turu atsak bilmem ne. Ama ondan sonra da hiç arkadaşlara demedim, çıkalım gidelim bir Girne turu atalım. Demek ki kısıtlanmış olmak insana bazı şeyleri canını çektirir. Yani yasaklar tatlıdır ya onlar benim için o an yasaktı, çünkü yapamazdım. Onlar bana tatlı gelirdi ama ondan sonra hiçbirinde yapmak aklıma gelmedi." (K6)

"Böyle yani şimdi bir şey yapmak istiyorsunuz kısıtlı kalıyorsunuz, yani hareket edip şey yapamıyorsunuz. Mesela gece buradan çıktım ihtiyacım var kimseye söyleyemiyordum yani 15 gün sonra ben kendim gezmeye başladım. Ya dedim köpekleri gördüm yani şimdi bunlardan biri sizi kovalasa ne yapabilirsiniz yani hiçbir şey yapamazsınız, yani parçalar sizi gider, kaçamazsınız. Hatta dedim çocuklar diyor ki değneklerin var. Kolay mı öyle ya, yani zor ya bence yani alçılı olmak da zor yani iyi bir şey değil ya, zor bir şey ya. Gerçekten zor yani." (K7)

"Yani yürüyüşümden tutunda, tuvalete gitme, ev içindeki hareketlerim ya da işte evde tekken. Örnek veriyorum bir şeye ihtiyacım var bir marketten bir şey alacağım, alamıyorum, gidemiyorum. Çünkü üstüne basmamam gerekiyor yük vermemem gerekiyor ya da işte ne bileyim, banyo yaparken etkileniyorsunuz, her konuda etkileniyorsunuz. Yani ben en çok, etkilendiğim şey oldu, banyo yaparken yani beni en çok etkilediği. Çünkü o dönem birazcık da yaz yani kış değildi, benim ayağım kırıldığında yaz dönemine denk gelmiştim. Sıcaktı, e her gün duş almamız

yani duş almak gerekiyor, banyo yapmak gerekiyor o yüzden çok zorlamıştım ilk başlarda.” (K9)

Temel fizyolojik gereksinimleri karşılamada yaşanan sorunlar temasında katılımcılar tarafından yoğun olarak ifade edilen diğer kod ağrı kodudur. Katılımcılar uzun süre oturmak zorunda oldukları için bedensel ağrı yaşadıklarını ifade etmişlerdir. K1 ve K4 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

“Özellikle omuzlarımda ve kollarımda. Çünkü kırık olan, alçı uygulanan ayağıma basmadığım için sekerek hareket ediyordum. Sekerek hareket ettiğim için ve walkerla yürüdüğüm için, üst beden kaslarımda walkera ağırlık verdiğimden dolayı, kollarımı kullandığım için, üst tarafta omuzlarımda ve kollarımda, üst kolda ağrım çok oldu.”(K1)

“Belim de sırtımda oturuş pozisyonundan dolayı mıdır artık nedir bilmiyorum iki tane yastık koyardım arkama, boynuma kadar yastıkla doldururdum ve gene hala daha belim ve sırtım ağrır yani.”(K4)

Temel fizyolojik gereksinimleri karşılamada yaşanan sorunlar temasında katılımcılar tarafından ifade edilen diğer kod beslenme alışkanlıklarında değişim kodudur. Katılımcılar sürekli dinlenme ve yatma durumunda oldukları için yeme isteklerinin arttığını ifade etmişlerdir. Bazı katılımcılar ise sağlıklı ve düzenli beslenmeye önem gösterdiklerini ifade etmişlerdir. K3 ve K10 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

“İnsan yani yatakta olunca da sıkılıyor yani yapacak hiçbir şey yok bilmiyorum yani durmadan habire bir şeyler yiyilip içiliyor.” (K3)

“Ya biraz kısıtlamalarım, kısıtlıklarım oldu çünkü ben yatınca kilo almaya da başladım onun için. Ben sıvı tüketemiyordum, bu ara doktor bana çok sıvı tüket falan ödem olmasın diye sıvı falan tükettim. Su alışkanlığım yoktu, su içmek, onlar oldu. Daha bir yönden su içmeye falan da başladım ondan sonra bazı şeylerden daha böyle yapmaya başladım su içme alışkanlığım ama az beslenmeye çalıştım çünkü ben kilolu olduğum için yatınca daha çok kilo almaya başladım. Onun için yemekleri kısıp bol sıvı tüketmeye çalıştım. Çorbadır, sudur öyle şeyler.” (K10)

Temel fizyolojik gereksinimleri karşılamada yaşanan sorunlar temasında katılımcılar tarafından ifade edilen diğer kod uyku problemleri kodudur. Katılımcılar alçıdan dolayı sürekli dinlenmek ve yatmak durumunda oldukları için uyku düzenlerinde değişiklik olduğunu ifade etmişlerdir. K4 ve K9 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

"Tabii, ben normalde yani yazdaydık zaten en az 2-3 de uyurdum yani belki de sabaha karşı uyurdum ailemle şey okey falan oynardık ayağımı kırdığının an ilk gün çocuğun doğum günüdür diye geç yattım. İkinci gün saat 9da yatırdım 9.30, 10 olmazdı yani 9-9 buçuk hopp uyurdum. Sabah da 7 buçuk sekize doğru uyanırdım, gözlerim tavanda." (K4)

"Yani uyku düzenimi şöyle etkiledi ilk 10-15 gün sürekli yattığım için. Mesela işte telefonla oynuyorsunuz ya da ne bileyim televizyon izliyorsunuz ya da işte bilgisayarla oynuyorsunuz falan. Ama bir zaman sonra sıkıyor tabii 1 saat, 2 saat, 3 saat sıkılıyorsunuz. Gece uykularımda birazcık şaştı. Yani uyku düzenim birazcık şaştı. İşte mesela gece bazen 3e 4e kadar uyuyamadığım oluyordu. Ama gündüz uyuduğum için muhtemelen, gündüz mesela 2 saat 3 saat bazen 5 saat uyuyordum. O yüzden oldu diye düşünüyorum. Daha sonra tabii ki düzene girdi ama o 15-20 günlük dönemde birazcık uyku düzenimi kötü etkiledi, bozuldu uyku düzenim." (K9)

Temel fizyolojik gereksinimleri karşılamada yaşanan sorunlar temasında katılımcılar tarafından ifade edilen diğer kod kilo artışı kodudur. Katılımcılar yine alçılı olmanın getirdiği hareketsizlik ile kilo artışı yaşadıklarını ifade etmişlerdir. K7 ve K9 kodlu katılımcıların konu ile ilgili görüşleri şu şekildedir:

"O yüzden normalde mesela bu yaşıma geldim ben 69 kiloyu geçmedim hiç 70 kiloyu. Burada 75 kilo oldum belki şimdi biraz daha da çıkmışımıdır belki de 76 oldum fark ediyorum yani pantolonumun şeyini zor ilikliyorum. Önceden rahattı dedim bayağı kilo almışım dedim ben ya." (K7)

"Çünkü hep oturduğum yerden işte yiyip içince, birde sıkılıyor insan yani günlük yaşantınıza devam edemediğiniz için bir şekilde işte sıkıntıdan yiyorsunuz içiyorsunuz, ne bileyim kilo aldım birazcık, 5-6 kilo aldım." (K9)

Ayrıca K2 kodlu katılımcı strese bağlı kilo kaybı yaşadığını aşağıdaki şekilde ifade etmiştir.

“Ya iştahım fazla kalmadı bayağı bir zayıflamaya başladıydım o da ben düşünüyorum ki psikolojikmen.” (K2)

Temel fizyolojik gereksinimleri karşılamada yaşanan sorunlar temasında katılımcılar tarafından ifade edilen diğer kod alçının ağırlığı kodudur. Hareketsiz kalmak zorunda olmalarının yanı sıra alçının ağırlığı ile bazı temel gereksinimlerini karşılayamadıklarını ifade eden katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

“Yani şöyle şu kadarını söyleyeyim dalamıyordum çünkü ayağımda hep bir ağırlık var yani, insan sağa dönemiyor sola dönemiyor, yani hep bir ağırlık olduğu için insanda bir süre sonra şey oluyor yani bir sıkıntıymış gibi gözüküyor.” (K3)

“Şimdi alçı çok ağır, bir defa yaşadım. İkinci kez yaşayacağım, strese gireceğim, bende de ben strese, kapalı bir ortama giremem. Ben çok şeyim nasıl böyle hareketli bir insanım, kendimi kısıtlayamam yani.” (K5)

Temel fizyolojik gereksinimleri karşılamada yaşanan sorunlar temasında katılımcılar tarafından ifade edilen diğer kod kaşıntı kodudur. Alçının olduğu bölgenin bir süre sonra kaşıntı yaptığını ve bu durumdan rahatsız olduklarını ifade eden katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

“Kaşıntı çok yaşadım son zamanlarda yani alçı takıldıktan bir 10 gün 15 gün sonra yani 10 günden sonra kaşıntı başladı.” (K3)

“Ya şöyle kaşıntı çok oldu çünkü sanırım terlediği için çok kaşıntı yapıyor orası.” (K9)

Temel fizyolojik gereksinimleri karşılamada yaşanan sorunlar temasında katılımcılar tarafından ifade edilen diğer kod yorgunluk kodudur. Katılımcılar ağrı ve alçının ağırlığı gibi sebepler ile sürekli yorgun olduklarını ifade etmişlerdir. K4 ve K8 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

“Sırtımdan dolayı çok olurdu, sırtım ağırırdı ve sürekli uyum da gelirdi, bilmem.” (K4)

“Hemen yattım, uyudum. Gerçekten de sanki de savaştan çıkmış gibiydim yani.” (K8)

Temel fizyolojik gereksinimleri karşılamada yaşanan sorunlar temasında katılımcılar tarafından ifade edilen diğer kod konstipasyon/kabızlık kodudur. Katılımcılar hareketsizlik ve beslenme düzenlerinde yaşanan değişim ve stres ile birlikte konstipasyon problemi yaşadıklarını ifade etmişlerdir. K3 ve K9 kodlu katılımcının konu ile ilgili ifadesi şöyledir:

“İlk zamanlar bayağı bir sıkıntılar yaşadım yani. Tabii eve gittiğim zaman yani ayağım alçıya alınıp evime gittikten sonra, kendi evime gittikten sonra sıkıntılar yaşamadım çok rahat kaldım.” (K3)

“Ya ilk başlarda birazcık korkudan diye düşünüyorum, stresten kaynaklı da olabilir bilemiyorum ama ilk başlarda tuvalete çıkmakta zorluk çektim, yani ilk başlarda dediğim bir 5-6 gün yani kabızlık oldu ilk başlarda.” (K9)

Temel fizyolojik gereksinimleri karşılamada yaşanan sorunlar temasında katılımcılar tarafından ifade edilen diğer kod kötü koku kodudur. Katılımcılar beden temizliğini tam olarak yapamadıkları için alçılı olan bölgede kötü koku oluştuğunu ifade etmişlerdir. K4 ve K kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

“Ayağımın kenarında kötü koku da oldu o beni çok rahatsız ederci zaten yani alçı değil alçıyı çıkardıktan sonra oldu yani. O kokuyu alçıyı çıkardıktan sonra hissettim.” (K4)

“İşte koku düşünüyordum, koku olabilir diye ama koku çok öyle dışarıya gelen bir kötü pis koku yoktu ama tabii ki o alçı değiştiği zaman açıldığında, evet kötü kokuyordu yani.” (K9)

Temel fizyolojik gereksinimleri karşılamada yaşanan sorunlar temasında katılımcılar tarafından ifade edilen diğer kod ödem kodudur. Katılımcılar yine hareketsizlik ve alçının baskısı ile birlikte ödem problemi yaşadıklarını ifade etmişlerdir. K1 ve K9 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Sadece parmaklarımda bazen şişme oluyordu, ayak parmaklarımda. Ayağımı yükseltiyordum.” (K1)

“Şey bir de mesela bazen ayağım alçıya yani bacağım alçıya baskı, muhtemelen ödemden diye düşünüyorum, baskı yapıyor gibi oluyordu.” (K9)

Temel fizyolojik gereksinimleri karşılamada yaşanan sorunlar temasında katılımcılar tarafından ifade edilen diğer kod yanma/karınalanma kodudur. Katılımcılar alçının ağırlığı ve havasız bırakması sebebiyle karınalanma, batma ve yanma problemleri yaşadıklarını ifade etmişlerdir. K7 ve K8 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

"Ayağımın altı sanki böyle karınalanma gibi oluyordu, batmalar oluyordu, basamıyordum ilk zamanlar." (K7)

"Böyle bir elektrik tepmesi değil de yanma oluyordu. Böyle bir sürtünmenin getirdiği bir yanma gibi bir durum oluyordu." (K8)

Temel fizyolojik gereksinimleri karşılamada yaşanan sorunlar temasında katılımcılar tarafından ifade edilen diğer kod dolaşım bozukluğu kodudur. Katılımcılar damarlarının incelendiğini ve dolaşım problemleri yaşadıklarını ifade etmişlerdir. K4 ve K9 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

"Ondan sonra damarım çok inceldiydi aşırı derecede yani damarım dışarıdan görürdüm neredeyse öyle yani" (K4)

"Yani muhtemelen orada dolaşımında etkileniyordur yani genel olarak bu iki şikâyetim vardı." (K9)

Temel fizyolojik gereksinimleri karşılamada yaşanan sorunlar temasında katılımcılar tarafından ifade edilen diğer kod sıvı kısıtlaması kodudur. Araştırmaya katılan bireyler alçı nedeniyle temel gereksinimlerini karşılamada zorlandıkları için daha az sıvı tükettiklerini belirtmişlerdir. Katılımcılar bu konudaki görüşlerini aşağıdaki gibi açıklamışlardır:

"Bu arada şeyde ben sürekli su tüketen bir insanım yani günde 3 litre falan su içerim su alışkanlığımda gittiymiş yani." (K4)

"Ya ilk başlarda daha az su içersem, daha az tuvalete giderim gibi düşünüyordum." (K9)

Temel fizyolojik gereksinimleri karşılamada yaşanan sorunlar temasında K4 kodlu katılımcı tarafından ifade edilen diğer kod hassasiyet kodudur. K4 kodlu katılımcının ifadesi şöyledir:

"Bir de şey problemi yaşıyorum. Şimdi havalar soğumaya başladı, çok kötü ağrı girer sızı girer yani." (K4)

Tablo 3.

Katılımcı Profiline Göre Temel Fizyolojik Gereksinimleri Karşılamada Yaşanan Sorunlar Teması

Kod Sistemi	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10
Temel Fizyolojik Gereksinimleri Karşılamada Yaşanan Sorunlar										
Hareketlerin Kısıtlanması										
Ağrı										
Beslenme Alışkanlıklarında Değişimler										
Uyku Problemi										
Kilo Artışı										
Kilo Kaybı										
Alçının Ağırılığı										
Kaşınrı										
Yorgunluk										
Konstipasyon/Kabızlık										
Kötü Koku										
Ödem										
Yanma/Karıncalanma										
Dolaşım Bozukluğu										
Sıvı Kısıtlaması										
Hassasiyet										

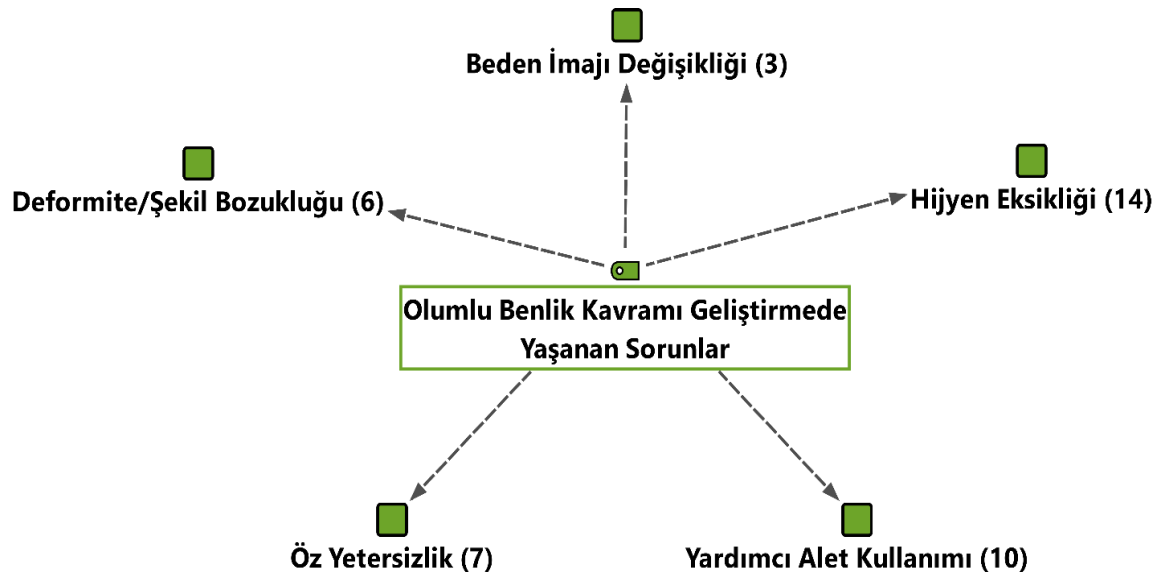
Temel fizyolojik gereksinimleri karşılamada yaşanan sorunlar ile ilgili katılımcı görüşlerini katılımcı bazlı incelediğimizde Tablo 3’de görüldüğü üzere katılımcılar farklı konularda farklı yoğunluklarda görüş bildirmişlerdir. Tablo 3’e göre en yoğun görüşleri K7 kodlu katılımcı vermiştir. Kod bazlı baktığımızda ise en yoğun görüşler hareketlerin kısıtlanması ve ağrı kodları üzerinedir.

Olumlu Benlik Kavramı Geliştirmede Yaşanan Sorunlar

Araştırmanın ikinci teması olan olumlu benlik kavramı geliştirmede yaşanan sorunlara ait kod alt kod modeli Şekil 6'da görülmektedir. Olumlu benlik kavramı geliştirmede yaşanan sorunlar teması katılımcı ifadeleri doğrultusunda; hijyen eksikliği, yardımcı alet kullanımı, öz yetersizlik, deformite/şekil bozukluğu ve beden imajı değişikliği olmak üzere 5 kod ile ifade edilmiştir.

Şekil 6.

Olumlu Benlik Kavramı Geliştirmede Yaşanan Sorunlar Temasına Ait Kod Alt Kod Modeli



Katılımcılar tarafından olumlu benlik kavramı geliştirmede yaşanan sorunlar temasında yoğun olarak ifade edilen kod hijyen eksikliğidir. Katılımcılar banyo yapma ve duş almakta zorlandıklarını, destek almak zorunda kaldıklarını ve bazı katılımcılar da banyo yapamadıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

"Evde en çok banyo yaparken zorlanıyordum orda da eşim yardımcı oluyordu. Alçının üzerine streç filmle iyice sarıyorduk ıslanmasın diye ve yine banyo sırasında alçılı olan ayağımın altına tabure koyarak yükseltip, suyun akmasına oraya girmemesine, temas etmemesine dikkat ediyordum" (K1)

"Ha banyo olayını yapmadım. Total ayağım alçıda olduğu süre içerisinde 1 kez saçımı yıkayabildim. Alçıya alındı, ertesi gün saçımı boyadı arkadaşım sağ olsun durdu yanımda kafamı da yıkadı ki o da yarı buçuk oldu ama olsun. Yani bir başımı yıkayabildim. Ondan sonra 1 hafta sonra banyomu yapabildim" (K8)

"Evet, evet değiştirdi, daha az banyo yaptım. Yani dediğim gibi yaz dönemine yani sıcaklara denk gelmişti. Mesela dışarıya daha önce gün içinde dışarı çıkıyordum geliyordum, duş alıyordum ya da akşam bir yere çıkacakken ikinci kez duş aldığım oluyordu. Ama alçılıyken mesela iki günde bir duş alıyordum yani her gün ya da iki günde 2 kere falan duş alamıyordum." (K9)

Olumlu benlik kavramı geliştirmede yaşanan sorunlar temasında katılımcılar tarafından yoğun olarak ifade edilen diğer kod yardımcı alet kullanımı kodudur. Alçıya alışkın olmadıkları için bedensel aktivitelerini gerçekleştirirken yardımcı alet kullanmak zorunda kaldıklarını ifade eden katılımcıların ifadeleri şöyledir:

"Hemen kullanamadım yani şu kadarını söyleyeyim yani geri bazen düştüğüm de oldu tabii kırkayağımın üstüne değil ama alışana kadar mesela tek başıma çok zorlandım ilk kullandığım zamanlar koltuk değneklerini." (K3)

"Ben zaten alçı çıktıktan sonra işte ilk 1 hafta gene walkerla yarım ayak üzerinde durarak, işte bir sonraki hafta biraz daha ayağımı indirerek. Bir 15 günde walkerla tekrar evin içinde alçı çıktıktan sonra dolandım." (K6)

Olumlu benlik kavramı geliştirmede yaşanan sorunlar temasında katılımcılar tarafından ifade edilen diğer kod öz yetersizlik kodudur. Kendilerini kısıtlı hissettikleri ve kendi temel ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kaldıklarını ifade eden katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri aşağıdaki gibidir:

"Alçılıyken, öncelikle kendimi çok kısıtlı ve sınırlanmış hissettim. Birden panik oldum. Alçıyla yaklaşık 1,5 ay kalacağımı öğrenince bu süre içerisinde planladığım işleri yapamayacaktım onun paniğini yaşadım. Hareket kısıtlılığı olacağı için işte üzerine basmamam gerekiyordu 1,5 ay süresince basmayacağım söylendi." (K1)

"O biraz etkiledi beni çünkü onunda bir oğulcuğu var özel engelli bir oğulcuğu var ve o kadar işinin içinde bana da hem gelip misafirlerimle ilgilenmesi,

hem yemek yapıp getirmesi. Evde çocukları ile ben eşimle herkes çekildikten sonra darı patlatıp yiyecek olsalar bizim için de patlatırlar bir çanak alıp getirirlerdi bize o kadardır yani. Bu biraz beni şey yaptı yani ağır bir yük gibi bindi üstüme." (K6)

Katılımcılar alçının vermiş olduğu baskı ile alçılı olan bölgenin zayıf kaldığını ve şekil bozukluğuna uğradığını ifade etmişlerdir. Olumlu benlik kavramı geliştirmede yaşanan sorunlar temasında katılımcılar tarafından ifade edilen diğer kod deformite/şekil bozukluğu kodudur. Katılımcılar bu konudaki görüşlerini aşağıdaki gibi açıklamışlardır:

"Düşünmedim, ama alçı çıktıktan sonra yani şöyle bir alçısız ayağıma bakıyordum bir alçılı ayağıma, alçılı ayağım bayağı zayıflamıştı ya artık hareketsizlikten bayağı bir incelmışti yani çok fark ediyordu." (K3)

"Öncelikle şunu da söyleyeyim, ayağım aşırı derecede zayıflamıştı ve alçı çıktığında bu nedir dedim bir kere öyle bir duygusal çöküşe girdim yani ve yani çok etkilendim ayağım hala daha zayıftır, gerçekten yani güçsüz hissedirim ayağımı. O durumdan etkilendim, başka ne diyeyim." (K4)

Olumlu benlik kavramı geliştirmede yaşanan sorunlar temasında katılımcılar tarafından son olarak ifade edilen kod beden imajı değişikliği kodudur. Katılımcılar alçılı oldukları süre boyunca istedikleri kıyafetleri rahatça giyemediklerini ve alçıya uygun kıyafetler tercih etmek zorunda kaldıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri:

"Alçılıyken bedenim, beden imajım tabii ki biraz olumsuz olarak etkilendi. Örneğin işte kıyafet giydiğinizde, hani dar olan pantolonu alçılı bacağınız için giyemiyorsunuz veya işte çalıştığım için her gün düzenli olarak giyinip makyaj yapıp işe gidiyordum. Ama alçılı süreçte rahat giysiler hani paçası geniş olan eşofman veya pijamalar giymek ve hani sürekli bu kıyafetlerle dolaşmak biraz açıkçası sıkıcı oldu diyebilirim." (K1)

"Yürüme şeylerimi aksattı biraz. Alçı çıktıktan sonra tabi hızımı kesti, ayakkabı giyemedim. Terlikle bütün kış terlikle gezdim ben. Yansıttı tabi, o kadar da olacak yani haliyle kırıldığı için." (K5)

Tablo 4.

Katılımcı Profiline Göre Olumlu Benlik Kavramı Geliştirmede Yaşanan Sorunlar Teması

Kod Sistemi	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10
Olumlu Benlik Kavramı Geliştirmede Yaşanan Sorunlar										
Hijyen Eksikliği	●	●		●	●	●	●	●	●	●
Yardımcı Alet Kullanımı		●	●		●	●	●	●	●	●
Öz Yetersizlik	●			●		●		●	●	
Deformite/Şekil Bozukluğu	●		●	●		●		●	●	
Beden İmajı Değişikliği	●			●	●					

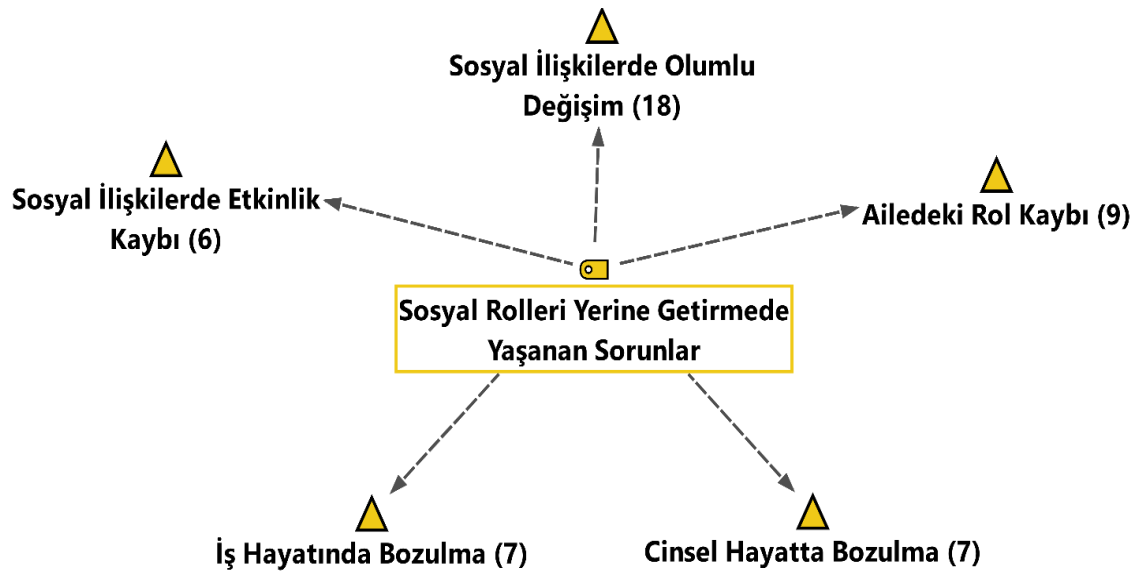
Olumlu benlik kavramı geliştirmede yaşanan sorunlar ile ilgili katılımcı görüşlerini katılımcı bazlı incelediğimizde Tablo 4'te görüldüğü üzere katılımcılar farklı konularda farklı yoğunluklarda görüş bildirmişlerdir. Tablo 4'e göre en yoğun görüşleri K4 ve K6 kodlu katılımcılar vermiştir. Kod bazlı baktığımızda ise en yoğun görüşler hijyen eksikliği ve yardımcı alet kullanımı kodları üzerinedir.

Sosyal Rollerini Yerine Getirmede Yaşanan Sorunlar

Araştırmanın üçüncü teması olan sosyal rollerini yerine getirmede yaşanan sorunlara ait kod alt kod modeli Şekil 7’de görülmektedir. Sosyal rollerini yerine getirmede yaşanan sorunlar teması katılımcı ifadeleri doğrultusunda; sosyal ilişkilerde olumlu değişim, ailede rol kaybı, cinsel hayatta bozulma, iş hayatında bozulma ve sosyal ilişkilerde etkinlik kaybı olmak üzere 5 kod ile ifade edilmiştir.

Şekil 7.

Sosyal Rollerini Yerine Getirmede Yaşanan Sorunlar Temasına Ait Kod Alt Kod Modeli



Katılımcılar tarafından sosyal rollerini yerine getirmede yaşanan sorunlar temasında yoğun olarak ifade edilen kod sosyal ilişkilerde olumlu değişim kodudur. Katılımcılar fiziksel ve psikolojik olarak çevrelerinde olan kişilerden destek aldıklarını, sosyal anlamda ilişkilerinde olumlu bir değişim olduğunu ve kendilerini değerli hissettiklerini belirtmişlerdir. K2, K7 ve K10 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

"E tabi psikolojik olarak da verdiler fiziksel olarak da verdiler sağ olsunlar hiç yalnız bırakmadılar hastanede de evde de. Mesela arkadaşlarımı anladım, kimler

yanımda kimler yanımda değil, insanları daha iyi anladım bu şekilde. Daha güveneceğim arkadaşlarıma daha çok güvenmeye başladım." (K2)

"Vallahi daha çok, işte bir tek kırıldığında arayan çok oldu yani. Kırıldığını duyan aradı, duyan aradı. Ondan önce aramıyorlardı. Kırılınca bir yerin, diyorum ya size insanın zaten bizim insanlarımızın geni öyledir, cenazede, düğünde, hastalıkta. Ya bizim insanımızın geneli böyle yani onlar için değil benim için de geçerli şimdi. Yani biri hasta olduğunda hemen koşar gidersiniz yani biz öyle gördük, öyle büyüdük. Şimdi benim de işte ayağım kırılınca bir baktım hiç tahmin etmediğim kişiler. Şimdi burada da numaramı da bilmiyorlar. Burada numaram da değiştiği için işte. O onu arıyor, ondan arıyorlar, öyle arıyorlar, böyle ulaşıyorlar." (K7)

"Ya daha ben dedim ki yani bak dedim daha bana çok değer veriyorlarmış. Yani onu anladım ben. Hani önceden sanki hani daha uzaklardı, mesela komşularım günde 1 defa arıyorsa, şimdi 3-4 defa arıyor. A diyorum, demek ki diyorum, benim diyalogum onlarla da güzelmiş, herkesle güzelmiş diyorum." (K10)

Katılımcılar tarafından sosyal rolleri yerine getirmede yaşanan sorunlar temasında ifade edilen diğer kod ailede rol kaybı kodudur. Alçılı olmadan önce aile içinde sahip oldukları tüm sorumlulukları alçılı iken yapamadıklarını belirten katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

"Yok, işte yemek yapamadım, evin temizliğini veya diğer işlere yardımcı olamadığım için zaman zaman tabi hani yük mü oluyorum, işlerimi yapamıyorum, sosyal aktivitelere eşimle beraber katılamadım hepsine. Onun yanında olamadım dışarda." (K1)

"Mesela anneme evlatlık görevimi yapamazdım, gidemezdim, bakamazdım. Çünkü annemin bakıma ihtiyacı vardı, ben gidip bakamazdım. Çocuklarım Mağusa'da okurlardı. Mesela ben ayağımı kırmadan önce her hafta çocuklarıma giderdim. İşte yemek yapıp gideyim, temizliktir şeydir yardımcı olayım. Hiçbir şey yapamazdım, yardımcı olamazdım kendilerine. Yani evin alışverişi, her şeyi eşime kaldıydı ki hep ben yapardım bunları. Araba da sürdüğüm için hep bendeydi, her şey ona kaldıydı. Yani kısacası benim üstümde olan her şey ters tepti hep bir anda." (K6)

Katılımcılar tedavi süreci içerisinde eşleri ile ayrı yatmak durumunda kaldıklarını ve bu sebeple cinsel yaşamlarında değişiklik olduğunu ifade etmişlerdir. Sosyal rolleri yerine getirmede yaşanan sorunlar temasında cinsel hayatta bozulma olarak kodlanan konuya ilişkin katılımcı ifadeleri şöyledir:

"Evet, çünkü hani alçılı olduğunuz için bacağınız alçılı olduğu için, ya zarar görürse diye başta endişelerimiz oldu." (K1)

"E ayağımdan dolayı yani. Yatağa gidemiyorum beyefendi tek başına yatıyordu." (K5)

Katılımcılar tarafından sosyal rolleri yerine getirmede yaşanan sorunlar temasında ifade edilen diğer kod iş hayatında bozulma kodudur. Bireylerden bazıları iş yerine gittiklerini ancak süreç içerisinde çalışamadıklarını ifade ederken, bazı bireyler süreç içerisinde hiç işe gidemediklerini ifade etmişlerdir. Katılımcılar bu konudaki görüşlerini aşağıdaki gibi açıklamışlardır:

"Evet ama orada şöyle bir şey dediğim gibi yani gidiyordum, bir şey yapamıyorsunuz, arkadaşlarınız çalışıyor siz çalışmıyorsunuz. O etkiliyor yani psikolojikmen yani, rahatsız oluyordum yani. Kimsenin bir şey dediği yok. Sonuçta benim ayağım kırılmış ama psikolojikmen yine insan etkileniyor yani. Diyorsun ki ya onlar çalışıyor sen oturuyorsun." (K7)

"Yani öğrenciyim ama yaz döneminde hani tatile giriyorum bu dönemde işte eskiden de çalışıyordum gün içinde ama bu sakatlık olduğu için kırık olduğu için çalışamadım. Zaten çalışıyordum yani bir yerde." (K9)

Katılımcılar sürekli evde dinlenmek zorunda oldukları için yakınları ile görüşemediklerini ve bu durumun sosyal ilişkilerini etkilediğini belirtmişlerdir. Sosyal rolleri yerine getirmede yaşanan sorunlar temasında sosyal ilişkilerde etkinlik kaybı kodu olarak tanımlanan koda ilişkin katılımcı ifadeleri şöyledir:

"Ben gidemedim toplantılara, benim günümde de hepsi bana geldiler. Ben davet ettim onları dedim ki bana gelin bana geldiler. Onların günleri olduğunda işte parayı yollardım ben katılamadığım için de çok üzülürdüm çünkü bir tek sosyal yaşantım odur. Arkadaşlarımla toplanmak işte, günümüz var. Ayda 1 toplanırız ve bir de doğum günlerimizde toplanırız bunların hiçbirine katılamadığıydım." (K6)

"Evet, kötü bir şans oldu ama tabii ki dediğiniz gibi yani bu pandemi sürecinde kapalı şu anda da kapalı her yer. Etkiliyor yani daha önce de evden her gün her gün çıkıp işte arkadaşlarla buluşma vesaire olmuyordu tabi ama yine de görüşüyorduk. İşte bir kahve içiyorduk, bir çay içiyorduk ne bileyim onlar tamamen yok oldu bu dönemde. O yüzden de kötü etkilendi bu süreçte yani sosyal aktivitelerim vesaire." (K9)

Tablo 5.

Katılımcı Profiline Göre Sosyal Rollerine Yerine Getirmede Yaşanan Sorunlar Teması

Kod Sistemi	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10
▼ Sosyal Rollerine Yerine Getirmede Yaşanan Sorunlar										
▼ Sosyal İlişkilerde Olumlu Değişim	●	●	●	●	●	●	●		●	●
▼ Ailedeki Rol Kaybı	●			●	●	●	●	●	●	●
▼ Cinsel Hayatta Bozulma	●			●	●	●	●			●
▼ İş Hayatında Bozulma	●	●	●	●			●		●	
▼ Sosyal İlişkilerde Etkinlik Kaybı		●		●		●	●		●	

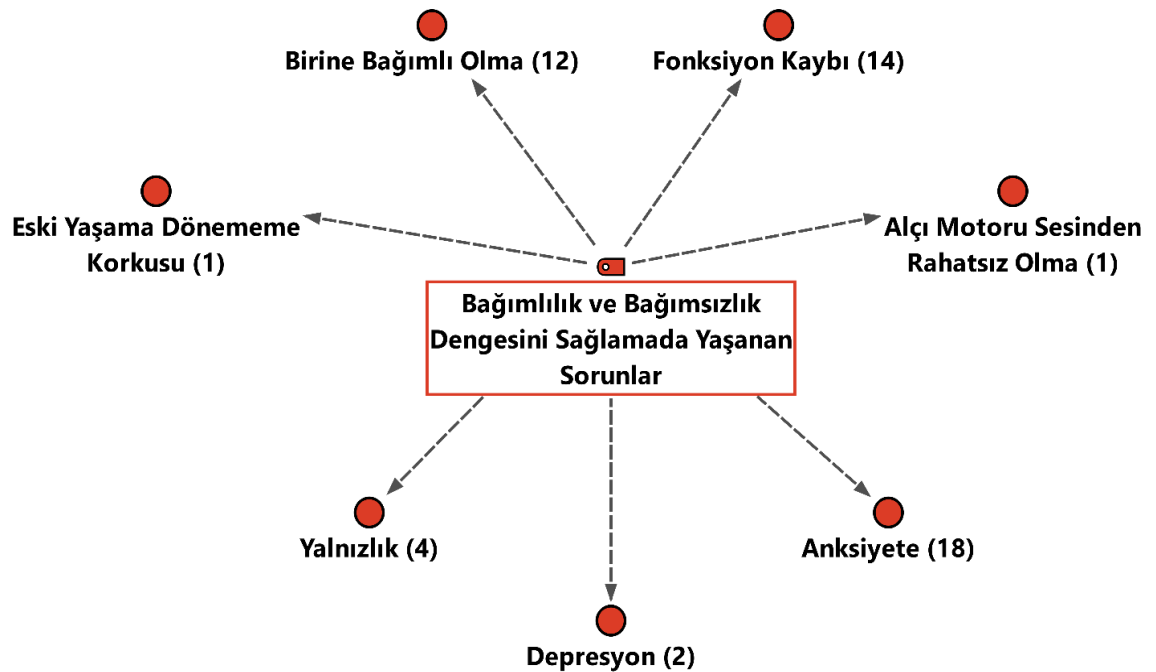
Sosyal rollerine yerine getirmede yaşanan sorunlar ile ilgili katılımcı görüşlerini katılımcı bazlı incelediğimizde Tablo 5'te görüldüğü üzere katılımcılar farklı konularda farklı yoğunluklarda görüş bildirmişlerdir. Tablo 5'e göre en yoğun görüşleri K3 kodlu katılımcı vermiştir. Ayrıca K1, K2, K6 ve K7 kodlu katılımcıların görüşleri de K3 kodlu katılımcıya yakın derecede yoğundur. Kod bazlı baktığımızda ise en yoğun görüşler sosyal ilişkilerde olumlu değişim kodu üzerinedir.

Bağımlılık ve Bağımsızlık Dengesini Sağlamada Yaşanan Sorunlar

Araştırmanın dördüncü teması olan bağımlılık ve bağımsızlık dengesini sağlamada yaşanan sorunlara ait kod alt kod modeli Şekil 8’de görülmektedir. Bağımlılık ve bağımsızlık dengesini sağlamada yaşanan sorunlar teması katılımcı ifadeleri doğrultusunda; anksiyete, fonksiyon kaybı, birine bağımlı olma, yalnızlık, alçı motoru sesinden rahatsız olma ve depresyon olmak üzere 7 kod ile ifade edilmiştir.

Şekil 8.

Bağımlılık ve Bağımsızlık Dengesini Sağlamada Yaşanan Sorunlar Temasına Ait Kod Alt Kod Modeli



Katılımcılar tarafından bağımlılık ve bağımsızlık dengesini sağlamada yaşanan sorunlar temasında yoğun olarak ifade edilen kod anksiyete kodudur. Katılımcılar hastane ve dinlenme süreçlerinde kendilerini kaygılı hissettiklerini ve psikolojik olarak iyi hissetmediklerini ifade etmişlerdir. K2 ve K3 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

"Hastanedeyken olduydu mesela ben çok kötü zamandaydım korona zamanın da kimseyi almıyorlardı yanıma mesela bir kişi bir kişi. E bende insanları zor durumda bırakmak istemiyordum akşamlar hiç kimseyi istemiyordum yanımda o dönemlerde canım sıkıldı çok biraz psikolojik sıkıntılar çektim o zaman" (K2)

"Yani bir an önce çıkmasını istiyordum çünkü yani ben de hep bir sıkıntı şu kadarını söyleyeyim yani sanki vücuduma yani o günden sonra ayrı bir ağır bir yük gelmiş gibi yani hep bir an önce çıksın ne zaman çıkacak falan kendi kendime böyle şeylere girdim." (K3)

Katılımcılar tarafından bağımlılık ve bağımsızlık dengesini sağlamada yaşanan sorunlar temasında yoğun olarak ifade edilen diğer kod fonksiyon kaybı kodudur. Katılımcılar temel fizyolojik gereksinimlerini karşılayamadıklarını bu sebeple fonksiyon kaybı yaşadıklarını ifade etmişlerdir. K4 ve K9 kodlu katılımcıların konu ile ilgili görüşleri şöyledir:

"Ya hiçbir yere gidemezdim bütün gün yatakta uzanıyordum, yani. Tuvalete bile zor giderdim bastonları tutardım mesela evin içine biraz gezmeye çalışırdım." (K4)

"Yani yürüyüşümden tutunda, tuvalete gitme, ev içindeki hareketlerim ya da işte evde tekken. Örnek veriyorum bir şeye ihtiyacım var bir marketten bir şey alacağım, alamıyorum, gidemiyorum. Çünkü üstüne basmamam gerekiyor yük vermemem gerekiyor ya da işte ne bileyim, banyo yaparken etkileniyorsunuz, her konuda etkileniyorsunuz. Yani ben en çok, etkilendiğim şey oldu, banyo yaparken yani beni en çok etkilediği. Çünkü o dönem birazcık da yaz yani kış değildi, benim ayağım kırıldığında yaz dönemine denk gelmiştim. Sıcaktı, e her gün duş almamız yani duş almak gerekiyor, banyo yapmak gerekiyor o yüzden çok zorlanmıştım ilk başlarda." (K9)

Katılımcılar tarafından bağımlılık ve bağımsızlık dengesini sağlamada yaşanan sorunlar temasında ifade edilen diğer kod birine bağımlı olma kodudur. Katılımcılar süreç içerisinde tüm faaliyetlerinde birine ihtiyaç duyduklarını ve her anlamda destek almaları gerektiğini ifade etmişlerdir. K1 ve K6 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

"Mobilizasyon sırasında mutlaka yanınızda birinin olması gerekiyor. İşte bazen eşim, bazen arkadaşlarım yanımdaydı. Onların desteği açıkçası benim için çok iyi geldi. Yoksa hani dediğim gibi tek başınıza alçıyla rahat hareket edemiyorsunuz. Mutlaka bir destek, eş, arkadaş desteği gerekiyor." (K1)

"Birilerine bağımlı olmak en önemlisi hep birilerine ihtiyacınız var. Yalnız başınıza hiçbir şey yapamazsınız, birilerine ihtiyacınız var. Bu durumda çok zorlandım yani sevmediğim bir şeydir birbirlerinin bana hizmet etmesi açıkçası. Alışık da değilim herhalde hep alıştım ben hizmet ederdim diye, onun verdiği şey var belki, o durumlardan çok tedirgin oldum yani." (K6)

Katılımcılar tarafından bağımlılık ve bağımsızlık dengesini sağlamada yaşanan sorunlar temasında ifade edilen diğer kod yalnızlık kodudur. Katılımcılar süreçte destek almadıkları zamanlar dışında yalnız kaldıklarını ifade etmişlerdir. K3 kodlu katılımcının konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

"Lojmana gittiğimde bütün arkadaşlarım iş arkadaşlarım falan herkes işe gitti ve ben tektim. İlk günümde o kadar zorlandım ki ağlamaya başladım, ağlamaya başladım yani resmen. Tek başıma kalkamıyorum, bir şey yapamıyorum. Allah razı olsun kendisinden ustabaşıma, sabahleyin öğlen akşam yemeklerim kesinlikle gelirdi. Kesinlikle dakikası dakikasına ama işte yalnız olduğum için ilk günler lavaboya kalkmak olsun duşa kalkmak olsun oturup ağladığımı biliyorum yani resmen oturup ağladığımı biliyorum yani, çok zor ve çok kötü bir şey bu zamanda yalnız kalmak çok zor ve çok kötü bir şey." (K3)

Katılımcılar tarafından bağımlılık ve bağımsızlık dengesini sağlamada yaşanan sorunlar temasında ifade edilen diğer kod depresyon kodudur. Katılımcılar bir daha iyileşemeyeceklerini düşündüklerini ve bu süreci atlatmakta zorlandıklarını belirtmiş olup görüşlerini aşağıdaki gibi açıklamışlardır:

"Mesela alçıyı açtıklarında gördüm şey dedim artık dedim bu ayak bir hayır etmez falan. Mesela ömür boyu yatacağımı düşündüm." (K2)

"Aynen, ama gerçekten yani hiçbir şey istemezdim yapayım ayağımı kırdığımda ilk başlarda. İlk 1 hafta yani depresyon süreciydi herhalde bilmiyorum." (K4)

K6 kodlu katılımcı tarafından bağımlılık ve bağımsızlık dengesini sağlamada yaşanan sorunlar temasında ifade edilen diğer kod alçı motoru sesinden rahatsız olma kodudur:

"Bir de o şey alçıyı ki o makine ile keserler zannedersin ki ayağı kesecek. Öyle izmirillo gibi böyle zır gelir o makine. Ben yaparım böyle korkma der bana kesmeyiz ayağını. Ayağıma girer. Bu der ayağına değse de zaten kesmez ayağı. Ayağı kesmez der korkma ama tabii korkarsınız." (K6)

K2 kodlu katılımcı tarafından bağımlılık ve bağımsızlık dengesini sağlamada yaşanan sorunlar temasında ifade edilen son kod eski yaşama dönememe kodudur:

"E düşündüm onları, işte eski sağlığıma kavuşamayacağım, işte biraz da doktor da bana ümitsiz konuştuydu, biraz orada çok düşündüm öyle bir hafta kadar falan ondan sonra doktor değiştirdim" (K2)

Tablo 6.

Katılımcı Profiline Göre Bağımlılık ve Bağımsızlık Dengesini Sağlamada Yaşanan Sorunlar Teması

Kod Sistemi	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10
☒ Bağımlılık ve Bağımsızlık Dengesini Sağlamada Yaşanan Sorunlar										
☒ Anksiyete										
☒ Fonksiyon Kaybı										
☒ Birine Bağımlı Olma										
☒ Yalnızlık										
☒ Depresyon										
☒ Alçı Motoru Sesinden Rahatsız Olma										
☒ Eski Yaşama Dönememe Korkusu										

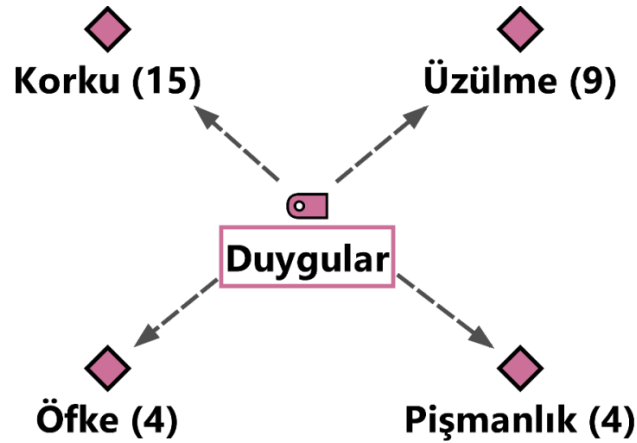
Bağımlılık ve bağımsızlık dengesini sağlamada yaşanan sorunlar ile ilgili katılımcı görüşlerini katılımcı bazlı incelediğimizde Tablo 6'da görüldüğü üzere katılımcılar farklı konularda farklı yoğunluklarda görüş bildirmişlerdir. Tablo 6'ya göre en yoğun görüşleri K1, K4, K6 ve K7 kodlu katılımcılar vermiştir. Kod bazlı baktığımızda ise en yoğun görüşler anksiyete ve fonksiyon kaybı kodu üzerinedir.

Duygular

Araştırmanın beşinci teması olan duygulara ait kod alt kod modeli Şekil 9'da görülmektedir. Duygular teması katılımcı ifadeleri doğrultusunda; korku, üzülmeye, pişmanlık ve öfke olmak üzere 4 kod ile ifade edilmiştir.

Şekil 9.

Duygular Temasına Ait Kod Alt kod Modeli



Katılımcılar tarafından duygular temasında yoğun olarak ifade edilen kod korku kodudur. Katılımcılar temel fizyolojik gereksinimlerini karşılamaya çalıştıkları zamanlarda bazı tehlikeler ile karşılaştıklarını ve bu sebeple korku yaşadıklarını belirtmişlerdir. K1 ve K5 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

"Banyoya girerken, banyodan çıkarken ve kayma tekrar hani kayarsam, düşersem korkusu oldu banyo yaparken. Tekrar düşersem ıslak zeminlerde hani diğer ayağım kayarsa diye korktum." (K1)

"Şimdi şundan korktum ben, ikinci kez aynı yeri kırdım çünkü aynı yer kırıldı. Bundan dolayı korktum acaba ayağımda bir aksama kısılma olacak mı olmayacak mı onda biraz evham ettim." (K5)

Katılımcılar tarafından duygular temasında ifade edilen diğer kod üzülmeye kodudur. Katılımcılar psikolojik yorgunluk ile birlikte süreçte çok duygusallaştıklarını ve üzüldüklerini belirtmişlerdir. K8 ve K9 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

"Ben yani kendimi çocuk gibi hissettim, bebek gibi hissettim. Yani anne özlemimi böyle çok daha fazla bir şey yaptım ama üzüldüm. Yani o psikolojik üzgünlüğüm de vardı. Anneme yetememe şeyi yani beni bozardı yani." (K8)

"Ama çok yakın olmadığım arkadaşlarım, çok arayıp sormayınca ister istemez üzüliyor insan. Yani çünkü o dönemde bir ilgi bekliyorsunuz, o ilgisizlikle de karşılaşınca birazcık sıkıntı oluyor." (K9)

Katılımcılar tarafından duygular temasında ifade edilen diğer kod pişmanlık kodudur. Katılımcıların çoğu düşme sonucu yaralanmıştır. Katılımcılar dikkatsiz ve aceleci oldukları için pişmanlık yaşadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların konu ile ilgili görüşleri şöyledir:

"Yani şu kadarını söyleyeyim neden bu kadar dikkatsizlik ya da neden bu kadar bu iş şeyi böyle yani. Ben biraz iş konusunda mesela işe başladığım zaman şu kadarını söyleyeyim biraz aceleciyim ya hemen bitmesini ya da kaldırıp ortalığın hemen temizlenmesini isterim ya ondan dolayı acele acele acele acele bu duruma geldik yani tabii." (K3)

"Kediye vermeseydim bu yemeği, düşmeseydim de bu alçı takılmasa. Niye kırdım ben kendime isyan yaptım yani, ben isyanı kendime yaptım." (K5)

Katılımcılar tarafından duygular temasında ifade edilen diğer kod öfke kodudur. Katılımcılar pişmanlık ile birlikte dikkatsiz oldukları için öfkeli olduklarını ifade etmişlerdir. K3 ve K4 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

"Sadece kendi kendime öfkeleniyordum, sinirleniyordum yani." (K3)

"Evet, çünkü hızlı bir insanım da tamam. Yahu getir diye bağırırım, getirin niçin geç kalırsınız ama attınız beni bu odaya gittiniz diye. Bağırırım öyle işte." (K4)

Tablo 7.*Katılımcı Profiline Göre Duygular Teması*

Kod Sistemi	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10
▼  Duygular										
 Korku										
 Üzülme										
 Pişmanlık										
 Öfke										

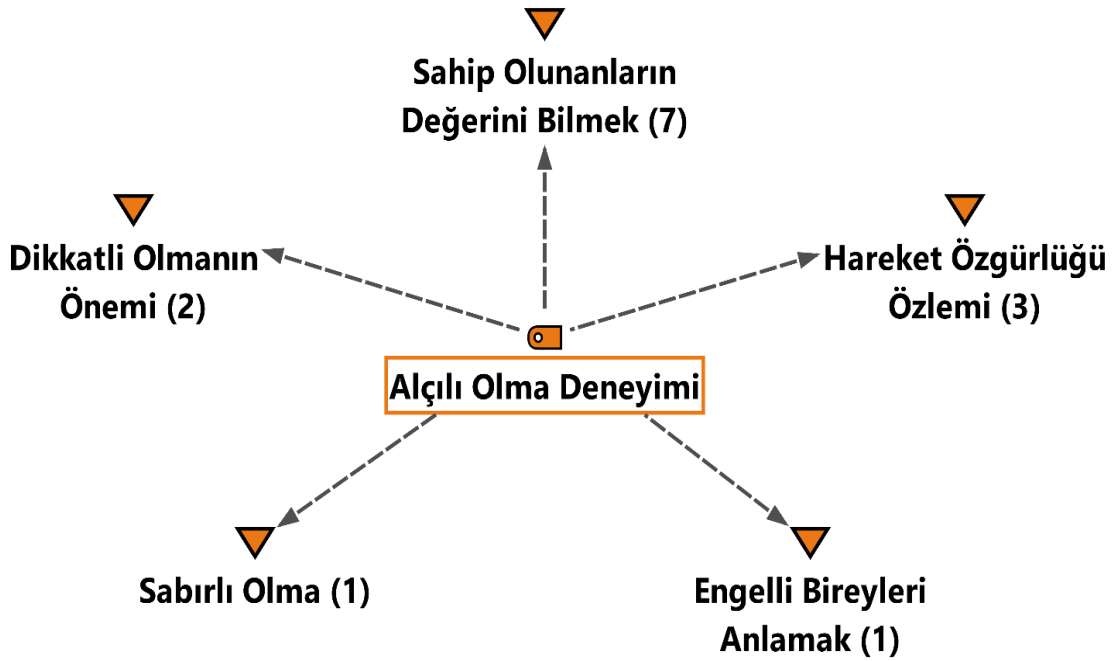
Duygular ile ilgili katılımcı görüşlerini katılımcı bazlı incelediğimizde Tablo 7’de görüldüğü üzere katılımcılar farklı konularda farklı yoğunluklarda görüş bildirmişlerdir. Tablo 7’ye göre en yoğun görüşleri K2, K4, ve K6 kodlu katılımcılar vermiştir. Kod bazlı baktığımızda ise en yoğun görüşler korku ve üzülme kodu üzerinedir.

Alçılı Olma Deneyimi

Araştırmanın altıncı teması olan alçılı olma deneyimine ait kod alt kod modeli Şekil 10'da görülmektedir. Alçılı olma deneyimi teması katılımcı ifadeleri doğrultusunda; sahip olunanların değerini bilmek, hareket özgürlüğü özlemi, dikkatli olmanın önemi, engelli bireyleri anlamak ve sabırlı olma olmak üzere 5 kod ile ifade edilmiştir.

Şekil 10.

Alçılı Olma Deneyimi Temasına Ait Kod Alt Kod Modeli



Alçılı olma deneyimi temasında katılımcılar tarafından yoğun olarak ifade edilen kod sahip olunanların değerini bilmek kodudur. Sağlıklı olmanın ve başkasının desteği olmadan yaşamının en kıymetli deneyim olduğunu söyleyen katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

"Yaşadığın her anın, sağlıklı olmanın her anının kıymetini bilecen. Sağlıklı olmak kadar güzel bir şey yoktur. Ne isterse olsun, insanın başı da ağrısa bu bile çok önemlidir. Yani kıymetini bileceğiz, sağlığın kıymetini bilmek lazım, bu bir gerçek."

(K6)

"En önemlisi bence insanın sağlığının değerini bilmesi, yani az önce de söyledim ya birine muhtaç olmak ya da işte büyüklerimiz şey derdi eskiden Allah kimseyi ele ayağa düşürmesin. Hani tamam bir kırık diyorsunuz ama daha beteri de olabilirdi, daha kötüsü de olabilirdi. İnsan bunun değerini kıymetini biliyor daha hayata daha pozitif bakıyor sanırım bu konuda." (K9)

"Ya şimdi alçılı olunca illaki kalkarken yatarken biraz önce de söyledim birine ihtiyaç duyuyorsun ama alçılı olmadığın zaman her şeyini kendi başına yapıyorsun. Öyle bir şey kazandım. Yani Allah kimseyi kimseye muhtaç etmesin diyeyim artık." (K10)

Alçılı olma deneyimi temasında katılımcılar tarafından ifade edilen diğer kod hareket özgürlüğü özlemi kodudur. Alçı ile birlikte tüm hareketlerinin kısıtlandığını bu sebeple de hareket etmeye özlem duyduklarını ve özgürlüğün değerini anladıklarını belirten katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

"Günlük yaşantıda gerçekten hani alçı yokken hareketlerimiz çok rahat, serbest ama bunu alçı ile kısıtlandıktan sonra hareketin veya kısıtlı olmanın ne kadar özgür olduğumuzu düşünün daha önce hiç bu kadar derin düşünmemiştim." (K1)

"Her istediğini kendi yapabilirken insan, bir anda yapamıyor olması." (K10)

Alçılı olma deneyimi temasında K3 kodlu katılımcı tarafından ifade edilen diğer kod dikkatli olmanın önemi kodudur. Katılımcının ifadesi şöyledir:

"Kesinlikle dikkatli olmayı, özellikle ilk başta yani iş konusunda yani çok dikkatli olunması gerektiğinin altına imza atarım yani." (K3)

Alçılı olma deneyimi temasında K7 kodlu katılımcı tarafından ifade edilen diğer kod engelli bireyleri anlamak kodudur.

"Daha büyük kırığı olanlara Allah yardım etsin, sakatlara Allah yardım etsin. Yani gerçekten alçılı olduğunuzda yalnız şunu çok iyi anlıyorsunuz yani o ayağı olmayan veyahut da sakat olan insanların şeylerini daha iyi anlıyorsunuz yani onların çektiklerini, yani yaşadığı kısıtlamaları. Yani siz yeri geliyor hemen her şeyi, yolda taş görseniz bir taşa tekme atabiliyorsunuz ya. O bile farklı bir şey yani. Yolda taşa tekme atıyorsunuz. Yani bunu da herkes yapmıştır, yani hayatı boyunca bir taş veyahut da bir şey görür, ona vurur. Yani dedim ki ya şu sakatlar işte o zaman

anlıyorsun diyorsun ki görüyor musun diyorsun şu yerde taş olsa, taşa vurmak istese vuramıyor, kısıtlı vuruyor. Yani mesela sağ bacağı yoksa yani sağ bacağı yok ya diyorsun mesela ben sağ taraflıyım o işte sol. Solunu kullanacak, sağ bacağı yok Allah korusun dedim ya. Kırık olunca onları anlıyorsunuz yoksa başka bir sıkıntı yaşamadım ama dediğim gibi ayağınız kırılınca, bir insanın unsuru eksik olduğu zaman ne kadar zor olduğunu anlıyorsunuz. Benim elim şey olduğunda da öyle olmuştu iş kazası geçirdiğimde de. El de çok zor. Yani tamam kırık yoktu benim elimde ama ameliyat geçirdim. Bir de benim şeyim 1 sene kaldı, kullanamadım 1 sene. Zaten tam kapanmaz elim böyle bunun gibi. Yani diyorum ya size çok zor ya başka bir şey yok ama şu bir gerçek şunu iyi öğreniyorsunuz özürlü insanların yaşadıkları neymiş öğreniyorsunuz yani onların da Allah yardımcısı olsun. Öyle yani." (K7)

Alçılı olma deneyimi temasında K4 kodlu katılımcı tarafından ifade edilen diğer kod sabırlı olma kodudur.

"Beklemeyi öğretti. Nasıl diyeyim her işin o anda olmayacağını, sabrı öğretti mesela öyle şeyler sabrı, beklemeyi öğretti." (K4)

Tablo 8.

Katılımcı Profiline Göre Alçılı Olma Deneyimi Teması

Kod Sistemi	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10
Alçılı Olma Deneyimi										
Sahip Olunanların Değerini Bilmek										
Hareket Özgürlüğü Özlemi										
Dikkatli Olmanın Önemi										
Engelli Bireyleri Anlamak										
Sabırlı Olma										

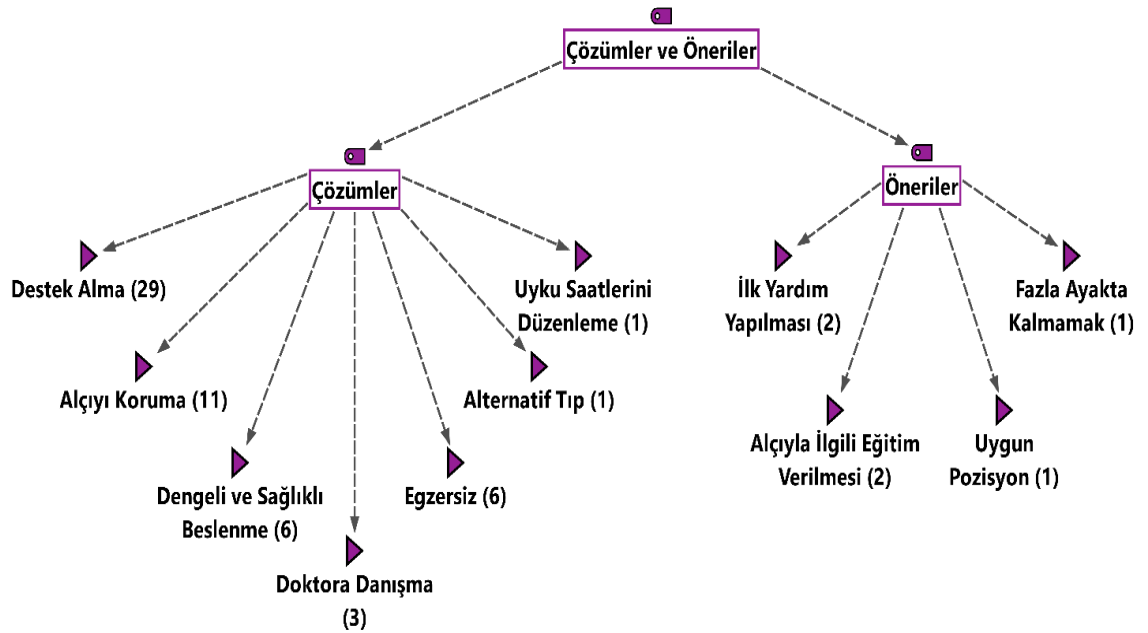
Alçılı olma deneyimi ile ilgili katılımcı görüşlerini katılımcı bazlı incelediğimizde Tablo 8’de görüldüğü üzere katılımcılar genellikle sahip olunanların değerini bilmek kodu üzerine görüş bildirmişlerdir. Tablo 8’e göre en yoğun görüşleri K1, K3 ve K6 kodlu katılımcılar vermiştir.

Çözümler ve Öneriler

Araştırmanın son teması olan çözümler ve önerilere ait hiyerarşik kod alt kod modeli Şekil 11’de görülmektedir. Çözümler ve öneriler teması katılımcı ifadeleri doğrultusunda 2 kategori ile ifade edilmiştir. Bu kategoriler çözümler ve önerilerdir.

Şekil 11.

Çözümler ve Öneriler Temasına Ait Hiyerarşik Kod Alt Kod Modeli



Çözümler

Çözümler ve öneriler temasının ilk kategorisi olan çözümler katılımcı ifadeleri doğrultusunda, destek alma, alçıyı koruma, dengeli ve sağlıklı beslenme, egzersiz, doktora danışma, alternatif/tamamlayıcı tıp ve uyku saatlerini düzenleme olmak üzere 7 kod ile ifade edilmiştir. Çözümler kategorisinde katılımcılar yoğun olarak destek alma kodundan bahsetmişlerdir. Katılımcılar başka birinden destek alarak süreci geçirmeye yönelik çözüm ürettiklerini ifade etmişlerdir. Katılımcıların konuya ilişkin ifadeleri şöyledir:

"Alçılıyken tabi, en çok dediğim gibi eşimden yardım aldım ve arkadaşlarımdan yardım aldım. Yine onlar sevdiğim insanlardı." (K1)

"Arkadaşlarım dediklerim yani şu kadarını söyleyebilirim öz kardeşim gibi olan insanlardı her zaman her şeyde yanımda oldukları için yani beni en çok mutlu eden şey budur yani zaten arkadaşlarımın yanımda olması." (K3)

"Desteklerim çoktu yani, destekçilerim çoktu. Beyim olsun, kızım olsun aile çevrem eş dost hiç beni bırakmadılar Allah için." (K5)

"Ya hareketlerimi şöyle etkiledi biri tutmadan kalkamıyorsun. Eşim, çocuklarım sağ olsunlar, onlar olmadan hani kendi başıma kalkıp bir şey yapamıyorum, kalkamıyorum. Affedersiniz tuvalete gittiğim zaman mutlaka onlar beni kaldırıyor. Değnekle de gitsem veya koluma da girseler mecburen onlar götürüyorlar yani." (K10)

Çözümler kategorisinde katılımcılar tarafından ifade edilen diğer kod alçıyı koruma kodudur. Katılımcılar öz bakımlarını yaparken alçılı kısmı korumak için streç film ve poşetler ile sardıklarını ve bakımlarını o şekilde yaptıklarını belirtmiş ve konu ile ilgili aşağıdaki ifadeleri kullanmıştır:

"Alçının üzerine streç filmle iyice sarıyorduk ıslanmasın diye ve yine banyo sırasında alçılı olan ayağımın altına tabure koyarak yükseltip, suyun akmasına oraya girmemesine, temas etmemesine dikkat ediyordum." (K1)

"Mesela su geçirmez poşetleri koydu annem ayağıma işte o onun sayesinde duş alabildim ayağıma kesinlikle su değmedi alçıma öyle karşıladım işte." (K2)

"3 kişilik koltukta 3 tane yastık çünkü ayağın dik olması lazım, yukarıda, 3 tane yastık." (K6)

Çözümler kategorisinde katılımcılar tarafından ifade edilen diğer kod dengeli ve sağlıklı beslenme kodudur. Bazı katılımcılar hareketsizlikten dolayı kilo almamak ve ödem oluşmaması için beslenmelerine dikkat ettiklerini ifade etmişlerdir. K8 ve K9 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

"Özellikle de yani ben her zaman için dengeli beslenen bir insanım yani bu süreçte daha çok daha böyle bir kemiklerimi, kaslarımı besleyecek, beni daha bir rahat ettirecek, sindirimi kolaylaştıracak gıdalar, yani daha dikkatli oldum evet. Yani kızartma mızartma olayına girmedim. Daha çok böyle haşlama, yani fırında, balık olayı olsun, et olayı olsun veyahut sebzeler, yeşillik ağırlıklı çok yedim. Artı süt zaten

laktosuz süt içiyorum ona özellikle dikkat ediyorum ama yumurtamı her gün sabah iki tane yumurta mı kesinlikle yerim. Hayatım boyunca bu böyle olmuştur. Yani o şekilde dikkat ediyordum. Yani zaten annem çok güzel yemekler pişiriyor öyle yağlı falan değil hep tamamen sıhhatli. O yüzden çok zorlanmadım, kilo almadım yani." (K8)

"Şöyle oldu mesela tuzsuz yemeye çalıştım ödem oluşmasın diye ya da işte bol su içtim." (K9)

Çözümler kategorisinde katılımcılar tarafından ifade edilen diğer kod egzersiz kodudur. Katılımcılar alçılı oldukları süre boyunca ve alçı çıkarıldıktan sonra fiziksel aktivite yaptıklarını ifade etmişlerdir. K6 ve K8 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

"Zaten ben yürüyüş yapardım. Yani kırmadan önce ayağımı, sürekli yürüyüşe çıkardım. Ayağımı toparladıktan sonra tekrar yürüyüşlerime devam ettim." (K6)

"Onu da bacağıma zaten her iki bacağıma da ben, alçılı olsun olmasın kalın bacak bölgelerine ve sağ bacağıma, kollarıma falan egzersiz de yapıyordum ben. O yüzden yani kırık olan bacağıma da devamlı, sürekli işte 5 kez 10 kez öyle setler halinde kaldırıp indiriyordum ki kaslarım güçsüz kalmasın. Bir de vücudu sıkıp gevşetme olayı vardır. O bütün vücut için geçerli bir egzersizdir o. O da çok iyi bir çalışma olur. Artı bir de nefes çalışması yapıyorum ben her zaman. O da çok güzel bir etki ediyor. Rahatlatıyor yani vücudu ve kasılmayı engelliyor. Kaslarımda güçleniyor çünkü ayak tabanının yan bölümündeki o kaslar benim normalde hep dokunurdum masaj yaptığımda onlar belirgindi bu süreçte bayağı bir zayıfladı onlar. Ama masajla ve yapmış olduğum ayak bilek açma yani balerin ayak yapısı ondan sonra geriye çekme olayında zaten asıl tendonlarım güçlendi hem de ayak tabanındaki kaslarım güçlendi." (K8)

Çözümler kategorisinde katılımcılar tarafından ifade edilen diğer kod doktora danışma kodudur. Katılımcılar süreç içerisinde nasıl hareket etmeleri gerektiğine yönelik doktor tavsiyesi aldıklarını aşağıdaki şekilde ifade etmişlerdir:

"Öncelikle hekimime danıştım yani daha sonra evime gittikten sonra oradaki hastaneye de hastaneden de bilgi aldım oradan da kendimi gösterdim yani çok güzel dedi alçada çok güzel yapılmış falan gibisinden. Yani her şey çok normal çok güzel"

dedi o zaman rahatladım yani çok rahatladım aklımda bir soru işareti kalmadı."

(K3)

"Ee bu adam bana ne fiziksel aktivite yani ne derler ona, ha fizik tedavi falan önermedi ve bence benim ayağımın fizik tedaviye ihtiyacı olduğunu düşünüyorum ve bunun için başka bir doktordan yardım alacağım." (K4)

Çözümler kategorisinde K5 kodlu katılımcı tarafından ifade edilen diğer kod alternatif tıp kodudur.

"Benim o dediğim, size şimdi diyeceğim kuru bir Dalan sabunu onu güzelcene bıçakla yontardım. Üzerine bir yumurta kırardım, halis zeytinyağı ılık, içine de karabiber koyardım, onları güzelce çırpardım marmelat şeklinde, kaput bezi beyaz üzerine koyup ayağıma koyardım. Ben 15 gün içinde ayağım benim yine kaynardı. Yine de ameliyat olmazdım." (K5)

Çözümler kategorisinde katılımcılar tarafından ifade edilen son kod uyku saatlerini düzenleme kodudur.

"Sadece gündüzleri işte uyumamaya dikkat ettim gece rahat uyuyayım diye."

(K1)

Öneriler

Çözümler ve öneriler temasının ikinci kategorisi olan öneriler katılımcı ifadeleri doğrultusunda, ilk yardım yapılması, alçıyla ilgili eğitim verilmesi, uygun pozisyon ve fazla ayakta kalmamak olmak üzere 4 kod ile ifade edilmiştir. Öneriler kategorisinde katılımcılar yoğun olarak ilk yardım yapılması ve alçıyla ilgili eğitim verilmesi kodlarından bahsetmişlerdir. İlk yardım yapılması kodu ile ilgili K8 kodlu katılımcının ifadeleri şöyledir:

"Aslında ilk yardım çok önemlidir. İlk yardımda her ne olursa olsun, kırık olsa dahi, olmasa dahi o buz olayını kanama olsun olmasın, o buz olayını bir darbe alındığı zaman direk o buz olayını ilk yardımını ve olması gerektiği gibi eski normal haline getirebilmek adına sabit tutulması konumunda yani herkesin bilmesi gereken bir olaydır. İlk yardım çok önemli. Yani 2 kere 2, 4 ettiği gibi bunun yani herkesin bilincine varması gereken bir durumdur. Yani bu ev kazası olsun veyahut araba

kazası olsun veyahut herhangi başka bir şey olsun yani önemli hayatımızda olabileceklere karşı en azından biraz bilgi içerisinde olduğu zaman insanoğlu tamam mı üstesinden gelemeyeceği hiçbir alçı olayı olamaz yani." (K8)

Öneriler kategorisinde K1 kodlu katılımcı tarafından ifade edilen diğer kod alçıyla ilgili eğitim verilmesi kodudur. Katılımcının ifadesi şu şekildedir:

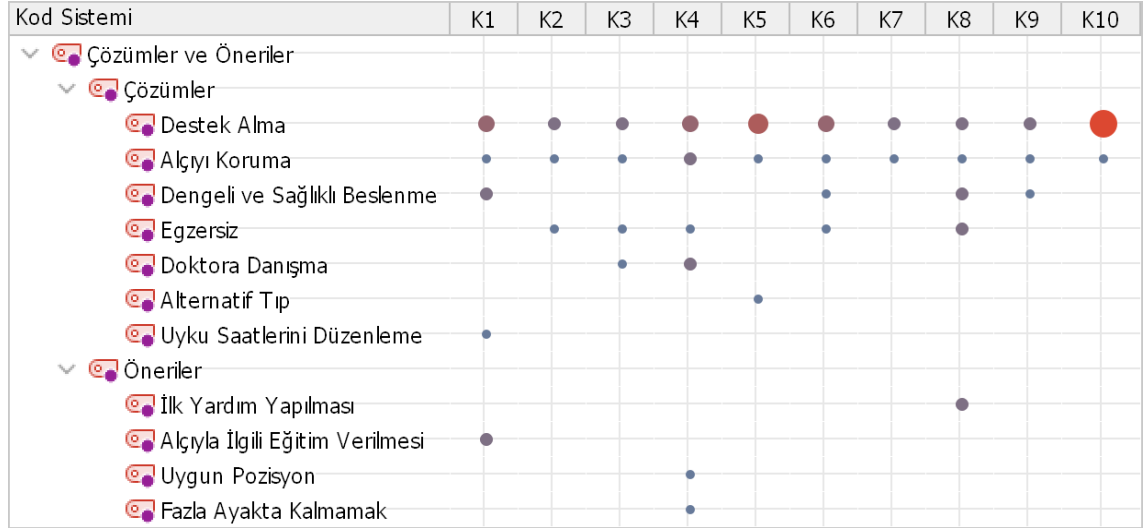
"Alçılıken en fazla, alçıya ilişkin nelere dikkat etmem gerekiyor, üstüne basacak mıyım basmayacak mıyım, banyo yaparken, hareket ederken nelere dikkat etmem gerekiyor. Nasıl pozisyon vermem gerekiyor. Yardımcı yürüme aletlerini nasıl kullanmam gerekiyor. Merdiven inip binme hani bunları bilmeyi daha iyi bilmeyi isterdim. Bu konuda belki alçı uygulandıktan sonra eğitim verilmesi veya bilgilendirme olması alçılı kişinin daha rahat etmesini sağlayabilir diye düşünüyorum." (K1)

Öneriler kategorisinde K4 kodlu katılımcı tarafından ifade edilen diğer kod uygun pozisyon kodudur. Katılımcının ifadesi şu şekildedir:

"Şey ya pozisyon da çok önemli bence çünkü sürekli hareketsiz olduğum için o nedenden dolayıdır büyük ihtimalle benim postürümün böyle olması ya da sırtımın ağrması. Yani doğru düzgün bir şey olabilir pozisyon yatmak için." (K4)

Öneriler kategorisinde K4 kodlu katılımcı tarafından ifade edilen son kod fazla ayakta kalmamak kodudur. Katılımcının ifadesi şu şekildedir:

"Bence sürekli ayakta durmayın diye düşünüyorum. Çünkü ayakta durduğumda bazı zamanlar yatmaktan usanırdım, bangonun arkasına bile yaslanmak benim için farklı bir şeydi o dönem ve şiştiğini hissedirdim alçının içinde ayağımın." (K4)

Tablo 9.*Katılımcı Profiline Göre Çözümler ve Öneriler Teması*

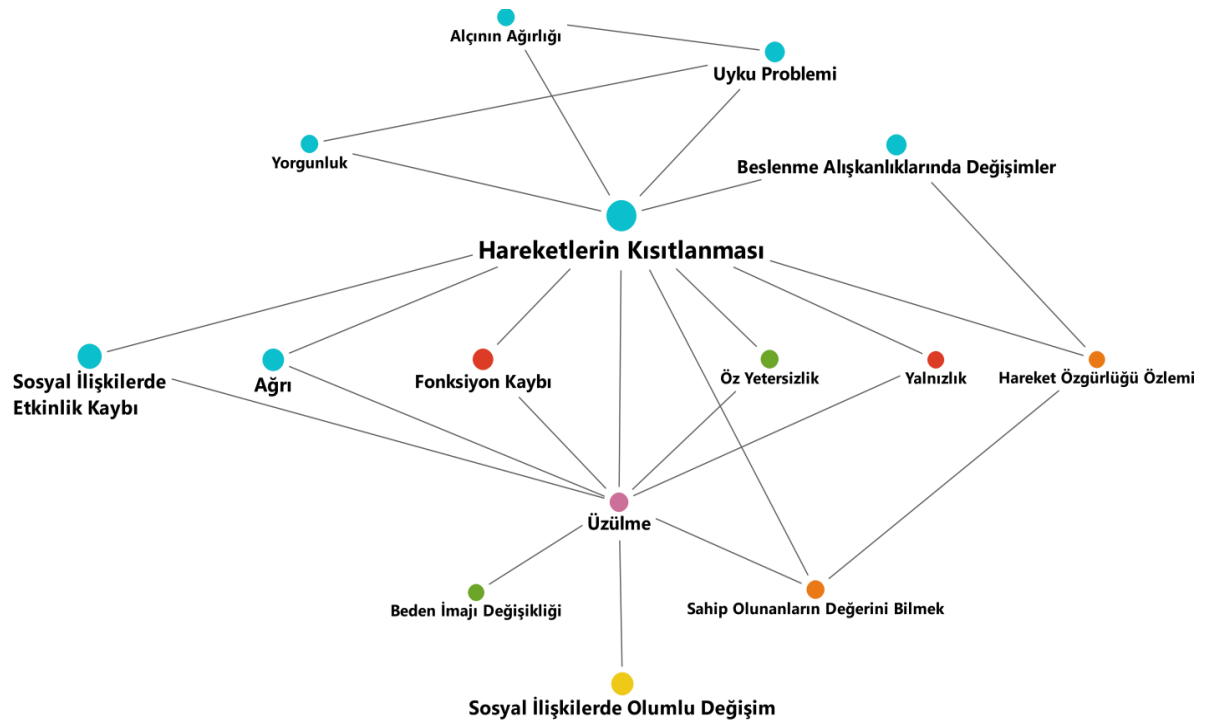
Çözümler ve öneriler ile ilgili katılımcı görüşlerini katılımcı bazlı incelediğimizde Tablo 9’da görüldüğü üzere katılımcılar genellikle destek alma kodu üzerine görüş bildirmişlerdir. Tablo 9’a göre en yoğun görüşleri K5 ve K10 kodlu katılımcılar vermiştir.

İlişkisel Analizler

İlişkisel analizler, katılımcıların verdiği görüşlerin birbirine olan yakınsamasından ortaya çıkar. Kodlar arası bağlantı çizgilerinin kalınlığı kodlar arası ilişkinin yoğunluğunu göstermektedir. Kodlar arasındaki ilişkiyi de Şekil 12’de açık olarak görebilmekteyiz. Bu ilişkilerin Şekil 11’de görüldüğü gibi çıkması katılımcılar tarafından oldukça anlaşılabilir.

Şekil 12.

Kod Haritası



Şekil 11’de belirtildiği üzere katılımcılar hareketlerin kısıtlanması ile ilgili görüş bildirdiklerinde aynı zamanda fonksiyon kaybı ve öz yetersizlik kodları ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. K4 kodlu katılımcı durumu kendi açısından şu şekilde özetlemektedir:

“Ya hiçbir yere gidemezdim bütün gün yatakta uzalıydim yani. Tuvalete bile zor giderdim bastonları tutardım mesela evin içine biraz gezmeye çalışırdım, ondan sonra sen yürüyemezsin derdim kendi kendime, yapamazsın derdim. Tekrardan atardım kendimi yani ruhsal olarak çöktüyüm yani en çok.” (K4).

Şekil 13.

Kod Bulutu



Katılımcı ifadelerinin yoğunluğa göre dağılımı Şekil 13'te gösterilmektedir. Daha büyük puntolu olarak gösterilen kodlar daha yoğun olarak kullanılan ifadeleri gösterirken, daha küçük puntolu olan kodlar, bu kodlar ile ilgili ifadelerin daha az yoğunlukta kullanıldığını göstermektedir.

BÖLÜM V

Tartışma

Bu araştırma, kırık sonrası alt ekstremitesi alçıya alınan hastaların yaşadıkları deneyimleri geniş bir yelpazede sunmaktadır. Alçılı hastaların, tedavi sürecindeki klinik takip ve değerlendirmeleri genellikle alçı tedavisinin fiziksel etkilerini içermektedir. Ancak çalışmamız hastaların fiziki etkilenme ile birlikte alçılı bireylerin yaşamlarının birçok yönünün etkilendiğini göstermektedir. Adib-Hajbaghery ve Mokhtari'nin (2018) çalışmasında hastaların %99'unda alçı sonrası bakımın uygun olmadığı ve alçılı hasta bakımının uygun denetim ve özel kılavuzlara uyulması gereken karmaşık bir süreç olduğu belirtilmiştir (Adib-Hajbaghery & Mokhtari, 2018).

Temel Fizyolojik Gereksinimler

Katılımcılar hareket kısıtlılığı, ağrı, beslenme ve kilo değişimleri gibi kodları yoğun olarak ifade etmişlerdir. Alçıdan dolayı hareket edemiyor olmalarının yaşamlarının birçok alanını etkilediklerini ifade eden hastalar, alçı yokken özgür olduklarını belirtmişlerdir. Alçının varlığının hareketsizliğe yol açtığını bununda kendilerini kısıtladığını belirtmişlerdir. Alçılı hasta deneyimi ile ilgili yapılan çalışmalarda da hareketsizlik, “normal” yürüyememe, ayağındaki ağırlığı taşımakta zorlanma, yorgunluk, kilo değişimleri gibi konular ifade edilmiş ve bu durumun sinir bozucu ya da uygunsuz olduğu kodlar arasında yer almıştır (Williams, 2010; McPhail, & diğ., 2012; McKeown, & diğ., 2020). McPhail vd. (2012) çalışmalarında hastalar alçı sonrasında ağrılarının uzun süre devam ettiğini belirtirken, bir başka çalışmada alçıdan kaynaklı hareket edemeyen ve bağımsızlık kaybı yaşayan hastalar bunu “hayal kırıklığı” olarak tanımlamışlardır (McPhail, & diğ., 2012; McKeown, & diğ., 2020). Hastaların yaşadığı bu durumda kısıtlamalara uyarak sağlanan redüksiyonun sürdürülmesi ve alçıyı koruması oldukça önemlidir. Ancak hastaların tedavi gereksinimlerini sağlarken kendilerine uygun alternatif yürüme araçlarının değerlendirmesi, önerilmesi ve bu konuda bilgi verilmesi, yardımcı yürüme aletlerinin kullanımının öğretilmesi yararlı olacaktır (McKeown, & diğ., 2020). Alçı çıkarıldıktan sonra hareketin eski haline dönebilmesi ve bakımı standardize edebilmek için rehabilitasyon protokollerinin kullanılması önerilmektedir (Pinsker, & diğ., 2020).

Olumlu Benlik İmgesi

Çalışmamızda katılımcılar alçıyı korumak, ıslatmamak ve ıslak zeminde düşme korkusundan dolayı banyo yapmakta zorlandıklarını ve banyo sayılarını azalttıklarını, bundan rahatsız olduklarını ifade etmişlerdir. Hastalar alçıyı korunmak için streç film sarma, alçılı ayağı duşun dışarısında tutmak gibi çözümler bulmaya çalışmışlardır. Naram vd. (2011) çalışmalarında alçıların sudan korunması gerektiğini ve bunu sağlamak için kullanılabilecek ucuz alternatif malzemeleri (gazete ve şemsiye poşetleri, tek kullanımlık alçı koruyucu poşetler) önermişlerdir (Naram, & diğ., 2011). Ayrıca hastalar alçıdan kaynaklı rahat giysiler tercih etmek zorunda kaldıkları ve istedikleri ayakkabıları giyemediklerini bu durumda kendilerini bakımsız, bedenlerini farklı hissettiklerini ifade etmişlerdir. Literatürde estetik teması olarak da karşımıza çıkan bu ifadelerde hastaların kendini iyi hissetmeleri için yeni rutinler oluşturması önerilmektedir. Kişisel bakım, yıkanma, giyinme sürecinde alçıdan kaynaklı bu sürelerin beklenenden uzun süreceği bilinmeli ve bu konuda hastalar bilgilendirilmelidir (McPhail, & diğ.,2012; Williams, 2010).

Sosyal Roller

Alçılı olduğu sürede sosyal rol kayıplarını yoğun olarak ifade eden bireyler çevresindeki insanlarla olan sosyal ilişkilerinin de bu durumdan olumlu etkilendiğini ifade etmişlerdir. Sağlık uzmanları ile yapılan bir nitel çalışmada hastaların kırık iyileşmesi sonrası birkaç ay içinde önceki rollerine döndüğü belirtilmiştir. Ancak aynı çalışma sonuçlarında sahip oldukları mesleklerin belirli fiziksel talepleri nedeniyle bazı hastaların meslek değiştirdiği ve rollerinin olumsuz etkilendiği bildirilmiştir (McPhail, & diğ.,2012). Sağlık bakım gereksinimleri ve sağlık politikalarının değişimleri ile hemşirelik rolleri de değişmektedir. Hemşirelik bakımı danışmanlık, eğitici, rehberlik gibi sosyal rollere doğru yoğunlaşmıştır. Modern hemşirelik hizmetleri, sadece fiziksel bakımla sınırlı olmayıp, kişiyi tüm boyutları ile ele alan holistik bakımı öngörmektedir (Salmond & Echevarria, 2017; Goldsberry, 2018). Hemşirelerin hasta deneyimlerini anlaması, holistik bakıma dahil etmesi ve bireylere yaşadıkları rol kayıpları ile ilgili danışmanlık ve rehberlik etmesi sürecin daha kolay geçirilmesini sağlayacaktır (Salmond & Echevarria, 2017; McPhail, & diğ.,2012; McKeown, & diğ.,2020).

Bağımlılık-Bağımsızlık

Çalışmamızda bireyler alçılı oldukları sürede bağımsızlıklarını kaybettiklerini, bu süreçte anksiyete yaşadıklarını ve psikolojik olarak iyi hissetmediklerini ifade etmişlerdir. Birinin yardımına ihtiyaç duymalarını ve yapmak istedikleri şeyleri istedikleri zaman yapamamalarını fonksiyon kaybı olarak ifade etmişlerdir. Birine bağlı olmayı, başkalarını zor durumda bırakmak olarak belirtmişlerdir. Yapılan bir çalışmada bazı hastaların kısa süre için bile olsa başkalarına bağımlı olmaya direnç gösterdiği, bazılarının ise bu durumdan mutluluk duyduğu belirlenmiştir (McPhail, & diğ.,2012). Bazı hastalar bağımsızlıklarını kırık öncesi sağlıklarına döndüklerinde kazanacaklarını ummaktadır. Deneyimler bireylerin bağımlı olma durumunun psikolojileri üzerine derin bir etki bıraktığını göstermektedir (McKeown, & diğ., 2020). Her bireyin deneyimi ve bu deneyimden çıkardığı sonuç aynı değildir. Hemşirelerin hastaların olası sorunlarına yönelik bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı vermesi önemlidir. Bireyselleştirilmiş bakım hem hasta sonuçlarının iyileşmesini hem de hastanın sürece dahil edilmesini sağlar (Berg, & diğ., 2012; Walker, 2020). Ida Jean Orlando Etkileşim Kuramı'nda hemşirelik sürecini, hastanın davranışı, hemşirenin reaksiyonu ve hemşirenin hasta yararına planladığı faaliyetler olarak temellendirmektedir. Kuram hastanın davranışlarının gözlenmesini, duygularının, düşüncelerinin ve algılarının değerlendirilmesi gerektiğini belirtir (Gaudet & Howett; 2018). Hemşirelerin bakım verirken hastaların bağımlılık-bağımsızlık düzeylerini belirlemesi ve girişimlerini planlaması oldukça önemlidir. Hastanın bakıma katılması da hasta sonuçlarını doğrudan etkiler.

Duygular

Kırık sonrası alçı deneyimi olan hastalar öncelikle kırığa sebep olan davranışları için pişmanlık duyduklarını belirtmişlerdir. Ayrıca düşme ve tekrar kırık yaşama konusunda korkularını ifade etmişlerdir. Diğer çalışmalarda da benzer şekilde yeniden travma yaşama, eski sağlığına dönememe, bağımlılığın devam etmesi gibi korku, endişe ve üzüntü duyguları sıklıkla ifade edilmiştir. Alçılı ve hareketsiz olmanın duygusal anlamda zor, yorucu bir süreç olduğu belirtilmiştir (Williams, 2010; McPhail, & diğ.,2012; McKeown, & diğ., 2020). Yaşanmış kötü deneyimler bireylerin hareket etmekten kaçınmasına ve yeniden yaralanma korkusu yaşamalarına neden olmaktadır. Bu durumda bireyler kendini travmadan korumak

için aktiviteden kaçınma eğilimi göstermektedir (Turhan, & diğ., 2019). Hemşireler hastaların korkularını yenmesi, düşme risklerinin en aza indirilmesi ve hareket ederken olabildiğince bağımsızlığının ve hareketliliğin sağlanabilmesi için gerekli değerlendirmeleri yapmalı ve uygun önlemlerin alınıp düzenlemelerin yapılmasını sağlamalıdır. Hemşireler tarafından verilen hasta eğitiminin düşmelerin önlenmesine katkı sağladığı bilinmektedir. Hasta eğitiminde görsel ve işitsel öğeleri içeren çeşitli eğitim teknolojilerinden yararlanılması eğitimin etkili olmasına katkı sağlamaktadır (Chu, 2017; Hamm, & diğ., 2016). Hastaların varsa önceki düşme öyküsünün değerlendirilmesi, bireysel bakım hazırlanması, uygun yardımcı araç kullanımı hakkında bilgi verilmesi, bakımın sağlandığı çevreye yönelik düzenlemelerin yapılması ve hasta güvenliğinin sağlanması gereklidir (Katsulis, & diğ., 2016; Chu, 2017).

Alçılı Olma Deneyimi

Katılımcılar bu süreçte sağlıklı olmanın, başkasının desteği olmadan bağımsız yaşamanın, hareket özgürlüğünün, özgür olmanın, sabırlı olmanın değerini anladıklarını ifade etmişlerdir. Kırık deneyimi yaşamadan fark etmedikleri bu düşünceleri, alçı sonrası yaşadıkları deneyimler sonucunda kazandıklarını ifade etmişlerdir. Sahip oldukları şeylerin değerini öğrendikleri ve farklı bir bakış açısı kazandıklarını belirtmişlerdir.

En büyük sağlık iş gücü olarak hemşirelik; bakıma işbirlikçi bir yaklaşım geliştirme, sağlık sistemine öncülük etmede önemli bir konumdadır. Bu nedenle hemşirelerin profesyoneller arası ekip liderliğini sağlamak için gerekli becerilerle kendini donatması gereklidir (Goldsberry, 2018). Değişen rolleri ile birlikte hemşirelik hastanın güvenli ve kaliteli bakım almasını ve rehabilitasyonunu sağlamak için sağlık problemi ile ilgili olası durumlara hakim olmalıdır. Hasta eğitimleri bireylerin duruma adaptasyonlarını geliştirerek süreci daha kolay geçirmelerini sağlayacaktır (Mokhtari, & diğ., 2020; Salmond & Echevarria, 2017; Zychowicz, 2020). Hasta eğitimi ve hastanın sürece aktif katılımının önemi, uluslararası düzeyde stratejik olarak tanımlanmıştır. Hasta eğitiminin güçlendirilmesi hasta deneyimlerine temellendirilmiştir. Hemşirelik sürecine hasta deneyimlerinin dahil edilmesi hastanın yardım arayışına en iyi yanıt olacaktır. (Leino-Kilpi, & diğ., 2020).

BÖLÜM VI

Sonuç ve Öneriler

Sonuç

Alt ekstremitte kırıklarının sonuçları, bireyin yaşamının birçok alanını etkilemektedir. Çalışmamızda sunulan sonuçlar; alt ekstremitte kırığı sonrası alçılı olan hastaların yalnızca fizyolojik değil, psikolojik, sosyal, estetik ve duygusal sorunlar da yaşadığını göstermektedir. Alçılı bireylerin yaşadıkları deneyimleri anlamak bakımın kalitesinin ve hasta memnuniyetinin artmasını sağlayacaktır. Bu yaralanmayı yaşayan bireylerin deneyimlerine dayandırılan bakımın, hasta merkezli ve bireysel hasta eğitimlerinin güçlendirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Öneriler

Hemşirelerin hasta deneyimlerini anlaması, holistik bakıma dahil etmesi ve bireylere yaşadıkları rol kayıpları ile ilgili danışmanlık ve rehberlik etmesi önerilmektedir.

II. AŞAMA: ROY’UN ADAPTASYON MODELİ İLE VERİLEN EĞİTİMİN ALÇI UYGULANAN HASTALARIN ÖZ BAKIM GÜCÜNE VE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARINA ETKİSİ (NİCEL ÇALIŞMA)

BÖLÜM VI

Yöntem

Araştırma Tipi

Araştırmanın 2. Aşaması olan bu bölümü; alçı uygulanan hastalara Roy’un Adaptasyon Modeli temelinde uygulanan hemşirelik girişimlerinin öz bakım gücü ve başa çıkma tutumlarına etkisini belirlemek amacı ile randomize, ön test-son test kontrollü deneysel tasarımda gerçekleştirilmiştir (ClinicalTrials.gov ID: NCT05010213) (EK10). Bu aşamada, araştırmamızın birinci aşamasındaki bireysel derinlemesine görüşmeler sonucunda belirlenen gereksinimler doğrultusunda Roy’un Adaptasyon Modeline temellendirilerek hazırlanan eğitim müdahalesi yapılmıştır.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, KKTC’nin başkenti Lefkoşa’da bulunan YDÜH’nin Ortopedi ve Travmatoloji polikliniğinde Temmuz 2021-Aralık 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Ortopedi ve Travmatoloji polikliniğinde 09.00-17.00 saatleri arasında hizmet verilmektedir. Poliklinikte dört doktor, iki poliklinik hemşiresi ve iki sekreter görev yapmaktadır. Poliklinik hemşireleri hasta muayenesi sırasında görev almakta ve cerrahi uygulanan hastaların yara bakımı ile ilgilenmektedir. Kırık tespit edilip sirküler alçı ile tedavi edilen hastalara, alçılama sonrası hekim tarafından sözel bilgi verilmekte, planlı bir eğitim uygulanmamakta ve aynı gün taburcu edilmektedirler. Hastalar tüm bu tedavi süreci içerisinde herhangi bir sorunla karşılaştıklarında ilgili doktora ulaşmaktadırlar. Sorun yaşamayan hastalar alçı uygulaması sonrası ikinci hafta kontrole gelmekte ve 6 haftalık alçı tedavisi bittikten sonra alçıları poliklinikte çıkarılmakta ve son kontrolleri doktorları tarafından yapılmaktadır.

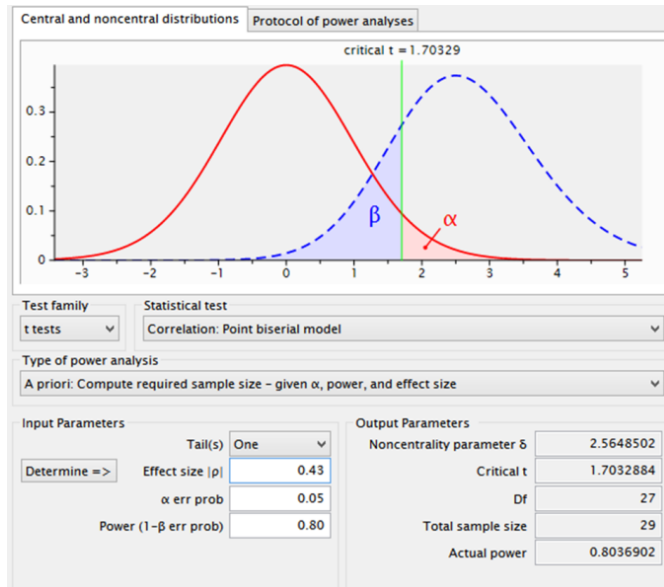
Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini YDÜH’nde, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı tarafından Poliklinik ve Acil Serviste alt ekstremité alçısı uygulanmış tüm hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemine YDÜH’nde tedavi edilen ve örnekleme dahil edilme kriterlerine uyan alçılı hastalar alınmıştır.

Örneklem büyüklüğünü etkileyen başlıca faktörler tip I hata (α), güç ve etki büyüklüğüdür (Keskin, 2020). Çalışmaların genel olarak en az %80 güce sahip olması gerekmektedir (Alkan, & diğ., 2015). Araştırmanın örneklem büyüklüğü istatistik alanındaki bir öğretim üyesinden danışmanlık desteği alınarak ve G*Power 3.1.9.7 programı ile %80 güç, %5 hata payı ve 0,43 etki büyüklüğü ile belirlenmiş ve 29 deney, 29 kontrol 58 kişi olması gerektiği bulunmuştur (Şekil 14.) (Richard, & diğ., 2003). Çalışmadan ayrılan veya kayıp veriler gibi faktörlerin istatistiksel gücü azaltmaması için güç analizinde hesaplanan örneklem büyüklüğünün %10-20 gibi bir oranda daha fazla alınması gerektiği önerisi dikkate alınmıştır (Suresh & Chandrashekara, 2012).

Şekil 14.

*G*Power Programı ile Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması*



Veri toplama süreci sonunda ise 34 kontrol ve 31 deney olmak üzere 65 hastaya ulaşılmıştır.

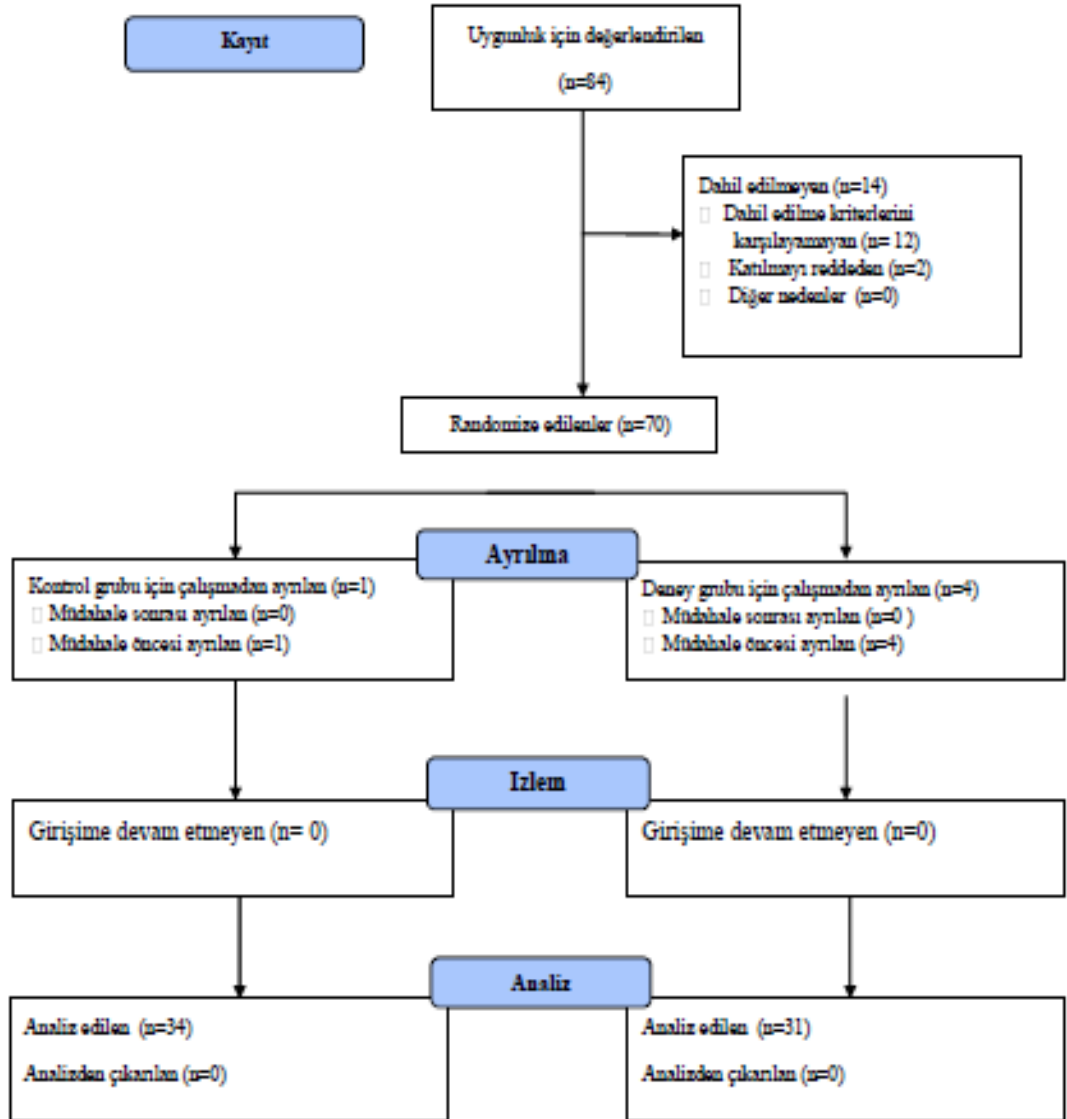
Çalışma sonunda post hoc analizleri yapılarak araştırmanın gücü ortaya konmuştur. Çalışmanın Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamaları kullanılarak yapılan $\alpha=0,05$ anlamlılık düzeyinde etki büyüklüğü 0,72 olarak hesaplanmıştır. Deney grubundaki bireylerin “Öz Bakım Gücü Ölçeği” puanları çalışma başlangıcında öngörülenden fazla artmıştır (11,55 puan). G*Power programı kullanılarak örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu, çalışmanın gücünün %89 olduğu belirlenmiştir (EK 11).

Randomizasyon

Deney ve kontrol gruplarında seçim yanlılığını ortadan kaldırmak, eşit sayıda örneklem sağlamak ve etkinliği incelenecek etkenler açısından her iki grubun benzer olmasını sağlamak amacıyla randomizasyon yapılmıştır. Araştırmada blok randomizasyon yöntemi kullanılmıştır. Araştırma dışında bir öğretim üyesi tarafından bilgisayar ortamında bir web sitesi kullanılarak (<https://www.randomizer.org/>) randomizasyon yapılmış ve randomizasyon listesi kapalı zarf ile araştırmacıya verilmiş, kör teknik sağlanmıştır. Araştırmanın uygunluğu açısından değerlendirilen ve araştırma kapsamına alınan hastalar CONSORT Akış Diyagramında (Şekil 15) yer almaktadır.

Şekil 15.

CONSORT Akış Diyagramı

**Körleme**

Her bir bireyin dahil olacağı grup ancak o birey çalışmaya kayıt edildikten sonra araştırmacının zarfı açması ile belli olmuştur. Bu tez çalışmasında gruplar yönünden kodlanmış verilerin analizi ve raporlanması, deney ve kontrol grubunda

kimler olduğunu bilmeyen araştırma dışından bir başka araştırmacı tarafından yapılmıştır. Pandemi ve dolayısıyla değişen hastane prosedürleri hastalar arası etkileşimin önüne geçmiş, araştırmaya katılan bireylerin hangi grupta olduklarını bilmemeleri sağlanmıştır. Bu nedenlerle tek yönlü körleme yapılmıştır.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Alt ekstremitte kırığı olma,
- 18-50 yaş arasında olma,
- En az 6 hafta alçılı olma,
- İletişim problemi olmaması,
- Türkçe konuşup, okuma yazma bilen,

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Üst ekstremitte kırığı,
- Kırık öncesi hareket kısıtlaması bulunması,
- Cerrahi girişim geçirme,
- Olası bir nedenle izlem süresini tamamlayamayan,
- Cerrahi müdahale gerektiren hastalar.

Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

- Öz Bakım Gücü Ölçek Puan Ortalaması
- Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamaları

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

- Hastaların tanıtıcı özellikleri
- Eğitim düzeyi
- Kırık nedeni
- Alçı deneyimine ilişkin özellikler
- Kırık deneyimine ilişkin özellikler
- Roy'un Adaptasyon Modeli'ne göre yapılandırılmış hemşirelik eğitimi

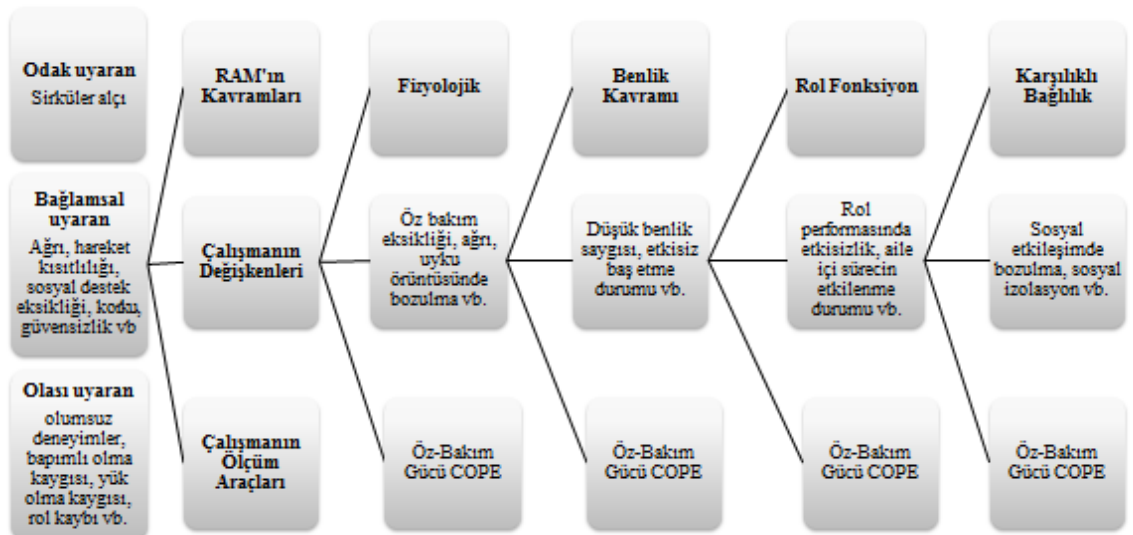
Araştırmanın Kavramsal-Kuramsal Deneysel Yapısı

Araştırmanın hemşirelik uygulamalarına dayalı Kavramsal, Kuramsal, Deneysel [Conceptual-Theoretical-Empirical (CTE)] yapısı RAM'a göre oluşturulmuştur (Fawcett, 2005; Çatal & Dicle, 2014). Araştırmanın Kavramsal-Kuramsal-Deneysel Yapısı Şekil 16'da yer almaktadır. Araştırmanın Kavramsal (Conceptual-C) yapısı; uyanlar (*odak, bağlamsal, olası*) ve uyum alanlarına (*fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyon, karşılıklı bağlılık*) ilişkin kavramları içermektedir. Araştırmanın Kuramsal (Theoretical-T) yapısı; kavramsal yapı doğrultusunda araştırmayla ilgili değişkenleri içermektedir. Araştırmanın Deneysel (Empirical-E) yapısı ise; araştırmanın deneysel göstergelerini içermektedir.

Araştırmada uygulanan RAM'a temellendirilmiş hemşirelik eğitimi ile alçılı hastaların fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyon ve karşılıklı bağlılık uyum alanlarının etkilenmesi amaçlanmıştır. Uyum alanlarına ilişkin etkiler Öz Bakım Gücü Ölçeği ve COPE ile değerlendirilmiştir.

Şekil 16.

Araştırmanın Kavramsal-Kuramsal-Deneysel Yapısı (C-T-E)



Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında Bireysel Tanıtım Formu (EK 2), Öz Bakım Gücü Ölçeği (EK 10) ve COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği) (EK 11) kullanılmıştır.

Bireysel Tanıtım Formu

Hastaların tanıtıcı özelliklerini ve sağlık durumlarını tanımlayan 21 sorudan oluşmaktadır. Soru formunun sosyodemografik özellikler kısmında; hastanın cinsiyeti, yaşı, boyu, kilosu, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, sosyal güvencesi, gelir durumu, yaşadığı yer ve ev tipine ilişkin bilgiler yer almaktadır. Hastaların sağlık durumlarını tanımlayan kısmında ise; önceki kırık ve alçı deneyimi, kırığın nedeni, kırığın olduğu ve alçının uygulandığı bölge, alçı hakkında bilgi durumu, alçılı iken kontrol sıklığına ilişkin sorular bulunmaktadır (Williams, 2010; McPhail, & diğ., 2012; Mokhtari, & diğ., 2020; Zychowicz, 2020).

Öz Bakım Gücü Ölçeği

Kearney ve Fleicher tarafından 1979 yılında 43 madde halinde İngilizce olarak geliştirilen ölçeğin, Türkçe geçerlik güvenirliği 1993 yılında Nahcivan tarafından yapılmış ve 35 maddeye kısaltılmıştır. Ölçek; bireyin öz bakım gücünü ya da kendi-kendisine bakım verme yeteneğini ölçmek için kullanılmaktadır. Bireylerin öz bakıma ilişkin yönelimleri beşli likert tipte olan ölçek ile katılımcıların kendi değerlendirmeleri ile belirlenir. Her bir ifade, 0'dan 4'e kadar puanlanmıştır. Yanıtlardan, "Beni hiç tanımlamıyor" yanıtına 0 puan, "Beni pek tanımlamıyor " 1 puan, "Fikrim yok " 2 puan, "Beni biraz tanımlıyor" 3 puan ve "Beni çok tanımlıyor" yanıtına 4 puan verilir. Ölçekte yer alan 8 madde (3, 6, 9, 13, 19, 22, 26. ve 31. maddeler) negatif değerlendirilir ve puanlama ters döndürülür. Herhangi bir sınır/kesme değeri (cut off value) olmayan ölçekte, maksimum puan ise 140'dır. Ölçekten alınan puanın yüksekliği bireyin öz bakım ya da kendi-kendine bakma yeteneğinin, gücünün yüksekliğini gösterir. "Öz Bakım Gücü Ölçeği" cronbach alfa değeri 0,89 olarak bulunmuştur (Nahcivan, 2004). Bu çalışmanın ise cronbach alfa değeri 0,81 olarak saptanmıştır.

Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)

Carver, Scheier ve Weintraub tarafından 1989’da geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirliği çalışması Ağargün vd. (2005) tarafından yapılmıştır. Ölçek 60 soru, 3 ana bölüm ve 15 alt ölçekten oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Üç ana bölüm; problem odaklı başa çıkma tutumları, emosyonel odaklı başa çıkma tutumları ve işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarıdır. Alt ölçekler ana bölümlerin altında yorumlanır. Her alt ölçek dörder sorudan oluşmaktadır; “1. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme (1, 29, 38, 59), 2. Zihinsel boş verme (2, 16,31, 43), 3. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma (3, 17, 28, 46), 4. Yararlı sosyal destek kullanımı(4, 14, 30, 45), 5.Aktif başa çıkma(5, 25, 47, 58), 6. İnkâr (6,27, 40, 57), 7. Dini olarak başa çıkma (7, 18, 48, 60), 8. Şakaya vurma (8, 20, 36, 50),9. Davranışsal olarak boş verme(9, 24, 37, 51), 10. Geri durma (10, 22, 41, 49), 11.Duygusal sosyal destek kullanımı(11, 23, 34, 52), 12. Madde kullanımı(12, 26, 35,53), 13. Kabullenme (13, 21, 44, 54), 14. Diğer meşguliyetleri bastırma (15, 33, 42,55), 15. Plan yapma (19, 32, 39, 56)” şeklinde değerlendirilir. Değerlendirmede 1, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 14, 15 uyarlanabilir başa çıkma yöntemleri, 2, 3, 6, 9, 12 uyumsuz başa çıkma yöntemleri olarak değerlendirilir.

- Problem odaklı başa çıkma tutumları bölümünde; yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, geri durma, diğer meşguliyetleri bastırma, plan yapma alt ölçekleri yer almaktadır.
- Emosyonel odaklı başa çıkma tutumları bölümünde; pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, inkar, dini olarak başa çıkma, duygusal sosyal destek kullanımı ve kabullenme alt ölçekleri yer almaktadır.
- İşlevsel olmayan başa çıkma tutumları bölümünde; zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, davranışsal olarak boş verme ve madde kullanımı alt ölçekleri yer almaktadır.

“Dörtlü likert tipte olan ölçekte yanıtlar; Asla böyle bir şey yapmam (1), Çok az böyle yaparım (2), Orta derecede böyle yaparım (3), Çoğunlukla böyle yaparım (4) şeklinde değerlendirilir”. Ölçekten toplam puan alınmamaktadır. Alt ölçeklerden alınan puanların yüksekliği hangi başa çıkma tutumunun kişi tarafından daha çok kullanıldığı hakkında yorum yapma olasılığı sağlar. Her bir alt ölçek ayrı bir başa

çıkma tutumu hakkında bilgi verir. “Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)” cronbach alfa değeri 0,79 olarak bulunmuştur (Ağargün, & diğ., 2005). Bu çalışmanın ise cronbach alfa değeri 0,71 olarak saptanmıştır.

Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın uygulanmasında öncelikle YDÜH Ortopedi ve Travmatoloji polikliniği ve Acil Servisine alt ekstremité kırığı ile başvuran hastaların tedavi sürecinin belirlenmesi ve sirküler alçı uygulaması yapılacak hastaların araştırmacıya bildirilmesi ile başlanmıştır. Alçı uygulanacak olan hastaların araştırmacıya bildirilmesi, Ortopedi ve Travmatoloji ve Acil Servis çalışanları tarafından yapılmıştır. Sirküler alçı yapılacak olan hastalar ile uygulama alanında görüşülüp araştırmacı kendini tanıtmış ve çalışmanın amacı ve süreci ile ilgili kısa bilgilendirme yapmıştır. Bireyin çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılama durumuna yönelik sorular sorulmuş ve bilgi alınmıştır. Çalışma kriterlerini karşılayan bireylerden alçılama günü randomizasyon öncesi yazılı ve sözel izin alınmış, ardından ön testler uygulanmıştır. Ön testte, Bireysel Tanıtım Formu, Öz Bakım Gücü Ölçeği ve COPE kullanılmıştır. Ardından blok randomizasyona göre belirlenmiş kapalı zarf açılmış ve hastaların dahil edileceği grup belirlenmiştir.

Kontrol Grubunda Veri Toplama Süreci

- Kontrol grubunda yer alan hastalar ile poliklinik veya acil serviste alçılama sonrası yüz yüze görüşülerek ön test uygulanmıştır. Ön testte; Bireysel Tanıtım Formu, Öz Bakım Gücü Ölçeği ve COPE kullanılarak veriler toplanmıştır.
- Ardından hangi grupta yer alacağı kapalı zarf ile belirlenmiş ve kontrol grubunda yer alacağı belli olan hastalara, ön testler sonrası araştırmacı tarafından herhangi bir eğitim verilmemiştir. Bu sürede etik sorun olmaması için hastanın soruları olursa yanıtlanmıştır.
- Kontrol grubuna alınan bireyler çalışmanın yapıldığı kurumdaki rutin bakımı almıştır. Ardından 6 haftalık alçı tedavisinden sonra alçı çıkarılma işlemi yapılan kontrol grubu hastalar ile ilk hafta içerisinde görüşmek için haberleşilmiş ve uygun gün, yer ve tarih belirlenmiştir.

- Alçı çıkarılması sonrası ilk hafta içerisinde belirlenen gün, yer ve zamanda kontrol grubunda yer alan hastalara son test uygulanmıştır. Son testte; Öz Bakım Gücü Ölçeği ve COPE kullanılarak veriler toplanmıştır.
- Veri toplama araçlarının uygulanması 20-25 dakika arasında sürmüş, etik açıdan hastaların bu sürede soruları olursa yanıtlanmıştır.

Kontrol grubu hastalara verilen rutin bakım; alçı uygulaması sonrası bilgilendirme ve taburculuk eğitimi hekim tarafından gerçekleşmekte olup, planlı bir eğitim uygulanmamaktadır. Hastaya yapılan bilgilendirme sözel olup, kontrol zamanları, ekstremita takibi ve alçı takibini içermektedir. Bilgilendirme esnasında hastaya herhangi bir yazılı veya görsel materyal verilmemektedir.

Deney Grubunda Veri Toplama Süreci

- Deney grubunda yer alan hastalar ile poliklinik veya acil serviste alçılama sonrası yüz yüze görüşülerek ön test uygulanmıştır. Ön testte; Bireysel Tanıtım Formu, Öz Bakım Gücü Ölçeği ve COPE kullanılarak veriler toplanmıştır.
- Ardından hangi grupta yer alacağı kapalı zarf ile belirlenmiş ve deney grubunda yer alacağı belli olan hastalara, çalışmanın yapıldığı kurumdaki rutin bakım ile beraber RAM'a temellendirilmiş eğitim verilmiştir.
- Deney grubunda yer alan hastalara danışmanlık kapsamında, araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim rehberi içeriğinde yer alan bilgiler (öz bakım yönetimi, hijyen vb. görsel materyallerden yararlanılarak, yüz yüze görüşme yöntemiyle verilmiştir.
- Eğitim içeriğinde ve bakımda yer alan egzersizler ve alçılı iken destek alabileceği yardımcı araç gereç kullanımına ilişkin bilgiler uygulamalı olarak gösterilmiştir.
- Görüşmede hastanın varsa sorularını sorması için zaman verilmiş ve soruları yanıtlanmıştır.
- Deney grubundaki hastalar ile araştırmacının iletişim bilgileri paylaşılmış, olası sorun ve soruları ile ilgili ulaşabilecekleri bildirilmiştir. Ayrıca telefonla hastaların kontrole gelecekleri zamanlarla ilgili tarih bilgisi alınmıştır.
- Eğitim sonrası eğitim rehberi (EK 14) hastalara verilmiştir.

- Bu süreçte soru ya da sorunları olan hastalar ile telefon araması ve görüntülü arama yoluyla görüşülmüş ve konuya ilişkin çözümler hasta ve yakınları ile üretilmiştir. Gerekli durumlarda hekim ile görüşülmüş bilgilendirme sağlanmıştır.
- Ardından 6 haftalık alçı tedavisinden sonra alçısı çıkarılmış deney grubu hastalar ile ilk hafta içerisinde görüşmek için haberleşilmiş ve uygun gün, yer ve tarih belirlenmiştir.
- Alçı çıkarılması sonrası ilk hafta içerisinde belirlenen gün, yer ve zamanda deney grubunda yer alan hastalara son test uygulanmıştır. Son testte; Öz Bakım Gücü Ölçeği ve COPE kullanılarak veriler toplanmıştır.
- Veri toplama araçlarının uygulanması 20-25 dakika arasında sürmüştür.

Eğitim rehberi (EK 14)

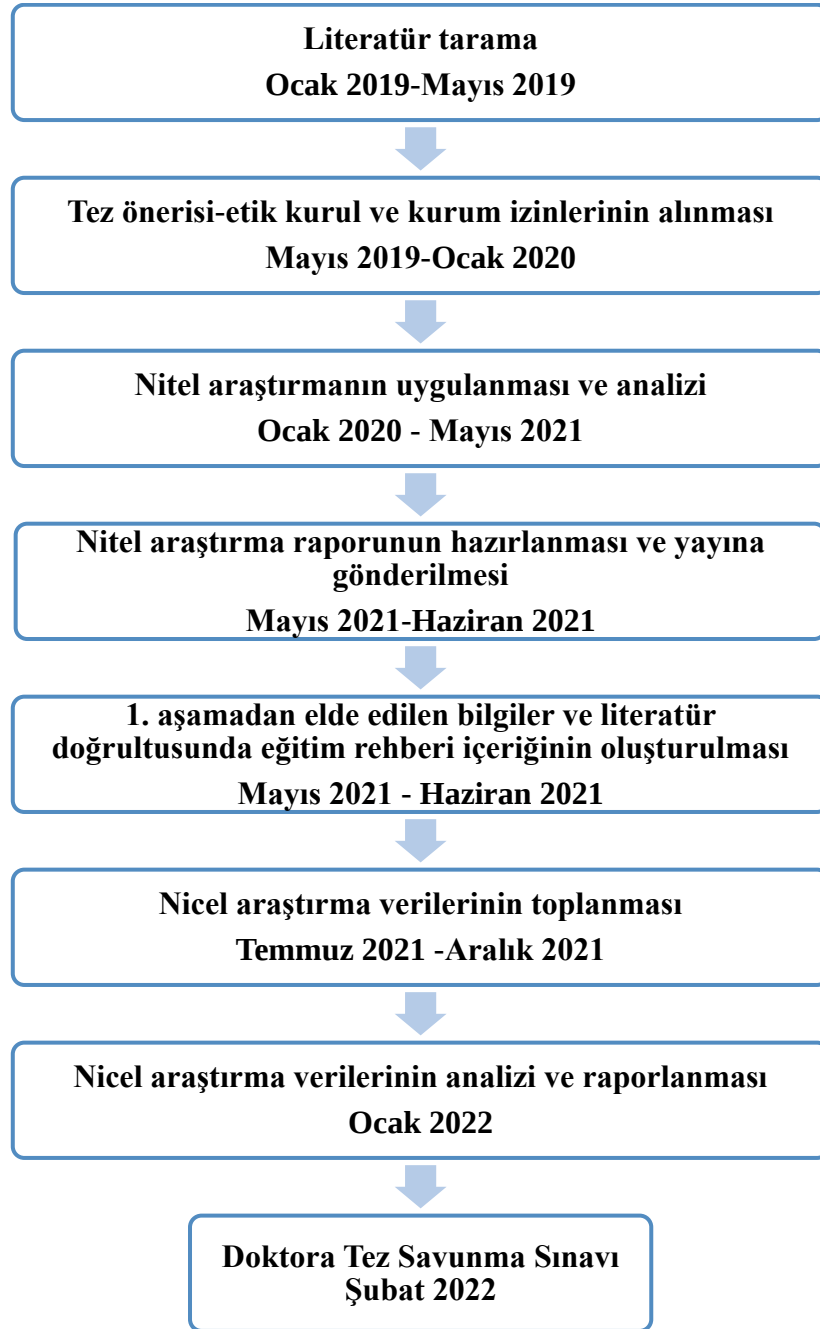
Eğitim rehberinin içeriği araştırmanın birinci aşaması olan nitel çalışma sonuçlarından elde edilen, hastaların ihtiyaç duyduğu bilgiler ve yaşadıkları sorunlar temel alınarak araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Rehberde, sirküler alçı uygulanan hastaların bakımı, alçı uygulaması sonrası karşılaşılabilecekleri güçlükler ve evde bakım sürecinde ihtiyaç duyabilecekleri bilgiler literatür doğrultusunda RAM'a uygun şekilde hazırlanmıştır (Sönmez, 2007; Williams, 2010; McPhail, & diğ., 2012; Adib-Hajbaghery & Mokhtari, 2018; McKeown, & diğ., 2020). Rehber ile ilgili bir akademisyen hemşire, iki ortopedi hemşiresi ve iki ortopedistten görüş alınmıştır. Uzman görüşleri sonrası gerekli değişiklikler yapılmıştır. Eğitim rehberi içeriği; fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyon ve karşılıklı bağlılık uyum alanlarına ilişkin bakıma göre şekillendirilmiştir.

Araştırma Planı ve Takvimi

Nitel araştırmanın planı ve takvimi Şekil 17’de verilmiştir.

Şekil 17.

Araştırmanın Nicel aşama planı ve takvimi



Verilerin Analizi

Araştırmanın ikinci aşamasının verilerinin analizinde Statistical Package for Social Sciences 23.0 programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiklerin analizi için; yüzde ve frekans tabloları, kategorik değişkenlerin değerlendirilmesinde ki-kare testi (X^2) ve normal dağılıma uygunluğun değerlendirilmesi için Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren veriler için Bağımsız Örneklemde t Testi ve Bağımlı Gruplarda t Testi, normal dağılım göstermeyen ikili kategorik verilerin değerlendirilmesinde Mann-Whitney-U Testi kullanılmıştır. Veriler %95’lik güven aralığında ve $p<0.05$ hata payı ile değerlendirilmiştir. İki grup ortalaması arasındaki farkın hesaplandığı istatistiksel yöntemler için etki büyüklüğü hesaplamasında genellikle Cohen’s d formülü kullanılmaktadır. Cohen’s d grupların ortalamaları ve harmanlanmış standart sapmaları (pooled standart deviation) ile hesaplanmaktadır. Hesaplamalar sonucunda elde edilen d değerinin 0,20’den küçük olması durumunda etki büyüklüğünün zayıf, 0,50 olması durumunda orta ve 0,80’den büyük olması durumunda ise büyük etki büyüklüğünü ifade etmektedir.

Araştırmacının Yeterliliği

Araştırmacı araştırmayı yürütebilmek ve nitel araştırma konusunda yeterlik kazanmak amacıyla ders ve eğitimler almıştır.

- BİS701 İleri Araştırma Yöntemleri dersi,
- HEM701 Hemşirelikte Araştırma Yöntemleri ve Epidemiyoloji dersi,
- Deneysel Araştırma Tasarımları Kursu, 19 Aralık 2019, Ankara.
- Online Temel Düzey SPSS Kursu (6-8 Şubat 2021) (EK 15)
- Randomize Kontrollü Deneyler Kursu (8-10 Aralık 2020) (EK 16)

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın öz bakım gücüne etkisi ve başa çıkma tutumlarına etkisi tartışılırken, literatürde bu konuda yapılmış çalışmaya ulaşamaması sınırlılık olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için, Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay (YDU/2019/69-837) (EK 17), araştırmanın yapılacağı hastaneden kurum izni (EK 9), çalışmaya katılan hastalardan araştırmanın amacı ve tasarımı hakkında bilgilendirilerek yazılı onam (EK 18) ve araştırma kapsamında kullanılan ölçeklerin geçerlik ve güvenirliğini yapmış olan araştırmacılardan gerekli izinler (EK 19) alınmıştır.

BÖLÜM VIII

Bulgular ve Yorumlar

BULGULAR

Bu bölümde, deney ve kontrol grubunda bulunan katılımcıların tanıtıcı bilgileri, Öz Bakım Gücü ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme ölçek puan dağılımları ve karşılaştırmaları bulunmaktadır.

Tablo 10.

Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri

Özellikler		Deney Grubu (n=31)		Kontrol Grubu (n=34)		p
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	15	48,4	13	38,2	$\chi^2 = 0,682$
	Erkek	16	51,6	21	61,8	$p = 0,409$
Medeni durum	Evli	18	58,1	21	61,8	$\chi^2 = 0,093$
	Bekar	13	41,9	13	38,2	$p = 0,761$
Eğitim durumu	Ortaöğretim ve altı	0	0	4	11,8	$\chi^2 = 5,708$
	Lise	11	35,5	6	17,6	$p = 0,060$
	Üniversite ve üzeri	20	64,4	24	70,6	
Meslek	Çalışmıyor	3	9,7	4	11,8	
	Memur	7	22,6	7	20,6	$\chi^2 = 0,525$
	İşçi	6	19,4	6	17,6	$p = 0,971$
	Serbest	9	29,0	12	35,3	
	Meslek					
	Öğrenci	6	19,4	5	14,7	
Sosyal güvence	Var	25	80,6	23	67,6	$\chi^2 = 1,418$
	Yok	6	19,4	11	32,4	$p = 0,234$
Gelir durumu	Gelir gidere göre az	7	22,6	9	26,5	$\chi^2 = 0,139$
	Gelir ve gidere denk	19	58,1	19	55,9	$p = 0,933$
	Gelir gidere göre yüksek	6	19,4	6	17,6	

Tablo 10.*Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri (Devamı)*

Yaşanılan yer	İl	16	51,6	14	41,2	$\chi^2 = 0,711$
	İlçe	6	19,4	8	23,5	$p = 0,701$
	Köy/Belde	9	29,0	12	35,3	
Yaşanılan ev tipi	Apartman	17	54,8	18	52,9	$\chi^2 = 0,023$
	Dairesi					$p = 0,878$
	Müstakil Ev	14	45,2	16	47,1	
Alçı uygulaması ile ilgili bilgi durumu	Evet	17	54,8	21	61,8	$\chi^2 = 0,320$
	Hayır	14	45,2	13	38,2	$p = 0,571$
Alçı uygulaması ile ilgili bilginin nereden alındığı	Bilgisi	14	45,2	13	38,2	
	olmayan					
	Önceki deneyim	7	22,6	10	29,4	$\chi^2 = 0,496$
	Hasta yakını	3	9,7	3	8,8	$p = 0,920$
	Okuma	7	22,6	8	23,5	
Alçı ve evde bakıma yönelik bilgi durumu	Evet	11	35,5	11	32,4	$\chi^2 = 0,253$
	Hayır	10	32,3	10	29,4	$p = 0,881$
	Kısmen	10	32,3	13	38,2	
Alçı ve evde bakıma yönelik bilginin nereden alındığı	Bilgisi	10	32,3	10	29,4	
	olmayan					$\chi^2 = 0,291$
	Doktor	17	54,8	18	52,9	$p = 0,865$
	Hemşire	4	12,9	6	17,6	

Tablo 10.*Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri (Devamı)*

	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	<i>p</i>
Yaş ortalaması	36,58 ± 8,46	35,38 ± 8,99	t = 0,552 p= 0,583
Boy ortalaması (cm)	172,77 ± 8,34	171,56 ± 7,87	t = 0,604 p= 0,548
Kilo ortalaması (kg)	72,58 ± 12,85	70,03 ± 12,52	t = 0,810 p= 0,421
Alçı varken kontrole gitme	2,94 ± 1,18	2,85 ± 1,18	t = 0,281 p= 0,780

p value < 0,05 ; χ^2 : Chi-Square Tests ; t : Independent Sample T test

Tablo 10’da deney ve kontrol grubunda bulunan katılımcıların tanıtıcı özellikleri bulunmaktadır. Deney grubunda bulunan bireylerin %58,1’i (n=18), kontrol grubunda bulunan bireylerin %61,8’i (n=21) evlidir. Deney grubundaki bireylerin %64,4’ü (n=20), kontrol grubundaki bireylerin %70,6’sı (n=24) üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahipken, deney grubunda %29,0’u (n=9), kontrol grubunda %35,3’ü serbest meslek sahibidir. Deney grubunda yer alan bireylerin %80,6’sının (n=25), kontrol grubunda yer alan bireylerin %67,6’sının (n=23) sosyal güvencesi bulunmakta ve deney grubunda %58,1’i (n=19), kontrol grubunda %55,9’u (n=19) gelir ve giderini dengede olarak algılamaktadır. Bireylerin yaşadığı yer ve ev özellikleri incelendiğinde; deney grubundaki katılımcıların %51,6’sının (n=16), kontrol grubundaki katılımcıların %41,2’sinin (n=14) ilde yaşadığı, deney grubundakilerin %54,8’inin (n=17), kontrol grubundakilerin %52,9’unun (n=18) apartman dairesinde kaldığı belirlenmiştir.

Bireylerin alçı uygulamasına ilişkin bilgilerine bakıldığında; deney grubunda %45,2’sinin (n=14), kontrol grubunda %38,2’sinin (n=13) alçı uygulaması ile ilgili herhangi bir bilgisi bulunmamaktadır. Deney grubundaki hastaların %35,5’i (n=11), kontrol grubundaki hastaların 32,4’ünün (n=11) alçı ve evde bakımına yönelik bilgi sahibi olduğu, deney grubunda %54,8’inin (n=17), kontrol grubunda %52,9’unun (n=18) sahip olduğu bilgiyi doktordan aldığı belirlenmiştir.

Deney grubundaki bireylerin yaş ortalaması $36,58 \pm 8,46$, kontrol grubunun ise $35,38 \pm 8,99$ olduğu belirlenmiştir. Deney grubunda boy ortalaması $172,77 \pm 8,34$ cm. iken, kontrol grubunda $171,56 \pm 7,87$ 'dir. Deney grubunun kilo ortalaması $72,58 \pm 12,85$, kontrol grubunun $70,03 \pm 12,52$ 'dir. Alçılı iken kontrole gitme ortalamaları deney grubu için $2,94 \pm 1,18$ kez, kontrol grubu için $2,85 \pm 1,18$ 'dir. Deney ve kontrol grupları arasında tanıtıcı özellikler açısından istatistiksel anlamlı ilişki bulunmamıştır. Grupların tüm özellikler bakımından birbirinden bağımsız ve homojen olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 11.

Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Katılımcıların Kırık ve Alçı Deneyimine İlişkin Özellikler

Özellikler		Deney Grubu		Kontrol Grubu		p
		n	%	n	%	
Kırık deneyimi	Evet	7	22,6	10	29,4	$\chi^2 = 0,392$
	Hayır	24	77,4	24	70,6	$p=0,531$
Alçı deneyimi	Evet	7	22,6	10	29,4	$\chi^2 = 0,392$
	Hayır	24	77,4	24	70,6	$p= 0,531$
Kırığın nedeni	Düşme	17	54,8	17	50,0	
	Trafik kazası	7	22,6	7	20,6	$\chi^2 = 0,863$
	Spor yaralanmaları	3	9,7	6	17,6	$p=0,834$
	Burkulma	4	12,9	4	11,8	
Kırık bölgesi	Ayak	11	35,5	12	35,3	$\chi^2 = 0,001$
	Ayak bileği	20	64,5	22	64,7	$p=0,987$
Alçı bölgesi	Uzun bacak	12	38,7	12	35,3	$\chi^2 = 0,081$
	Kısa bacak	19	61,3	22	64,7	$p= 0,776$

p value < 0,05 ; χ^2 : Chi- Square Tests

Deney ve kontrol grubundaki hastaların kırık ve alçı deneyimine ilişkin özellikleri Tablo 11’de verilmiştir. Deney grubundaki katılımcıların %77,4’ü (n=24), kontrol grubundaki katılımcıların %70,6’sı (n=24) herhangi bir kırık ya da alçı deneyimi yaşamamıştır. Deney grubundaki bireylerin %54,8’i, kontrol grubundaki bireylerin %50,0’ı (n=17) düşme sonucu kırık yaşamış, deney grubunun %64,5’i, kontrol grubunun %64,7’si ayak bileği kırığı yaşamıştır. Deney grubundaki hastaların %61,3’ü (n=19), kontrol grubundaki hastaların %64,7’sine (n=22) kısa bacak alçısı uygulanmıştır. Deney ve kontrol grupları arasında kırık ve alçı deneyimine ilişkin özellikler açısından istatistiksel ilişki bulunmamıştır. Grupların kırık ve alçı deneyimine ilişkin özellikler bakımından birbirinden bağımsız ve homojen olduğu belirlenmiştir (p>0.05).

Tablo 12.

Deney Grubu ve Kontrol Grubunun Öz Bakım Gücü Ölçeği Ön-Test Puan Ortalamaları Dağılımı

Öz Bakım Gücü Ölçeği	Minimum	Maksimum	$\bar{X} \pm SS$	t	p
Deney Grubu	59,0	129,0	93,67 $\pm$ 12,83	-0,468	0,641
Kontrol Grubu	52,0	113,0	95,05 $\pm$ 10,95		

p value < 0,05 ; t : Independent Sample T test

Deney ve kontrol grubunda bulunan bireylerin ‘Öz Bakım Gücü Ölçeği’ ön test puan ortalamaları dağılımları Tablo 12’de verilmiştir. Öz Bakım Gücü ölçeği ön test puan ortalamaları, deney grubunda 93,67 $\pm$ 12,83; kontrol grubunda 95,05 $\pm$ 10,95 olarak bulunmuştur. Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamaları açısından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 13.*Deney Grubu ve Kontrol Grubunun COPE Ön-Test Puan Ortalamaları Dağılımı*

COPE		Deney Grubu			Kontrol Grubu			p
		Min	Maks	$\bar{X} \pm SS$	Min	Maks	$\bar{X} \pm SS$	
Problem Odaklı Başa Çıkma Tutumları	Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	5,0	16,0	10,22± 2,66	5,0	16,0	10,23± 2,61	t= -,014 p=0,989
	Aktif Başa Çıkma	9,0	16,0	12,16± 1,79	9,0	16,0	12,08± 1,76	t=0,166 p=0,869
	Geri Durma	6,0	15,0	10,38± 2,20	6,0	15,0	10,14± 2,11	t= -,046 p=0,963
	Diğer Meşguliyetleri Bastırma	7,0	13,0	10,35± 1,58	7,0	13,0	10,29± 1,54	t= 0,156 p=0,876
	Plan Yapma	9,0	16,0	12,87± 1,99	9,0	16,0	12,85± 1,94	t=0,037 p=0,971
	Pozitif Yeniden Yorumlama ve Geliştirme	8,0	15,0	11,74± 1,45	8,0	15,0	11,79± 1,45	t= -,144 p=0,886
	İnkâr	4,0	16,0	8,16± 2,62	4,0	16,0	8,26± 2,59	t= -,160 p=0,874
	Dini Olarak Başa Çıkma	8,0	16,0	11,51± 3,27	8,0	16,0	11,20± 3,28	t=0,381 p=0,704
Emosyonel Odaklı Başa Çıkma Tutumları	Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	6,0	16,0	10,67± 2,37	6,0	16,0	10,64± 2,28	t=0,053 p=0,958
	Kabullenme	5,0	13,0	9,29± 1,69	5,0	13,0	9,41± 1,70	t= -,287 p=0,775

Tablo 13.*Deney Grubu ve Kontrol Grubunun COPE Ön-Test Puan Ortalamaları Dağılımı (Devamı)*

İşlevsel Olmayan Başa Çıkma Tutumları	Zihinsel Boş Verme	6,0	16,0	10,45± 2,43	6,0	16,0	10,73± 2,50	t= -,463 p=0,645
	Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	7,0	15,0	11,12± 1,83	7,0	15,0	11,23± 1,85	t= -,231 p=0,818
	Şakaya Vurma	5,0	15,0	8,80± 2,21	5,0	15,0	8,85± 2,31	t= -,083 p=0,934
	Davranışsal Olarak Boş Verme	4,0	10,0	6,45 ± 1,74	4,0	10,0	6,41± 1,72	t=0,092 p=0,927
	Madde Kullanımı	4,0	16,0	9,38 ± 3,59	4,0	16,0	9,41± 3,44	t= -,028 p=0,978

p value < 0,05 ; t : Independent Sample T test

Deney ve kontrol grubunda bulunan bireylerin COPE ön test puan ortalamaları dağılımı Tablo 13'te verilmiştir. COPE alt ölçekleri puan ortalamaları açısından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Deney ve kontrol grubu incelenen bağımsız değişkenler açısından benzerdir ($p>0,05$).

Tablo 14.

Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Katılımcıların Öz Bakım Gücü Ölçeği Puan Ortalamaları Dağılımları

Öz Bakım Gücü Ölçeği	Deney Grubu $\bar{X} \pm SS$	Kontrol Grubu $\bar{X} \pm SS$	t^{**}	p
Ön-test	93,67 $\pm$ 12,83	95,05 $\pm$ 10,95	-0,792	0,641
Son-test	105,22 $\pm$ 11,52	97,50 $\pm$ 11,20	2,740	0,008
t^*	-12,501	-7,515		
p	0,000	0,000		

p value < 0,05 ; t = Independent Sample T test

Deney ve kontrol grubunda bulunan bireylerin Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamaları dağılımları Tablo 14’te verilmiştir. Eğitim öncesi dönemde uygulanan Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,641$). Eğitim sonrası Öz Bakım Gücü Ölçeğinden alınan puan ortalamalarında, deney grubu ve kontrol grubu arasında istatistiksel fark saptanmıştır ($p=0,008$).

Deney ve kontrol grubunda bulunan bireylerin grup ön test ve son test puan ortalamaları arasında da istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,000$).

Tablo 15.

Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Katılımcıların COPE ‘Problem Odaklı Başa Çıkma Tutumları’ Puan Ortalamaları Dağılımları

COPE			Deney Grubu $\bar{X} \pm SS$	Kontrol Grubu $\bar{X} \pm SS$	t**	p
Problem Odaklı Basa Çıkma Tutumları	Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	Ön test	10,22±2,66	10,23 ±2,61	-0,014	0,989
		Son test	12,29±1,88	10,67±2,50	2,912	0,005
		t*	-5,612	-2,681		
		p	0,000	0,011		
	Aktif Basa Çıkma	Ön test	12,16± 1,79	12,08 ±1,76	0,166	0,869
		Son test	12,70± 1,61	12,32±1,73	0,926	0,358
		t*	-2,003	-2,264		
		p	0,05	0,030		
	Geri Durma	Ön test	10,38± 2,20	10,14 ± 2,11	-0,046	0,963
		Son test	9,90± 1,44	9,91± 2,31	-0,018	0,986
		t*	1,422	2,269		
		p	0,165	0,030		
	Diğer Meşguliyetleri Bastırma	Ön test	10,35± 1,58	10,29 ± 1,54	0,156	0,876
		Son test	11,32±1,77	10,02±1,69	3,001	0,004
		t*	-3,321	1,000		
		p	0,002	0,325		
	Plan Yapma	Ön test	12,87±1,99	12,85±1,94	0,037	0,971
		Son test	12,80±1,66	13,47±1,91	-1,489	0,142
		t*	0,320	-3,355		
		p	0,751	0,002		

p value < 0,05 ; t*: Paired T Test ; t**: Independent Samples T Test

Deney ve kontrol grubunda bulunan bireylerin COPE “Problem Odaklı Başa Çıkma Tutumları” puan ortalamaları dağılımları Tablo 15’te verilmiştir. Eğitim müdahalesi sonrası COPE “Problem Odaklı Başa Çıkma Tutumları” alt ölçeklerinden ‘yararlı sosyal destek kullanımı’ ve ‘diğer meşguliyetleri bastırma’ puan ortalamalarında, deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05). Eğitim müdahalesi sonrası COPE “Problem Odaklı Başa Çıkma Tutumları” alt ölçeklerinden “aktif başa çıkma”, ‘geri durma’ ve ‘plan yapma’

puan ortalamalarında, deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 16.

Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Katılımcıların COPE ‘Emosyonel Odaklı Başa Çıkma Tutumları’ Puan Ortalamaları Dağılımları

COPE			Deney Grubu $\bar{X} \pm SS$	Kontrol Grubu $\bar{X} \pm SS$	t**	p
Emosyonel Odaklı Başa Çıkma Tutumları	Pozitif Yeniden Yorumlama ve Geliştirme	Ön test	11,74±1,45	11,79±1,45	-0,144	0,874
		Son test	13,29±1,79	12,50±1,50	1,932	0,050
		t*	-5,657	-3,783		
		p	0,000	0,001		
	İnkâr	Ön test	8,16±2,62	8,26±2,59	-0,144	0,874
		Son test	8,29± 2,23	8,00± 2,77	0,461	0,646
		t*	-0,779	1,553		
		p	0,442	0,130		
	Dini Olarak Başa Çıkma	Ön test	11,51±3,27	11,20±3,28	0,381	0,704
		Son test	12,32± 2,48	11,50± 2,52	1,322	0,191
		t*	-2,402	-0,903		
		p	0,203	0,373		
	Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	Ön test	10,67±2,37	10,64±2,28	0,053	0,958
		Son test	12,51±1,85	10,67±2,39	3,434	0,001
		t*	-4,458	-0,150		
		p	0,000	0,881		
	Kabullenme	Ön test	9,29±1,69	9,41±1,70	-0,287	0,775
		Son test	9,51±1,52	9,32±1,88	0,450	0,645
		t*	-0,942	0,649		
		p	0,354	0,521		

p value < 0,05 ; t*: Paired T Test ; t**: Independent Samples T Test

Deney ve kontrol grubunda bulunan bireylerin COPE “Emosyonel Odaklı Başa Çıkma Tutumları” puan ortalamaları dağılımları Tablo 16’da verilmiştir. Eğitim müdahalesi sonrası COPE “Emosyonel Odaklı Başa Çıkma Tutumları” alt ölçeklerinden ‘pozitif yeniden yorumlama ve geliştirme’ ve ‘duygusal sosyal destek kullanımı’ puan ortalamalarında, deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05). Eğitim müdahalesi sonrası COPE “Emosyonel Odaklı Başa Çıkma Tutumları” alt ölçeklerinden ‘inkâr’, ‘dini olarak başa çıkma’ ve

‘kabullenme’ puan ortalamalarında, deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 17.

Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Katılımcıların COPE ‘İşlevsel Olmayan Başa Çıkma Tutumları’ Puan Ortalamaları Dağılımları

COPE			Deney Grubu $\bar{X} \pm SS$	Kontrol Grubu $\bar{X} \pm SS$	t**	p
İşlevsel Olmayan Başa Çıkma Tutumları	Zihinsel Boş Verme	Ön test	10,45±2,43	10,73±2,50	-0,463	0,645
		Son test	11,35 ± 1,15	10,05± 2,10	2,454	0,017
		t*	-2,618	2,396		
		p	0,014	0,022		
	Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	Ön test	11,12±1,83	11,23±1,85	-0,231	0,818
		Son test	11,83± 2,05	10,73± 1,86	2,73	0,026
		t*	-2,544	1,940		
		p	0,016	0,061		
	Şakaya Vurma	Ön test	8,80±2,21	8,85±2,31	-0,083	0,934
		Son test	10,09 ± 2,37	8,91± 2,90	1,791	0,078
		t*	-5,336	-0,208		
		p	0,000	0,837		
	Davranışsal Olarak Boş Verme	Ön test	6,45±1,74	6,41±1,72	0,092	0,927
		Son test	5,77± 1,28	6,29± 1,66	-1,402	0,166
		t*	4,532	1,277		
		p	0,000	0,211		
	Madde Kullanımı	Ön test	9,38±3,59	9,41±3,44	-0,028	0,978
		Son test	8,35±2,73	8,38±3,19	-0,037	0,971
		t*	3,456	3,982		
		p	0,002	0,000		

p value < 0,05 ; t*: Paired T Test ; t**: Independent Samples T Test

Deney ve kontrol grubunda bulunan bireylerin COPE “İşlevsel Olmayan Başa Çıkma Tutumları” alt ölçekleri puan ortalamaları dağılımları Tablo 17’de verilmiştir. Eğitim müdahalesi sonrası COPE “İşlevsel Olmayan Başa Çıkma Tutumları” alt ölçeklerinden ‘zihinsel boş verme’ ve ‘soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma’ puan ortalamalarında, deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05).

Eğitim müdahalesi sonrası COPE “İşlevsel Olmayan Başa Çıkma Tutumları” alt ölçeklerinden ‘şakaya vurma’, ‘davranışsal olarak boş verme’ ve ‘madde

kullanımı' puan ortalamalarında, deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 18.

Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Katılımcıların Müdahale Sonrası Öz Bakım Ölçeği Etki Büyüklüğü ve Farkı Puan Dağılımı

	Etki Büyüklüğü Değeri (Cohen's <i>d</i>)	Etki Farkı Puan Değeri	<i>z</i>	<i>p</i>
Öz Bakım Gücü Ölçeği	0,727	9,11	-6,264	0,000

p value < 0,05 ; *z*: Mann-Whitney Test

Tablo 18’de Deney ve kontrol grubunda bulunan bireylerin Öz Bakım Gücü Ölçeğinden hemşirelik girişimi uygulanmadan önce ve uygulandıktan sonraki etki farkı (deney ve kontrol grubu arasında oluşan puan farkı) 9,11 olarak belirlenirken; deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,000$). Gruplar arası farkın etki büyüklüğünün orta düzeyde olduğu belirlenmiştir ($d=0,727$).

Tablo 19.

*Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Katılımcıların Müdahale Sonrası COPE
'Problem Odaklı Başa Çıkma Tutumları' Puan Farkı Dağılımı*

COPE		Etki Büyüklüğü Değeri (Cohen's d)	Etki Farkı Puan Değeri	z	p
Problem Odaklı Başa Çıkma Tutumları	Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	0,73	1,62	-3,349	0,001
	Aktif Başa Çıkma		0,31	-0,503	0,615
	Geri Durma		0,02	-0,124	0,901
	Diğer	0,75	1,22	-2,659	0,008
	Meşguliyetleri Bastırma Plan Yapma		0,55	-2,746	0,006

p value < 0,05 ; z: Mann-Whitney Test

Tablo 19'da Deney ve kontrol grubunda bulunan bireylerin çalışmanın başlangıcı ve sonunda COPE "Problem Odaklı Başa Çıkma Tutumları" alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarına göre elde edilen puan farkı dağılımları verilmiştir. Bireylerin, COPE Problem Odaklı Başa Çıkma Tutumları alt ölçeklerinde hemşirelik girişimi uygulanmadan önce ve uygulandıktan sonraki etki farkı (deney ve kontrol grubu arasında oluşan puan farkı); Yararlı sosyal destek kullanımı için 1,62, Aktif başa çıkma için 0,31, Geri durma için 0,02, Diğer meşguliyetleri bastırma için 1,22 ve Plan yapma için 0,55 olarak bulunmuştur. Deney ve kontrol grupları arasında yararlı sosyal destek kullanımı ve diğer meşguliyetleri bastırma alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 20.

Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Katılımcıların Müdahale Sonrası COPE ‘Emosyonel Odaklı Başa Çıkma Tutumları’ Puan Farkı Dağılımı

COPE		Etki Büyüklüğü Değeri (Cohen’s d)	Etki Farkı Puan Değeri	z	p
Emosyonel Odaklı Başa Çıkma Tutumları	Pozitif Yeniden Yorumlama ve Geliştirme	0,47	0,84	-2,261	0,024
	İnkâr		0,38	-2,006	0,045
	Dini Olarak Başa Çıkma		0,51	-0,870	0,384
	Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	0,86	1,81	-3,375	0,001
	Kabullenme		0,30	-0,634	0,526

p value < 0,05 ; z: Mann-Whitney Test

Tablo 20’de Deney ve kontrol grubunda bulunan bireylerin çalışmanın başlangıcı ve sonunda COPE “Emosyonel Odaklı Başa Çıkma Tutumları” alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarına göre elde edilen puan farkı dağılımları verilmiştir. Bireylerin, COPE Emosyonel Odaklı Başa Çıkma Tutumları alt ölçeklerinde hemşirelik girişimi uygulanmadan önce ve uygulandıktan sonraki etki farkı (deney ve kontrol grubu arasında oluşan puan farkı); Pozitif yeniden yorumlama ve geliştirme için 0,84, İnkâr için 0,38, Dini olarak başa çıkma için 0,51, Duygusal sosyal destek kullanımı için 1,81 ve Kabullenme için 0,30 olarak bulunmuştur. Deney ve kontrol grupları arasında pozitif yeniden yorumlama, inkar ve duygusal sosyal destek kullanımı alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 21.

*Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Katılımcıların Müdahale Sonrası COPE
'İşlevsel Olmayan Başa Çıkma Tutumları' Puan Farkı Dağılımı*

COPE	Etki Büyüklüğü	Etki Farkı	<i>z</i>	<i>p</i>	
	Değeri (Cohen's d)	Puan Değeri			
İşlevsel Olmayan Başa Çıkma Tutumları	Zihinsel Boş Verme	0,76	1,57	-2,908	0,004
	Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	0,56	1,20	-2,453	0,014
	Şakaya Vurma		1,25	-3,033	0,002
	Davranışsal Olarak Boş Verme		-0,56	-2,914	0,004
	Madde Kullanımı		0,01	-7,759	0,448

p value < 0,05 ; z: Mann-Whitney Test

Tablo 21’de Deney ve kontrol grubunda bulunan bireylerin çalışmanın başlangıcı ve sonunda COPE “İşlevsel Olmayan Başa Çıkma Tutumları” alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarına göre elde edilen puan farkı dağılımları verilmiştir. Bireylerin, COPE İşlevsel Olmayan Başa Çıkma Tutumları alt ölçeklerinde hemşirelik girişimi uygulanmadan önce ve uygulandıktan sonraki etki farkı (deney ve kontrol grubu arasında oluşan puan farkı); Zihinsel boş verme için 1,57, Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma için 1,20, Şakaya vurma için 1,25, Davranışsal olarak boş verme için -0,56 ve Madde kullanımı için 0,01 olarak bulunmuştur. Deney ve kontrol grupları arasında zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, şakaya vurma ve davranışsal olarak boş verme alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05).

BÖLÜM IX

Tartışma

Bu araştırmada alt ekstremitte kırığı sonrası sirküler alçı tedavisi uygulanan hastalara Roy'un Adaptasyon Modeli ile verilen eğitimin, hastaların öz bakım gücü ve başa çıkma tutumlarına etkisi değerlendirilmiştir. Hemşirelik kuram ve modelleri, bakım verilen bireyin sağlığını değerlendirme, bakım sürecinde elde edilen verileri organize etme, analiz etme ve bu bilgileri kanıta dayalı açıklama olanağı sağlar. Kuram ve modellerin kullanımı, bireyselleştirilmiş bakımda farklılık yaratmakla beraber; hemşirelik bakımının sistematize edilmesini; birey ve ailesine bütüncül bakım verilmesini ve yaşam kalitesinin artmasını sağlamaktadır (Walker, 2020; Wilson, & diğ., 2015; Williams, 2010). Alçılı hastaların hemşirelik süreci ve hasta eğitiminde kullanılabilecek birçok kuram ve model bulunmaktadır. Orem'in Öz Bakım Eksikliği Kuramı, Roy Adaptasyon Modeli (RAM), Roper, Logan ve Tierney tarafından geliştirilen Yaşam Modeli, Dorothy Johnson'un Davranış Sistemi Modeli ve Ida Jean Orlando'nun Etkileşim Kuramları üzerine temellenmiş bakım ile hasta sonuçlarının iyileştirileceği ve bireylerin deneyimsel farklılıklarından kaynaklanan sorunların çözümlenebileceği düşünülmektedir (Leino-Kilpi, & diğ., 2020; Wilson, & diğ., 2015; Gaudet & Howett; 2018; Walker, 2020). Sirküler alçı uygulanan hastalara Roy'un Adaptasyon Modeline temellendirilerek hazırlanan eğitimin öz bakım gücü ve başa çıkma tutumlarına etkisini belirlemek amacı ile gerçekleştirilen çalışmanın bu bölümünde, elde edilen bulgular literatürde yer alan araştırmalar çerçevesinde tartışılmıştır.

Çalışmada, deney ve kontrol grubunda bulunan hastalar tanıtıcı özellikleri (Tablo 10) ile kırık ve alçı deneyimine ilişkin özellikleri (Tablo 11) bakımından birbirlerine benzemektedirler ($p>0,05$). Tartışma bölümü aşağıda verilen başlıklar altında sunulmuştur.

- Deney ve kontrol grubuna alınan hastaların öz bakım gücü bulgularının tartışılması
- Deney ve kontrol grubuna alınan hastaların başa çıkma tutumları bulgularının tartışılması

Deney ve kontrol grubuna alınan hastaların öz bakım gücü bulgularının tartışılması

Öz bakım, kişilerin bireysel sağlık ve iyilik durumlarına sürekli katılımı ve çabası olarak görülmekte, öz bakım gücü ise; kişinin yaşamı, sağlığı ve iyilik durumunu sürdürmek için sağlık etkinliklerini başlatma veya uygulama yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Bu yetenek, kişinin günlük bakım gereksinimlerini karşılayabilmesi, yaşam sürecinin düzenlenmesini ve gelişmesini sağlar. Çocukluktan yaşlılığa kadar değişme ve gelişme gösteren bu yetenek, kendiliğinden öğrenme süreci, eğitim, merak, zihinsel etkinlik, iletişim, kültür ve etkileşim yolu ile gelişir (Nahcivan, 1994).

Çalışmada, deney ve kontrol grubuna alınan hastalarda Öz Bakım Gücü Ölçeği ön-test puan ortalamaları incelenmiştir. Gruplar arasında ön-test puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 12). Deney ve kontrol grubu müdahale öncesi Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamaları bakımından benzerdir ($p > 0,05$).

Deney grubundaki hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeği ön-test ve müdahale sonrası son-test puan ortalamaları arasında 11,55 puanlık artış olmuş ve grup içi ön-test, son-test puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,000$). Kontrol grubundaki hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeği ön-test ve müdahale sonrası son-test puan ortalamaları arasında 2,45 puanlık artış olmuş ve grup içi ön-test, son-test puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,000$). Ayrıca deney ve kontrol grubu hastaların son-test puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,008$). Deney ve kontrol grubunda bulunan bireylerin Öz Bakım Gücü Ölçeğinden hemşirelik girişimi uygulanmadan önce ve uygulandıktan sonraki etki farkı (deney ve kontrol grubu arasında oluşan puan farkı) 9,11 olarak belirlenirken; deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,000$). Gruplar arası farkın etki büyüklüğünün orta düzeyde olduğu belirlenmiştir ($d=0,727$). Bu sonuç alçılı hastanın bakımına ilişkin verilen eğitim ve danışmanlığın hastaların sürece uyumlarını artırarak öz bakım gücü puanlarını olumlu yönde etkilediğini göstermektedir.

Literatürde alt ekstremitte kırığı sonrası sirküler alçı ile tedavi edilen ya da günü birlik ayaktan tedavi alan hastalara yönelik öz bakım gücüne ilişkin çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak literatürde alçılı hastalara verilen hemşirelik eğitimi ve danışmanlığın bireylerin tedavi süreçlerini daha kolay geçirmelerini sağladığı görülmüştür (Salmond & Echevarria, 2017; McPhail, & diğ.,2012; McKeown, & diğ., 2020). Hastaların alçılı olduğu sürede yaşadığı olası fizyolojik değişiklikler bireylerin hayal kırıklığı yaşamalarına neden olmaktadır (McPhail, & diğ., 2012; McKeown, & diğ., 2020). Çalışmamızda verilen eğitimin hastaları bu süreçle ilgili bilgilendirdiği ve olası durumlara ilişkin hazırladığı, bunun sonucunda öz bakım gücünü artırmada etkili olduğu düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalarda hastaların bilgi gereksinimlerinin fazla olduğu ve eğitim ihtiyacı olduğu belirtilmektedir. Hemşirelerin hastalara kapsamlı eğitim vermesi oldukça önemlidir. Hemşirenin bu eğitim kapsamında, hastalara evde öz bakım gücünü yükseltmeye, yeni duruma uyum sağlamaya ve olası komplikasyonları önlenmeye yardımcı olabilecek bilgiler vermesi gerekmektedir. Ortopedi ve cerrahi hastalarında planlı eğitimin hastaların öz bakım gücünü artırdığı çalışmalara rastlanmaktadır (Kaya & Bilik, 2021; Fırat & Öztunç, 2019; Alptekin, 2018).

Kaya ve Bilik (2021) total diz protezi planlanan hastalara verilen danışmanlığın öz bakım gücüne etkisini araştırdıkları çalışmalarında; total diz protezi planlanan hastalara verilen danışmanlığın öz bakım gücünü artırdığını ve standart bakıma ek olarak çeşitli yöntemler ile hasta bilgilendirilmesinin ve desteğinin sağlanmasının hasta sonuçlarını olumlu etkileyip; hastaların öz bakım gücü puanlarını artırdığını saptamışlardır. Ayrıca çalışmalarında yer alan deney ve kontrol grubu hastalarının ameliyat öncesi öz bakım gücü ölçeği puanlarını düşük bulmuşlar ve bu durumun hastaların yaş ortalamalarının yüksek(63.18 ± 7.28), eğitim durumlarının düşük (%70'i ilköğretim mezunu) olmasından, kültürel açıdan sağlığa ilişkin tutumlarından ve çevresel faktörlerden kaynaklanmış olabileceğini ifade etmişlerdir (Kaya & Bilik, 2021). Çalışmamızda deney ve kontrol grubu hastalarda, yaş ortalamalarının düşük ve eğitim durumlarının yüksek olmasının öz bakım gücü ölçeği ön-test puanlarının yüksek olmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Deney ve kontrol grubuna alınan hastaların başa çıkma tutumları bulgularının tartışılması

Deney ve kontrol grubundaki hastaların COPE alt ölçekleri ön-test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Çalışmada, deney ve kontrol grubunda bulunan hastalar COPE alt ölçekleri ön-test puan ortalamaları bakımından benzerdir ($p>0,05$).

Deney ve kontrol grubundaki hastaların müdahale sonrası COPE son-test puan ortalamaları arasında; yararlı sosyal destek kullanımı, diğer meşguliyetleri bastırma, duygusal sosyal destek kullanımı, zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Deney grubundaki hastaların COPE ön-test, son test puan ortalamalarına baktığımızda ise; yararlı sosyal destek kullanımı, diğer meşguliyetleri bastırma, pozitif yeniden yorumlama ve geliştirme, duygusal sosyal destek kullanımı, zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa çıkarma, şakaya vurma, davranışsal olarak boş verme ve madde kullanımı alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Gruplar içi ve grup arası istatistiksel olarak anlamlı olan alt ölçekler; yararlı sosyal destek kullanımı, diğer meşguliyetleri bastırma, pozitif yeniden yorumlama ve geliştirme, duygusal sosyal destek kullanımı, zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurmaktır. Bu sonuç alçılı hastanın bakımına ilişkin verilen eğitim ve danışmanlığın hastaların sürece uyum sağlamalarında farklı odaklardan uzaklaşıp sorunlara odaklanmalarını, pozitif yorumlamalar yapmalarını ve duygusal ve yararlı sosyal destek kullanımını sağladığını düşündürmektedir.

Literatürde alt ekstremitte kırığı sonrası sirküler alçı ile tedavi edilen ya da günü birlik ayaktan tedavi alan hastalara yönelik başa çıkma tutumlarına ilişkin çalışmaya rastlanmamıştır. Literatürde McPhail vd. (2012) çalışmalarında alçı uygulanan bazı hastaların alçılı oldukları dönemde kısa süre için bile olsa başkalarına bağımlı olmaya direnç gösterdiğini, bazılarının ise bu durumdan mutluluk duyduğu belirlenmiştir (McPhail, & diğ., 2012). Kırık öncesi sağlıklarına dönene kadar bağımsızlıklarını kazanamayacaklarını düşünen alçılı hastaların bağımlı olma durumunun psikolojileri üzerine derin bir etki bıraktığı belirtilmektedir (McKeown,

& diğ., 2020). Çalışmada duygusal sosyal destek kullanımı ve yararlı sosyal destek kullanımı alt ölçeklerinin istatistiksel olarak anlamlı çıkmasının, rol fonksiyon ve karşılıklı bağıllık alanlarına ilişkin eğitim içeriğinin etkili olduğunu düşündürmektedir.

Turan ve Sendir'in (2019) ortopedi ve travmatoloji kliniklerinde yatan hastaların bakım gereksinimlerini belirlemek için yaptığı çalışmada; hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme sürecinde neredeyse tamamının mobilizasyonda (%98,1), %92,5'inin güvenli çevreyi sağlamada, %81,1'inin kişisel temizlik ve giyinmede ve %56,6'sının uyku örüntüsünde sorunlar yaşadığını saptamışlardır (Turan & Sendir, 2019). Çalışmalarında; ortopedi ve travmatoloji kliniğinde yatan hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede ve yaşamlarında bağımlılık/bağımsızlıklarının değiştiği bu süreçte hemşirelik bakımına ihtiyaç duydukları belirlenmiştir. Bu nedenle ortopedi hastalarına verilecek bakımın hastaların ihtiyaçlarını karşılaması ve yaşadığı zorluklarla başa çıkmasını sağlayacak şekilde geliştirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir (Turan & Sendir, 2019).

Akyüz vd. (2021); Ortopedik cerrahi geçiren hastaların yaşadıkları psikososyal sorunlar ve yaşam kalitesindeki değişikliklerin belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmalarında hastaların sadece fiziksel olarak değil psikososyal olarak da etkilendiğini ortaya koymuştur. Ortopedik cerrahi uygulanan bireylerin, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememesi, kaygı yaşama, psikolojik olarak etkilenme, rol ve sorumluluklarını gerçekleştirmede zorlanma, aile ve iş yaşantısında değişiklik yaşama gibi psikososyal sorunlar yaşadıklarını ve yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiğini belirlemişlerdir (Akyüz, & diğ., 2021).

Çam ve Asar (2019) çalışmalarında, total kalça protezli hastalara verilen taburculuk eğitiminin, bireylerin günlük yaşam aktivitelerine ve yaşam kalitelerine olumlu etkilerinin olduğunu ortaya koymuşlardır (Çam & Asar, 2019). Taburculuk eğitiminin; evde çıkabilecek olası sorunların hasta tarafından daha iyi fark edilmesine yardımcı olduğu, hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede daha az sorun yaşamasını sağladığı, komplikasyonların görülme oranını, mortalite ve morbiditeyi azalttığı, hastaların hemşire bakımı ile ilgili memnuniyetlerini artırdığı,

anksiyeteyi, hastaneye tekrarlı yatışları azalttığı ve bireylerin yaşam kalitesini arttığı belirtilmektedir (Çam & Asar, 2019).

Deney grubundaki hastaların istatistiksel anlamlı çıkan diğer COPE alt ölçekleri; diğer meşguliyetleri bastırma, pozitif yeniden yorumlama ve geliştirme, zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurmaktır. Çalışmamızda verilen eğitimin, hastaları bu süreçle ilgili bilgilendirdiği ve olası durumlara ilişkin hazırladığı, soruna odaklanıp bulunduğu durum ve süreci yeniden pozitif yorumladığını ve başa çıkma tutumlarını olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir. Adib-Hajbaghery ve Mokhtari'nin (2018) çalışmalarında hastaların neredeyse tamamında alçı sonrası bakımın uygun olmadığını belirtmiştir (Adib-Hajbaghery & Mokhtari, 2018). Hastalara alçılı oldukları sürede güvenli, kaliteli bakımın sağlanması, tedavi gereksinimlerinin karşılanması, kendilerine uygun alternatif yürüme araçlarının değerlendirilmesi, önerilmesi ve kullanımının öğretilmesi gerekmektedir. Ayrıca tedavisi evde devam eden hastaların bakımlarını sürdürmeleri ve komplikasyonları önleyebilmeleri için hastanın eğitimi ve bilgilendirilmesi gerekmektedir (McKeown, & diğ., 2020; Mokhtari, & diğ., 2020; Zychowicz, 2020). Ortopedi hemşirelerinin hasta bireye ilişkin verileri toplama, kanıtları değerlendirme, uyum sağlama, zorluklarla baş etme ve gelecekte sağlık alanındaki gelişmelere öncülük etme becerilerini geliştirmeleri gerekmektedir (Akyüz, & diğ., 2021; Çam & Asar, 2019).

BÖLÜM X

Sonuç ve Öneriler

Sonuç

Bu araştırma, sirküler alçı uygulanan hastalara verilen eğitimin öz bakım gücü ve başa çıkma tutumlarına etkisini belirlemek amacı ile randomize, ön test-son test kontrollü deneysel tasarımda gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmadan elde edilen bulgular sonucunda; “H1. Alçı uygulanan hastalarda Roy’un Adaptasyon Modeline temellendirilmiş hemşirelik bakımı alan deney grubu hastaların ‘Öz Bakım Gücü Ölçeği’ puan ortalamaları kontrol grubuna göre yüksektir.” ve “H2. Alçı uygulanan hastalarda Roy’un Adaptasyon Modeline temellendirilmiş hemşirelik bakımı alan deney grubu hastalar ile kontrol grubu hastalar arasında ‘Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçek’ puan ortalamaları arasında fark vardır.” hipotezleri kabul edilmiştir. Sirküler alçı uygulanan hastalara hemşire tarafından verilen danışmanlık ve eğitim, hastaların öz bakım gücü ve başa çıkma tutumlarında etkilidir. Çalışmadan elde edilen sonuçlar; eğitimin alçı uygulanan hastaların adaptasyonlarını kolaylaştırarak süreci daha rahat geçirmelerini sağladığını ortaya koymaktadır. Araştırma hemşirenin bağımsız rolünün etkilerini göstermesi bakımından anlamlı olup, bu konuda literatürde yetersiz olan alanlara katkı sağlamıştır. Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda hazırlanan eğitim rehberi çalışmanın yapıldığı kuruma verilerek klinik kullanımı sağlanacaktır.

Öneriler

Alçı uygulanan hastaların öz bakım gücünü ve başa çıkma tutumlarını artırmak için hemşirelerin planlı eğitim vermesi önerilebilir.

Kaynakça

- Adib-Hajbaghery, M., & Mokhtari, R. (2018). Quality of care before, during, and after casting: A cross-sectional study. *Archives of Trauma Research*, 7(4), 155-60. https://doi.org/10.4103/atr.atr_99_18
- Ağargün, M., Y., Beşiroğlu, L., Kıran, Ü., K., Özer, Ö., A., & Kara, H. (2005). COPE (Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 6(4), 221-226. <https://toad.halileksi.net/sites/default/files/pdf/basa-cikma-tutumlarini-degerlendirme-olcegi-toad.pdf>
- Akyüz, E., Ünlü, H., Uğurlu, Z., & Elbaş, N., H., Ö. (2021). Ortopedik cerrahi geçiren hastaların yaşadıkları psikososyal sorunlar ve yaşam kalitesindeki değişiklikler. *Sağlık ve Toplum*, 31(3), 79-93. <https://ssyv.org.tr/wp-content/uploads/2021/10/9-Ortopedik-Cerrahi-Geciren-Hastalarin-Yasadiklari-Psikososyal-Sorunlar-ve-Yasam-Kalitesindeki-Degisiklikler.pdf>
- Alptekin, H., M. (2018). *Organ kaybı deneyimleyen cerrahi hastalarının öfke ve öz-bakım gücü düzeylerinin değerlendirilmesi*. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne (Danışmanı: Prof. Dr. Ümmü Yıldız Fındık). <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/400464>.
- Aslan, N., & Yürümez, Y. (2021). Ortopedik acillerde ilk yardım uygulamaları (Kırık, çıkık, burkulma ve zorlanma). İ. İkizceli (Edt.). *Ortopedik Aciller* (1. baskı., pp. 1-6). Ankara: Türkiye Klinikleri.
- Başkale, H. (2016). Nitel araştırmalarda geçerlik, güvenilirlik ve örneklem büyüklüğünün belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(1), 23-28. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/deuhfed/issue/46796/586804>
- Berg, A., Idvall, E., Katajisto, J., & Sohonon, R. (2012). A comparison between orthopedic nurses' and patients' perception of individualised care. *International Journal of Orthopedic and Trauma Nursing*, 16(3), 136-146. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2012.04.003>

- Chu, R., Z. (2017). Preventing in-patient falls. *Nursing* 2017, 47(3), 24-30.
<https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000512872.83762.69>
- Cieza, A., Causey, K., Kamenov, K., Hanson, S., W., Chatterji, S., & Vos, T. (2020). Global estimates of the need for rehabilitation based on the global burden of disease study 2019: A systematic analysis for the global burden of disease study 2019. *The Lancet*, 396(10267), 2006–2017.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32340-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32340-0)
- Creswell, J., W. (2013). *Qualitative Inquiry & Research Design: Choosing among Five Approaches*. (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Çam, R., & Asar, A., S. (2019). Total kalça protezli hastalara verilen taburculuk eğitiminin günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesine etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 12(4): 220-233.
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/deuhfed/issue/49501/633167>
- Çatal, E., & Dicle, A. (2014). Teori-araştırma bileşeni: Roy'un uyum modeli örneği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(1), 33-45.
<https://dergipark.org.tr/en/pub/deuhfed/issue/46810/587020>
- Çopuroğlu, C., & Erem, M. (2018). Alt ekstremitte alçıları ve endikasyonları. *TOTBİD Dergisi*, 17, 300-305.
<https://doi.org/10.14292/totbid.dergisi.2018.38>
- Dağlar, B. (2018). Ortopedi ve travmatolojide alçı. *TOTBİD Dergisi*, 17, 259-261.
<https://doi.org/10.14292/totbid.dergisi.2018.32>
- Damar, H., T., & Bilik, Ö. (2014). Roy Uyum Modeli'ne Temellendirilmiş Total Diz Protezi Ameliyatına Hazırlık Programı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(4): 321-329.
<https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/753305>
- Dentlinger, N., & Ramdin, V. (2015). *Dahili ve cerrahi hastalıklar hemşireliği*. S. Çelik & Ö. U. Yeşilbakan (Çev. Edt.). (3. Basımdan Çeviri., pp. 282-312.). Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim ve Danışmanlık Tic. Ltd. Şti.

- Einhorn, T., A., & Gerstenfeld, L., C. (2015). Fracture healing: mechanisms and interventions. *Nature Reviews Rheumatology*, 11(1), 45-54.
<https://doi.org/10.1038/nrrheum.2014.164>
- Ekwall, A., Carlberg, E., Palmberg, G., & Sloberg, R. (2018). An audit of complications of fiberglass cast and hybrid cast for fractures of the foot, ankle and forearm in a Swedish emergency department. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 31, 32-34.
<https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2018.05.005>
- Fawcett, J. (2005). Roy's Adaptation Model. J. Fawcett (Edt.) *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories*. (2nd ed.) Philadelphia: FA Davis comp; p: 364-437.
- Fırat, S., & Öztunç, G. (2019). Total larenjektomili hastalara verilen eğitimin öz bakım gücüne etkisi. *Cukurova Medical Journal*, 44(3), 911-922.
<https://doi.org/10.17826/cumj.451753>
- Fusch, P., I., & Ness, L., R. (2015). Are we there yet? Data saturation in qualitative research. *The Qualitative Report*, 20(9), 1408-1416.
<https://doi.org/10.46743/2160-3715/2015.2281>
- Gaudet, C., & Howett, M. (2018). Communication and technology: Ida Orlando's Theory applied. *Nursing Science Quarterly*, 31(4), 369-373.
<https://doi.org/10.1177/0894318418792891>
- Goldsberry, J., W. (2018). Advanced practice nurses leading the way: Interprofessional collaboration. *Nurse Education Today*, 65, 1-3.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.02.024>
- Graham, B., Green, A., James, M., Katz, J., & Swiontkowski, M. (2015). Measuring patient satisfaction in orthopaedic surgery. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 97(1), 80-84. <https://doi.org/10.2106/JBJS.N.00811>
- Graneheim, U., H., Lindgren, B., M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>

- Hamm, J., Money, A., G., Atwal, A., & Paraskevopoulos, I. (2016). Fall prevention intervention technologies: A conceptual framework and survey of the state of the art. *Journal of Biomedical Informatics*, 59, 319-345. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2015.12.013>
- Hernigou, P. (2016). Plaster of paris: the orthopaedic surgeon heritage. *International Orthopaedics*, 40(8), 1767-1779. <https://doi.org/10.1007/s00264-016-3179-2>
- Katı, Y., A., & Yüksel, H., Y. (2018). Alçı ile tespitite temel prensipler. *TOTBİD Dergisi*, 17, 262-267. <https://doi.org/10.14292/totbid.dergisi.2018.33>
- Katsulis, Z., Ergai, A., Leung, W., Y., Schenkel, L., Rai, A., Adelman, J., Benneyan, J., Bates, D., W., & Dykes, P., C. (2016). Iterative user centered design for development of a patient-centered fall prevention toolkit. *Applied Ergonomics*, 56, 117-126. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2016.03.011>
- Kaya, Ç., & Bilik, Ö. (2021). Effect of counseling on quality of life and self-care agency for patients who are scheduled for total knee replacement. *Clinical Nursing Research*. <https://doi.org/10.1177/10547738211058985>
- Keskin, B. (2020). İstatistiksel güç bir araştırmanın sonuçlarına etki eder mi? Örneklem büyüklüğüne nasıl karar verilmeli?. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 18(Armağan Sayısı), 157-174. <https://doi.org/10.18026/cbayarsos.644692>
- Koç, S., Büker, N., Şavkın, R., & Kıter, E. (2012). Ortopedi ve travmatoloji hastalarının bağımsızlık ve depresyon düzeylerinin hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi üzerine etkisi. *Kartal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 23(3), 130-136. <https://doi.org/10.5505/jkartaltr.2012.49092>
- Köse, G., & Demir, S., G. (2019). Kas İskelet Sistemi Cerrahisinde Bakım. M. Karadağ., & H. Bulut (Edt.). *Cerrahi hemşireliği kavram haritası ve akış şemalı* (1.baskı., pp. 821-882).Vize Yayıncılık, Ankara.
- Lawshe, C., H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel psychology*, 28(4), 563-575. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x>

- Leino-Kilpi, H., Inkeroinen, S., Cabrera, E., Charalambous, A., Fatkulina, N., Katajisto, J., Sigurðardóttir, Á. K., Sourtzi, P., Suhonen, R., Zabalegui, A., & Valkeapää, K. (2020). Instruments for patient education: Psychometric evaluation of the expected knowledge (EKhp) and the received knowledge of hospital patients (RKhp). *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 13, 1481–1505. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S271043>
- Li, J. L., Melissa, A. K., & Stocum, D. L. (2019). Fracture healing. In: *Basic and applied bone biology*, 2nd ed. Elsevier/Academic Press. London, pp. 235–253. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813259-3.00012-9>
- McKeown, R., Kearney, R., S., Liew, Z., H., & Ellard, D., R. (2020). Patient experiences of an ankle fracture and the most important factors in their recovery: A qualitative interview study. *BMJ Open*, 10(2), e033539. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033539>
- Mcliesh, P., & Hommel, A. (2016). The value of specialist orthopaedic nurses. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 22, 1-2. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2016.04.004>
- Mcliesh, P., & Rasmussen, P. (2017). An overview of research in orthopaedic and trauma nursing. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 27, 3-6. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2017.04.001>
- McPhail, S., M., Dunstan, J., Canning, J., & Haines, T. P. (2012). Life impact of ankle fractures: Qualitative analysis of patient and clinician experiences. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 13, 224. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-13-224>
- Merriam., S., B. (2018). *Nitel araştırma desen ve uygulama için bir rehber*. S. Turan (Çev. Edt.). (3. Basımdan Çeviri., pp. 55-83.). Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded source book*. (2nd ed.). CA: SAGE.
- Mokhtari, R., Adib-Hajbaghery, M., & Rezaei, M. (2020). The effects of cast-related training for nurses on the quality of cast care: A quasi-experimental study.

International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing, 38, 100768.

<https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2020.100768>

Nahcivan, N., Ö. (1994). *Sağlıklı Gençlerde Öz bakım Gücü ve Aile Ortamının Etkisi*. İ. U. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.

Nahcivan, N., Ö. (2004). A Turkish language equivalence of the exercise of self-care agency scale. *Western Journal of Nursing Research*, 26(7), 813–824.

<https://doi.org/10.1177/0193945904267599>

Naram, A., Makhijani, S., N., & Chao, J., D. (2011). Inexpensive alternatives for extremity cast and bandage protection. *Orthopaedic Nursing*, 30(2), 117-118.

<https://doi.org/10.1097/NOR.0b013e31821130d8>

Patton, M., Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. (2nd ed.). Beverly Hills, CA: SAGE.

Pektekin, Ç. (2013). Sister Callista Roy ve hemşirelik kuramı. *Hemşirelik felsefesi kuramlar-bakım modelleri ve politik yaklaşımlar*. (1. baskı., pp. 111-118). İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul.

Perrecone, M., R., & Shannon C., E. (2020). *Brunner & Suddarth'ın dahili ve cerrahi hastalıklar hemşireliği klinik el kitabı*. H. Mert & Ö. Bilik (Çev. Edt.). (13. Basımdan Çeviri., pp.505-521). Palme Yayınevi.

Pinsker, E., B., Sale, J., E., M., Gignac, M., A., M., Daniels, T., R., & Beaton, D., E. (2020). "I Don't Have to Think About Watching the Ground": A qualitative study exploring the concept of vigilance as an important outcome for ankle reconstruction. *Arthritis Care & Research*, 72(10), 367-1373.

<https://doi.org/10.1002/acr.24039>

Raoufi, M., Abedtash, H., & Mohagheghzadeh, A. (2017). The historical background of plaster cast. *Archives of Iranian Medicine*, 20(7), 461-464.

Richard, F., D., Bond, C., F., & Stokes-Zoota, J., J. (2003). One hundred years of social psychology quantitatively described. *Review of General Psychology*, 7(4), 331–363. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.7.4.331>

- Roy, C. (2009). *The Roy Adaptation Model*. (3rd ed.). New Jersey Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall Health.
- Roy, C. (2011). Extending the Roy Adaptation Model to meet changing global needs. *Nursing Science Quarterly*, 24(4), 345-351.
<https://doi.org/10.1177/0894318411419210>
- Roy, C. (2018). Key issues in nursing theory. *Nursing Research*, 67(2), 81-92.
<https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000266>
- Salmond, S., W., & Echevarria, M. (2017). Healthcare transformation and changing roles for nursing. *Orthopedic Nursing*, 36(1), 12–25.
<https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000308>
- Savcı, A., & Bilik, Ö. (2015). Hemşirelik bakımı ile modelin buluşması: total diz protezi uygulanan hastalarda roy uyum modeline göre yapılandırılmış sürekli bakım. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(2), 145-154. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/deuhfed/issue/46804/586898>
- Shariatpanahi, S., Farahani, M., A., Rafii, F., Rassouli, M., & Kavousi, A. (2019). Designing and testing a treatment adherence model based on the roy adaptation model in patients with heart failure: protocol for a mixed methods study. *JMIR Research Protocols*, 8(7), e13317. <https://doi.org/10.2196/13317>
- Sönmez, M. (2007). *Alçılı hastaların evde bakımları sırasında karşılaştıkları sorunlar ve başa çıkma yöntemleri*. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, İzmir (Danışmanı: Doç. Dr. M Yavuz).
- Suresh, K., & Chandrashekara, S. (2012). Sample size estimation and power analysis for clinical research studies. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 5(1), 7-13. <https://doi.org/10.4103/0974-1208.97779> Retraction in: *Journal of Human Reproductive Sciences*, 2015 Jul-Sep;8(3):186. PMID: 22870008; PMCID: PMC3409926.
- Szostakowski, B., Smitham, P., & Khan, W., S. (2017). Plaster of Paris-Short history of casting and injured limb immobilization. *The Open Orthopaedics Journal*, 11, 291–296. <https://doi.org/10.2174/1874325001711010291>

- Şendir, M., Büyükyılmaz, F., Yazgan, İ., Bakan, N., Mutlu, M., & Tekin, F. (2012). Ortopedi ve travmatoloji hastalarının hemşirelik bakımına ilişkin deneyim ve memnuniyetlerinin değerlendirilmesi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 20(1), 35-42.
<https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/95056>
- Şenol, E., Çelik, C., Ata, U., Meral, O., & Özkayın, N. (2019). Ekstremitte kırığı olgularında tedavi seçeneklerinin ve meslekte çalışma gücü kaybı oranı ve özürlülük oranlarının karşılaştırılması. *Adli Tıp Bülteni*, 4(2), 108-114.
<https://doi.org/10.17986/blm.2019252289>
- Tanrıkulu, S., & Gönen, E. (2017). Kırık iyileşmesi. *TOTBİD Dergisi*, 16, 455-475.
<https://doi.org/10.14292/totbid.dergisi.2017.62>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Tunç, G., Ç., & Özkan, H., A. (2014). Bakımda kullanılan kavramların analizi II. H. A. Özkan (Edt.). *Hemşirelikte bilim, felsefe ve bakımın temelleri* (1. baskı., pp. 127-145). Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul.
- Turan, N., & Sendir, M. (2019). Defining care needs for inpatients in the orthopaedics and traumatology clinic. *International Journal of caring Sciences*, 12(21), 1001-1007.
http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/44_turan_original_12_2.pdf
- Turhan, B., Usgu, G., Usgu, S., Çınar, M., A., Dinler, E., & Kocamaz, D. (2019). Investigation of kinesiophobia, State and trait anxiety levels in patients with lower extremity ligament injury or fracture history. *Turkish Journal of Sports Medicine*, 54(3), 175-82. <https://doi.org/10.5152/tjsm.2019.130>

- Türkmen, A., Dünder, G., Y., & Akyolcu N. (2020). Acil servislerde görülen ortopedik travmalar ve hemşirelik bakımı. *Journal of Academic Research in Nursing*, 6(2), 375-380. <https://doi.org/10.5222/jaren.2020.88700>
- Uzun, Ş. (2017). Sister Callista Roy: Adaptasyon Modeli. A. Karadağ, N. Çalışkan & Z. Göçmen Baykara (Edt.). *Hemşirelik teorileri ve modelleri* (1. baskı., pp. 370-464). Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul.
- Ünlü, H. (2016). Kas iskelet sisteminin cerrahi gerektiren hastalıklarında hemşirelik bakımı. N. Ö. Elbaş (Edt.). *Cerrahi hastalıkları hemşireliği akıl notları* (1. baskı., pp. 117-153). Güneş Tıp Kitabevleri.
- Vicdan, A., K., & Karabacak, B. G. (2014). Hemşirelik modellerinden: Roy Adaptasyon Modeli. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4), 255-259. <http://journal.acibadem.edu.tr/en/download/article-file/1701417>
- Walker, L., O. (2020). Gifts of wise women: A reflection on enduring ideas in nursing that transcend time. *Nursing Outlook*, 68, 355-364. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2020.01.004>
- Williams, M. (2010). The patient's experience in a plaster cast. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 14(3), 132-141. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2010.03.007>
- Wilson, R., Godfrey, C., M., Sears, K., Medves, J., Ross-White, A., & Lambert, N. (2015). Exploring conceptual and theoretical frameworks for nurse practitioner education: a scoping review protocol. *JBIR Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 13(10), 146-55. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-2150>
- <https://www.orthopedic-institute.org/fracture-care/types-of-fractures/> Erişim Tarihi: 12 Ocak 2022.
- Zychowicz, M., E. (2020). A day in the life: Advanced practice nurses providing care to patients with musculoskeletal conditions: Preparation, role, and impact. *Nursing Clinics of North America*, 55(2), 163-174. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2020.02.001>

Ekler

Ek 1.

Aydınlatılmış Onam Formu (Nitel Çalışma)

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

(Katılımcının / Hastanın Beyanı)

Sayın Nida AYDIN tarafından Ortopedi ve Travmatoloji Polikliniğinde alçı ile tedavi edilen hastaların alçılı oldukları süredeki deneyimlerini incelemek amacıyla bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırma kapsamında yüz yüze görüşme yapılarak, görüşmelerin ses kayıt cihazı ile kaydedileceği tarafıma bildirildi. Araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güvence verildi. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım.

Yukarıda araştırmaya gönüllü katılacak olan kişiye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum. Bunlar hakkında yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullar içerisinde araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı olmaksızın katılmayı kabul ediyorum. Bu konuda yapılan daveti kabul ediyorum. İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Araştırmacı

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Ek 2.**Bireysel Tanıtım Formu****Birey sıra no:****BİREYSEL TANITIM FORMU**

- | | | |
|--|--|----------------------------|
| 1) Cinsiyetiniz: | a) Kadın | b) Erkek |
| 2) Yaşınız: | | |
| 3) Boyunuz: | | |
| 4) Kilonuz: | | |
| 5) Medeni Durumunuz: | a) Bekar | b) Evli |
| 6) Eğitim Durumunuz: | a) Okur-yazar
b) İlkokul
c) Ortaokul
d) Lise
e) Yüksekokul / Fakülte
f) Yüksek lisans / Doktora | |
| 7) Mesleğiniz / Çalışma Durumunuz: | a) Çalışmıyor
b) Memur
c) İşçi
d) Emekli
e) Serbest meslek
f) Öğrenci
g) Diğer (Açıklayınız) | |
| 8) Sosyal güvenceniz: | a) Yok | b) Var |
| 9) Gelir durumunuz: | a) Gelir gidere göre az
b) Gelir gidere denk
c) Gelir gidere göre yüksek | |
| 10) Yaşadığınız Yer: | a) İl | b) İlçe c) Belde/ Köy |
| 11) Yaşadığınız ev tipi? | a) Apartman dairesi | b) Müstakil ev |
| 12) Daha önce kırık deneyiminiz oldu mu? | a) Evet | b) Hayır |
| 13) Daha önce alçı uygulandı mı? | a) Evet | b) Hayır |
| 14) Kırığın nedeni? | a) Düşme
b) Trafik kazası
c) Spor yaralanması
d) Darp
e) Diğer | |

- 15) Kırığın oluştuğu bölge?
 a) Ayak
 b) Ayak bileği
 c) Alt bacak
 d) Üst bacak
- 16) Alçı uygulanan bölge?
 a) Uzun bacak
 b) Kısa bacak
- 17) Daha önce alçı uygulaması ile ilgili bilginiz var mıydı?
 a) Evet
 b) Hayır
- 18) Alçı ile ilgili bilgiyi nereden aldınız?
 a) Önceki deneyim
 b) Hasta yakını
 c) Medya
 d) Diğer
- 19) Alçı ve evde bakımına yönelik dikkat etmeniz gerekenler hakkında bilgi verildi mi?
 a) Evet
 b) Hayır
 c) Kısmen
- 20) Bilgiyi kimden aldınız?
 a) Doktor
 b) Hemşire
 c) Personel
 d) Diğer
- 21) Alçınız varken kaç kez kontrole geldiniz?

Ek 3.

Yarı Yapılandırılmış Soru Formu

1. Şuan neden alçılı olduğunuzu anlatır mısınız?
2. Alçılı olmak nasıl bir duygu? Alçılı iken kendinizi nasıl hissettiniz?
 - a) Alçı, kırık bölgenizi nasıl etkiliyor?
3. Alçınız günlük yaşantınızı nasıl etkiledi? Ne gibi zorluklar yaşadınız? Bu zorlukları nasıl aştınız?
 - a) Alçılı olmak fiziksel sağlığınıza nasıl etkiledi?
 - b) Alçı hareketlerinizi nasıl etkiledi?
 - c) Alçılıyken beslenmeniz nasıl etkilendi? Yeme içmenize eskisi gibi devam edebildiniz mi?
 - d) Alçılıyken sıvı ya da besin kısıtlamasına gittiniz mi? Neden?
 - e) Tuvalet alışkanlıklarınızda herhangi bir değişiklik oldu mu? Nasıl bir değişiklik oldu?/Sizce neden?
 - f) Alçılı olduğunuz sürede bedeninizde kırık bölgesi dışında herhangi bir ağrı hissettiniz mi?
 - g) Alçılıyken kişisel temizlik/hijyen gereksinimlerinizi nasıl karşıladınız? Ne gibi zorluklarla karşılaştınız? Bu zorlukları nasıl aştınız?
 - h) Banyonuzu rahat yapabildiniz mi?
 - i) Alçı uyku düzeninizi nasıl etkiledi?
 - j) Alçılıyken cinsel yaşamınızın nasıl etkilendiğini anlatabilir misiniz?
4. Alçılıyken bedeninizle ilgili değişiklik hissettiğiniz oldu mu? Alçılıyken bedeninizi nasıl tanımlarsınız?
5. Alçılıyken, alçınız ile ilgili endişelendiğiniz durumlar oldu mu?
 - a) Alçılı bölgenizle ilgili herhangi bir sorun (ödem, kaşıntı, kurtlanma, kötü koku vs.) yaşadınız mı? Bu konuda endişeleriniz oldu mu? Endişelerinizle nasıl başettiniz?
 - b) Alçı çıktığında, tedavinizle ilgili (*yanlış kaynama, platin/vida gereksinimi, operasyon ihtiyacı olması*) başınıza herhangi kötü bir şey gelmesinden endişelendiniz mi?
 - c) Alçı çıktığında, bedeninizde herhangi bir deformite/şekil bozukluğu kalacağından endişelendiniz mi?
6. Alçılı olmak aile ya da çevrenizle ilişkilerinizi (*olumlu-olumsuz*) etkiledi mi?
 - a) Bu durum sizin eş/annelik/babalık vs. rolünüzü nasıl etkiledi?
 - b) Alçınız iş yaşantınızı etkiledi mi? Nasıl?
 - c) Alçınızın sosyal ilişkilerinizi (*sinema, konser vs. aktivitelere katılma*) etkilediğini düşünüyor musunuz? Nasıl etkiledi?
 - d) Her koşulda destek alacağınızı düşündüğünüz birinden, alçılıyken, yardım almak zorunda kaldınız mı? Nasıl bir yardım almak zorunda kaldınız?

- e) Bu dönemde kimden/kimlerden destek aldınız/alamadınız?
 - f) Alçılıyken yardım (*eş, çocuk, kardeş, arkadaş...*) aldığınız kişilerle ilişkinizde herhangi bir değişme oldu mu? (*eskiden uzaktık yakınlaştık; eskiden çok nazikti, şimdi öfkeli ve uzak ...*) Bu değişimi biraz açıklayınız?
 - g) Yardıma ihtiyaç duymanız sizi nasıl etkiledi? (*küskünlük, öfke, minnet vs.*)
7. Alçılıyken yaşama dair öğrendiğiniz en önemli şey ne oldu? Alçılı olmak nasıl bir deneyimdi?

Ek 4.

Yarı Yapılandırılmış Soru Formu Uzman Görüşleri


Umran Dal <umrandal65@gmail.com>
 Alıcı: ben

2 Ara 2019 Pzt 20:18

☆



Sayın Nida Aydın;

"Alçılı hastaların yaşadığı sorunlar ve bakım gereksinimleri" için hazırlamış olduğumuz fenomenolojik soru formu tarafımdan incelenmiş olup, uygun bulunmuştur. Bazı öneriler yazılarak ekte sunulmuştur.

İyi çalışmalar dilerim.

Prof. Dr. Umran Dal Yılmaz
 YDÜ Hemşirelik Fakültesi Dekan
 Lefkoşa/KKTC
 Tel. 0 533 871 13 72--0 532 660 30 86

Professor Umran Dal Yılmaz
 Dean, Faculty of Nursing
 Near East University

Fenomenolojik Soru Formu **Uzman Görüşü** hk. 

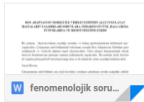

Nurhan Bayraktar <nurhner@gmail.com>
 Alıcı: nida, ben

2 Ara 2019 Pzt 16:57

Nida'cim merhaba,

Soru formuna ilişkin değerlendirmem ektedir. Kolay gelsin, sevgiler.

Prof. Dr. Nurhan Bayraktar
 Faculty of Nursing
 Near East University
 Nicosia, TRNC




Bebib Hatice <haticebebi@yahoo.com>
 Alıcı: ben

2 Ara 2019 Pzt 14:56

☆

Sayın Nida Hanım,

Elinize sağlık, güzel bir çalışma olacak. Şimdiden kolaylıklar, başarılar.

Doç.Dr. Hatice Bebiş




Gulten S. DAG <gulten.dag@emu.edu.tr>
 Alıcı: ben

28 Kas 2019 Per 14:54

Nidacım öncelikle emeğine sağlık.

Sorulara ilişkin değerlendirmeler ektedir.

Bir de sana örnek olması için bir nitel araştırma yarı yapılandırılmış görüşme formu örneği de gönderiyorum.

Kolay gelsin

Sevgiler

Yard.Doç.Dr.Gulten Sucu Dağ
 Doğu Akdeniz Üniversitesi
 Sağlık Bilimleri Fakültesi
 Dekan Yardımcısı
 Hemşirelik Bölümü
 Öğretim Üyesi

soru puanlama 


meltem meric <meltemcos@yahoo.com>
 Alıcı: nida, ben

9 Ara 2019 Pzt 18:52

Merhaba nida ekte formu gönderiyorum 📎

Yönetim Uzmanı
 YDÜ Hemşirelik Fakültesi
 Rüş. Öğr. Mevlan. AD
meltemcos@yahoo.com



Ek 5.

Online Nitel Araştırma Yöntemleri Eğitimi



Ek 6.

Online Maxqda ile Nitel Veri Analizi Eğitimi



Ek 7.

Maxqda ile Nitel Veri Analizi Eğitimi



Ek 8.

Etik Kurul Onayı (Nitel Çalışma)

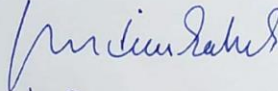
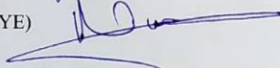
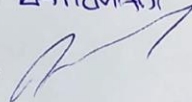
EK-1066-2020


YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 23.01.2020
Toplantı No : 2020/76
Proje No : 1008

Yakın Doğu Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Prof. Dr. Ümran Dal Yılmaz'ın sorumlu araştırmacısı olduğu, YDU/2020/76-1008 proje numaralı ve **"Alçı Uygulanan Hastaların Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi: Bir Fenomenolojik Çalışma"** başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur.

1. Prof. Dr. Rüştü Onur	(BAŞKAN) 
2. Prof. Dr. Nerin Bahçeciler Önder	(ÜYE) KATILMADI
3. Prof. Dr. Tamer Yılmaz	(ÜYE) KATILMADI
4. Prof. Dr. Şahan Saygı	(ÜYE) 
5. Prof. Dr. Şanda Çalı	(ÜYE) 
6. Prof. Dr. Nedim Çakır	(ÜYE) 
7. Prof. Dr. Nurhan Bayraktar	(ÜYE) 
8. Doç. Dr. Nilüfer Galip Çelik	(ÜYE) KATILMADI
9. Doç. Dr. Emil Mammadov	(ÜYE) 
10. Doç. Dr. Mehtap Tınazlı	(ÜYE) KATILMADI

Ek 9.**Kurum İzni****YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ**

30/05/2019

YDH-495/2019

Prof. Dr. Ümran Dal
Hemşirelik Fakültesi Dekan Yardımcısı

Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Doktora Öğrencisi Nida Aydın "Roy Adaptasyon Modeli ile Verilen Eğitimin Alçı Uygulanan Hastaların Yaşadıkları Sorunlara, Özbakım Gücüne, Başa Çıkma Tutumlarına ve Memnuniyetine Etkisi" konulu araştırmasını Ortopedi ve Travmatoloji A.D' de 10.06.2019- 15.12.2019 tarihleri arasında uygulaması programlanmıştır. Saygı ile bilginize getirilir.



Dr. Sevim ERKMEN
Yakın Doğu Hastanesi
Başhekim

Ek 10.

Clinical Trials Protokol Kaydı

Browser tabs: Gelen Kur... x, g power... x, GPower!... x, G*Power... x, APA Psy... x, Richard... x, Evaluation... x, M... Using... x, The Hist... x, ClinicalTri... x

Address bar: https://register.clinicaltrials.gov/prs/app/template/Home.vm?uid=U0005F8U&ts=3&sid=S000B63E&cx=-yky09m

ClinicalTrials.gov PRS
Protocol Registration and Results System

Org: NearEastU User: NAYDIN Logout

Email: nida.aydin@neu.edu.tr [Update]

Help us improve: PRS Survey

Quick Links: [New Record](#), [Quick Start Guide](#), [Problem Resolution Guide](#)

Records Accounts Help

Record List

Showing: 1 record

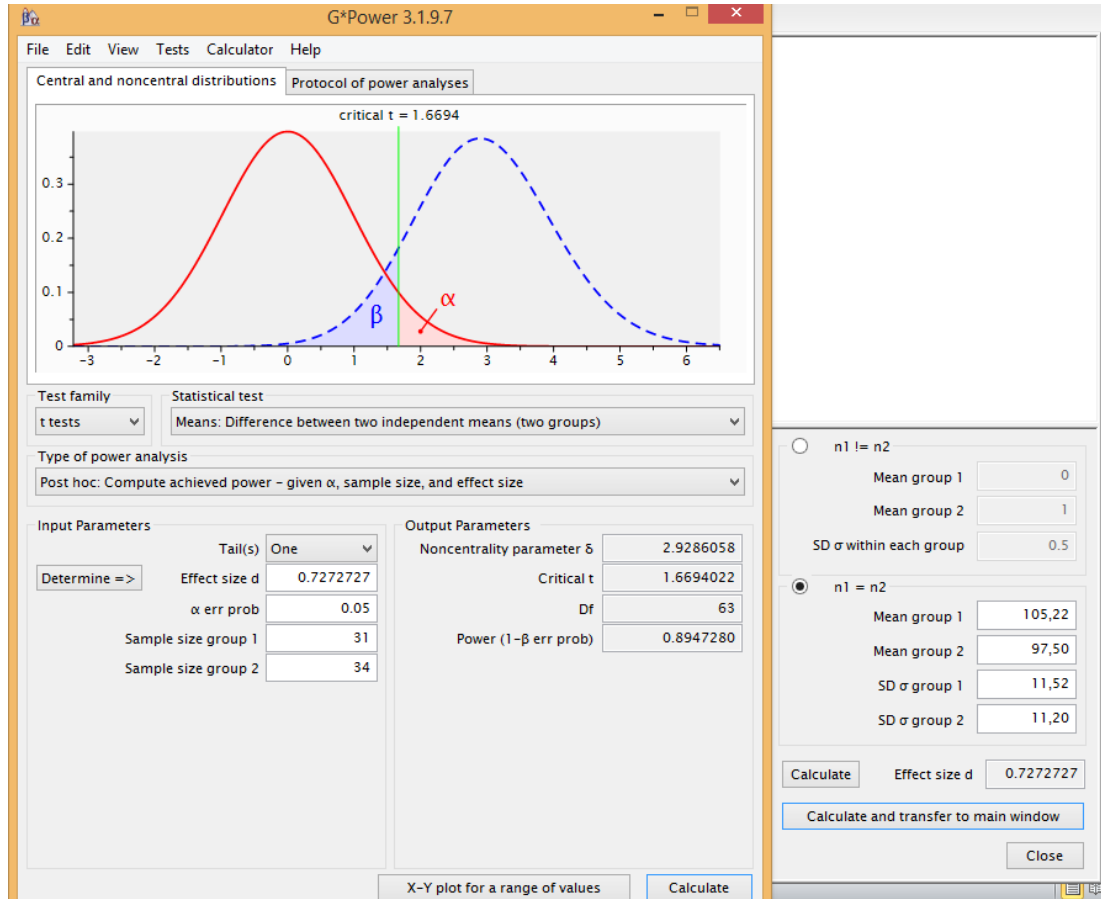
Protocol ID	ClinicalTrials.gov ID	Brief Title	Record Status	Last Update	Responsible Party	Problems
Open	NAYDIN	NCT05010213	Plaster Patient Education With Roy Adaptation Model	Public	12/15/2021 17:03	Nida AYDIN nida.aydin@neu.edu.tr

KEY: Results Delayed Results Study Documents PRS Review
 XML Upload No longer public PRS Review Comments

Download...

Ek 11.

G*Power Programı ile Çalışma Gücünün Hesaplanması



Ek 12.**Öz Bakım Gücü Ölçeği****ÖZ BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ**

Sayın katılımcı;

Aşağıda öz bakım gücünüzü ölçecek 35 ifade bulunmaktadır. Her ifade ‘beni hiç tanımlamıyor’, ‘beni pek tanımlamıyor’, ‘fikrim yok’, ‘beni biraz tanımlıyor’ ve ‘beni çok tanımlıyor’ gibi seçenekler içermektedir. Size en yakın gelen tek bir seçeneği işaretleyiniz.

	Beni Hiç Tanımlamıyor	Beni Pek Tanımlamıyor	Fikrim Yok	Beni Biraz Tanımlıyor	Beni Çok Tanımlıyor
1. Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim.	0	1	2	3	4
2. Kendimi beğeniyorum.	0	1	2	3	4
3. Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.	0	1	2	3	4
4. Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman ne yapmam gerektiğini biliyorum.	0	1	2	3	4
5. Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyarım.	0	1	2	3	4
6. Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal edebilirim.	0	1	2	3	4
7. Kendime bakamadığım zaman yardım isterim.	0	1	2	3	4
8. Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.	0	1	2	3	4
9. Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı genellikle ertelerim.	0	1	2	3	4
10. Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.	0	1	2	3	4
11. Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.	0	1	2	3	4

12. Dengeli beslenirim.	0	1	2	3	4
13. Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınıyorum.	0	1	2	3	4
14. Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi korunma yolları araştırıyorum.	0	1	2	3	4
15. Sağlığımın çok iyi bir düzene ulaşacağına inanıyorum.	0	1	2	3	4
16. Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hak ettiğime inanıyorum.	0	1	2	3	4
17. Kararlarımı sonuna kadar uygulayım.	0	1	2	3	4
18. Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.	0	1	2	3	4
19. Sağlığımla ilgili aldığım kararlarımın nadiren uygulayım.	0	1	2	3	4
20. Kendimle dostum.	0	1	2	3	4
21. Kendime iyi bakarım.	0	1	2	3	4
22. Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüf bir durumdur.	0	1	2	3	4
23. Düzenli olarak dinlenirim ve vücut hareketleri yaparım.	0	1	2	3	4
24. Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne gibi etkileri olduğunu öğrenmek isterim.	0	1	2	3	4
25. Yaşam bir zevktir.	0	1	2	3	4
26. Aile içindeki görevlerimi yeterince yapamıyorum.	0	1	2	3	4
27. Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.	0	1	2	3	4
28. Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olabilmek için gereken şeylerin farkına vardım.	0	1	2	3	4
29. Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.	0	1	2	3	4
30. Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum.	0	1	2	3	4
31. Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımın geçmesini bekler ve önemsemem.	0	1	2	3	4
32. Kendime bakabilmek için bilgileneceğimi çalışırım.	0	1	2	3	4
33. Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.	0	1	2	3	4

34. Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.	0	1	2	3	4
35. Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.	0	1	2	3	4

Ek 13.**COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği)****COPE (BAŞA ÇIKMA TUTUMLARINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ)**

Sayın katılımcı;

Aşağıda 60 madde bulunmaktadır. Her ifade ‘beni hiç tanımlamıyor’, ‘beni pek tanımlamıyor’, ‘fikrim yok’, ‘beni biraz tanımlıyor’ ve ‘beni çok tanımlıyor’ gibi seçenekler içermektedir. Size en yakın gelen tek bir seçeneği işaretleyiniz.

	1=Asla böyle bir şey yapmam	2=Çok az böyle yaparım	3=Orta derecede böyle yaparım	4=Çoğunluk la böyle yaparım
1.Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.				
2.Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim.				
3.Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.				
4.Başkalarından bu tur sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım.				
5.Sorunla başa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.				
6.Kendi kendime “böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını” söylerim.				
7.Allah`a tevekkül eder, O`na dayanırım.				
8.İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.				
9.Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum.				
10.Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vazgeçiririm.				

11.Duygularımı bir başkasıyla tartışırım.				
12.Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.				
13.Kendimi yaşadığım soruna alıştırmaya çalışırım.				
14.Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.				
15.Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.				
16.Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım.				
17.Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.				
18.Allah`ın yardımını umarım.				
19.Bir eylem planı yaparım.				
20.Söz konusu sorunla ilgili şakalar yaparım.				
21.Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.				
22.Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.				
23.Arkadaş veya akrabalarımın moral ve manevi destek almaya çalışırım.				
24.Sorunla baş etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vazgeçerim.				
25.Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.				
26.Alkol ya da sakinleştirici olarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.				
27.Sorun olduğuna inanmayı reddederim.				
28.Duygularımı dışarı vururum.				

29.Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir açıdan ele almaya çalışırım.				
30.Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.				
31.Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.				
32.Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.				
33.Sorunu çözmeye odaklanır ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.				
34.Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.				
35.Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım.				
36.Sorunla ilgili şaka yaparım.				
37.İstediğimi elde etmeye uğraşmayı bırakırım.				
38.İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.				
39.Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm.				
40.Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.				
41.Olumsuz şeyler yaparak işlerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim.				
42.Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde çaba gösteririm.				
43.Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.				
44.Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.				

45.Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bu durumda ne yaptıklarını sorarım.				
46.Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım.				
47.Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek dobra dobra bir tavır takınırım.				
48.Sorunla karşılaştığımda dini inancımda bir huzur bulmaya çalışırım.				
49.Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeğe zorlarım.				
50.Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.				
51.Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.				
52.Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum.				
53.Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.				
54.Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.				
55.Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.				
56.Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.				
57.Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.				
58.Yapmam gereken şey neyse atmam gereken adımı zamanında atarım.				
59.Başıma gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.				
60.Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.				

Ek14.

Eğitim Rehberi



Hazırlayan

Nida AYDIN

Danışman

Prof. Dr. Ünvan DAL YILMAZ

Bu kitapçık Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Programında 'Roy Adaptasyon Modeli ile Verilen Eğitimin Alçı Uygulanan Hastaların Öz Bakım Gücüne ve Başa Çıkma Tutumlarına Etkisi' konulu tez çalışması kapsamında hazırlanmıştır.

Ek 15.

Online Temel Düzey SPSS Eğitimi



Ek 16.

Randomize Kontrollü Deneyler Kursu



Ek 17.

Etik Kurul Onayı (Nicel Aşama)

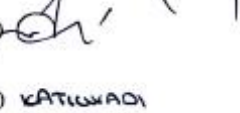
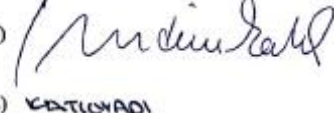
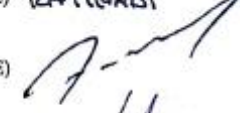
EK-109-2019


YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 30.05.2019
 Toplantı No : 2019/69
 Proje No : 837

Yakın Doğu Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Prof. Dr. Ümran Dal Yılmaz'ın sorumlu araştırmacısı olduğu, YDU/2019/69-837 proje numaralı ve "Roy Adaptasyon Modeli İle Verilen Eğitimin Alçı Uygulanan Hastaların Yaşadıkları Sorunlara, Öz-Bakım Gücüne, Başa Çıkma Tutumlarına ve Memnuniyetine Etkisi" başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur.

1. Prof. Dr. Rüştü Onur	(BAŞKAN) 
2. Prof. Dr. Nerin Bahçeciler Önder	(ÜYE) KATILMADI
3. Prof. Dr. Tamer Yılmaz	(ÜYE) 
4. Prof. Dr. Şahan Saygı	(ÜYE) 
5. Prof. Dr. Şanda Çalı	(ÜYE) KATILMADI
6. Prof. Dr. Nedim Çakar	(ÜYE) 
7. Prof. Dr. Kaan Erler	(ÜYE) KATILMADI
8. Prof. Dr. Ümran Dal Yılmaz	(ÜYE) —
9. Doç. Dr. Nilüfer Galip Çelik	(ÜYE) KATILMADI
10. Doç. Dr. Emil Mammadov	(ÜYE) 
11. Doç. Dr. Mehtap Tınazlı	(ÜYE) 

Scanned by CamScanner

Ek 18.**Aydınlatılmış Onam Formu (Nitel Aşama)****ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU*****(Katılımcının / Hastanın Beyanı)***

Sayın Nida AYDIN tarafından Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dal’ında sirküler alçılı hastalar konusunda bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güvence verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Nida AYDIN’ı 0392 675 10 00 (iş) veya 0533 823 70 70 (cep) no’lu telefonlardan ve Hemşirelik Fakültesi SB 420 YDÜ adresinden arayabileceğimi biliyorum Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı**Görüşme tanığı****Araştırmacı**

Adı, soyadı:

Adı, soyadı:

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Adres:

Adres:

Tel.

Tel:

Tel:

İmza:

İmza:

İmza:

Ek 19.

Ölçek İzinleri

ÖBGÖ kullanım izni hk. ➡

Gelen Kutusu x

**NİDA AYDIN**

31 Tem 2019 Çar 09:58



Merhaba Nursen Hocam, Nasılsınız?Yakın Doğu Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde araştırma görevlisi olarak çalışmaktayım. Planlam...

**NURSEN NAHCIVAN** <nursen@istanbul.edu.tr>

31 Tem 2019 Çar 22:27



Alıcı: ben ▼

Nida Hanım merhaba,

Türkçe Öz-bakım Gücü Ölçeği'ni doktora tez çalışmanızda kaynak göstermek suretiyle elbette kullanabilirsiniz. Ölçek ile ilgili ihtiyacınız olan dokümanlar ekte gönderilmiştir.

Başarı dilekleriyle,

--

Prof. Dr. Nursen NAHCIVAN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Emekli Öğretim Üyesi
E posta: nnahcivan@gmail.com

Fwd: COPE sklası ➡

Gelen Kutusu x

**Lütfullah Beşiroğlu** <lbesiroglu@gmail.com>

1 Ağu 2019 Per 09:48



Alıcı: ben ▼

teşekkür ederim. Ekte bulabilirsiniz.

iyi çalışmalar

--

Prof. Dr. Lütfullah Beşiroğlu
Katip Çelebi Üniv.
Atatürk Eğitim Araştırma Hast.
Psikiyatri Kliniği
İzmir

Ek 20.

Tezden Üretilmiş Yayın

Your Submission Harici Gelen Kutusu x

 **Orthopaedic Nursing Journal** <em@editorialmanager.com>
Alic: ben

14 Ocak Cum 14:13 ☆ ↶ ⋮

Ref.: Ms. No. ONJ1756R1
"It's Not Just a Plaster Cast, My Leg is in it!" Patient Experiences: A Qualitative, Phenomenological Study
Orthopaedic Nursing

Dear Mrs. AYDIN,

Your manuscript titled "It's Not Just a Plaster Cast, My Leg is in it!" Patient Experiences: A Qualitative, Phenomenological Study has been re-reviewed and edited. I am happy to tell you that your manuscript will be published in Orthopaedic Nursing if you approve and accept the edits and edit the section on limitations. Your manuscript upon receipt of these changes.

To submit a revision, go to <http://onj.edmgr.com/> and log in as an Author. You will see a menu item called Submission Needing Revision. You will find your submission record there.

OPEN ACCESS

If you would like your submission, if accepted, to be open access, please complete the following steps. Further information is available at <http://links.lww.com/LWW-ES/A48>

1. A License to Publish (LTP) form must be completed for your submission to be made open access. Please download the form from <http://links.lww.com/LWW-ES/A49>, sign it, and submit the file as part of your revision (using the Attach Files submission step in Editorial Manager).
2. Upon acceptance of your submission, you will receive an Open Access Publication Charge letter from the Journal's Publisher, Wolters Kluwer, and within instructions on how to submit any open access charges. The email will be from publicationservices@copyright.com with the subject line 'Please Submit Your Open Access Article Publication Charge(s)'. The cost for publishing an article as open access can be found at <https://wkauthorservices.edmgr.com/open-access/hybrid.html>

Thank you for submitting your manuscript to Orthopaedic Nursing. I look forward to working with you as we complete this process.

Sincerely,

Susan W. Salmond, RN, EdD, ANEF, FAAN

Ek 21.

İntihal Raporu

teezz 2			
ORJİNALLİK RAPORU			
%12	%11	%5	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
BİRİNCİ KAYNAKLAR			
1	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%2	
2	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	%1	
3	www.deuhyoedergi.org İnternet Kaynağı	%1	
4	9lib.net İnternet Kaynağı	<%1	
5	acikerisim.isikun.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1	
6	hemarge.org.tr İnternet Kaynağı	<%1	
7	acikerisimarsiv.selcuk.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1	
8	www.phdernegi.org İnternet Kaynağı	<%1	
9	ssyv.org.tr İnternet Kaynağı	<%1	

Ek 22.

Özgeçmiş

Adı	Nida	Soyadı	Aydın
Doğum Yeri	Malatya	Doğum Tarihi	11.07.1987
Uyruğu	TC-KKTC	Telefon	+90 533 823 70 70
E-mail	nida.aydin@neu.edu.tr		

Eğitim Düzeyi	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Yakın Doğu Üniversitesi	2016
Lisans	İnönü Üniversitesi	2010
Lise	Kuşadası DMG Anadolu Lisesi	2005

İş Deneyimi Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Araştırma Görevlisi	Yakın Doğu Üniversitesi	Eylül 2014 - Halen
Hemşire	Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	Mart 2011 - Mart 2014
Hemşire	Saydam Tıp Merkezi	Temmuz 2010 – Mart 2011