



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

**YÜKSEK
LİSANS
TEZİ**

**OMUZ ARTROSKOPİSİ CERRAHİSİ SONRASI
HASTALARIN YAŞADIKLARI SORUNLARIN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

BÜŞRA ÇIRAK SAĞDIÇ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

HAZİRAN 2021



**OMUZ ARTROSKOPİSİ CERRAHİSİ SONRASI HASTALARIN
YAŞADIKLARI SORUNLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Büşra ÇIRAK SAĞDIÇ

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

HAZİRAN 2021

ETİK BEYAN

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

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

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

Büşra ÇIRAK SAĞDIÇ

28/6/2021

OMUZ ARTROSKOPİSİ CERRAHİSİ SONRASI HASTALARIN YAŞADIKLARI SORUNLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Büşra ÇIRAK SAĞDIÇ

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Haziran 2021

ÖZET

Bu araştırma, omuz artroskopisi cerrahisi uygulanan hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları sorunların değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırma 16 Temmuz 2020 – 24 Aralık 2020 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği'nde ilk kez omuz artroskopisi geçiren 88 hasta ile yürütülmüştür. Araştırma Hasta Bilgi Formu ile Kol, Omuz ve El Sorunları Anketi (DASH) kullanılarak iki aşamada gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın verileri, omuz artroskopisi öncesi yüz yüze, ameliyat sonrası 1., 6. ve 12. haftalarda hastalarla telefonla görüşülerek toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) bağımsız örneklem t testi, ANOVA, Levene, Bonferroni ve Tamhane's T2 testleri kullanılmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; hastaların ameliyat öncesi dönem DASH anketi puan ortalaması $54,21 \pm 19,65$, ameliyat sonrası 1. hafta $62,07 \pm 15,40$ 6. hafta $37,76 \pm 17,08$ ve 12. hafta $23,81 \pm 12,66$ olarak bulunmuştur. Hastaların ameliyat öncesi dönem DASH anketi iş modülü bölümü puan ortalaması $50,78 \pm 29,56$, ameliyat sonrası 1. hafta $57,24 \pm 29,54$, 6. hafta $39,49 \pm 28,04$ ve 12. hafta $19,32 \pm 18,92$ olarak bulunmuştur. Her iki ankette de zamanlar arasındaki bu puan farkları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Ameliyat öncesi dönem DASH puanları 45 yaş üzerinde, obez, kronik hastalığı bulunan ve ilk öğretim mezunu hastalarda anlamlı derecede ($p < 0,05$) yüksek bulunmuştur. Yapılan izlemlerde omuz artroskopisi cerrahisi sonrası sorunların ameliyat sonrası erken dönemde ameliyat öncesine göre daha şiddetli yaşandığı ve bu sorunların özellikle ameliyat sonrası 6. haftadan sonra azalmaya başladığı ve 12. haftadan sonra da devam ettiği saptanmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda hastaların ameliyat sonrası dönemde evde günlük yaşamda yaşayabilecekleri sorunlar ve sorunlarla baş etmelerine yönelik eğitim ve danışmanlık verilmesi, telefonla izlemlerin yapılması önerilmektedir.

Bilim Kodu : 1032.1
Anahtar : Omuz artroskopisi, ameliyat sonrası dönem, sorunlar,
Kelimeler : ortopedi ve travmatoloji hemşireliği, telefonla izlem
Sayfa Adedi : 93
Danışman : Doç. Dr. Sevil GÜLER

EVALUATION OF THE PROBLEMS EXPERIENCED BY THE PATIENTS AFTER SHOULDER ARTHROSCOPY

(M. Sc. Thesis)

Büşra ÇIRAK SAĞDIÇ

GAZİ UNIVERSITY

GRADUATE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES

June 2021

ABSTRACT

The aim of this descriptive and cross-sectional study was to determine problems experienced by patients after shoulder arthroscopy. This study was carried out between July 16nd, 2020 and December 24th, 2020 in Orthopedics and Traumatology Clinic of Gazi University Health Research and Practice Centre in Ankara. This study included 88 patients undergoing shoulder arthroscopy for the first time. The research has been conducted in two stages by using patient identification form and Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH) questionnaire. Questionnaires were applicated to the patients before the surgery by face to face and tele-follow up visits on 1st, 6th and 12th weeks. Descriptive statistical methods (frequency, percentage, mean, standart deviation) and independent Samples t test, ANOVA, Levene, Bonferroni ve Tamhane's T2 were used in evaluating the data. According to the statistical analyses; DASH score of the patients was $54,21 \pm 19,65$ in preoperative period, this score was $62,07 \pm 15,40$ in the postoperative 1st week, $37,76 \pm 17,08$ in the 6th week and $23,81 \pm 12,66$ in the 12th week after the surgery and reduced significantly ($p < 0,05$) in time. DASH work modul score of the patient was $50,78 \pm 29,56$ in the preoperative period, this score was $57,24 \pm 29,54$ in the postoperative 1st week, $39,49 \pm 28,04$ in the 6th week and it was $19,32 \pm 18,92$ in the 12th week after the surgery and reduced significantly ($p < 0,05$) in time. Preoperative DASH scores were found to be significantly higher ($p < 0,05$) in patients over 45 years old, obese, with chronic disease, and primary school graduates. According to the findings, the problems after shoulder arthroscopy surgery were more severe in the early postoperative period than before the operation, and that these problems began to decrease especially after the 6th week after the operation and that the problems continued after the 12th week. According to the results obtained from the research; we suggest education, consultancy and tele-follow up to the patients for resolving the problems experienced postoperatively and early after discharge.

Science Code : 1032.1

Key Words : Shoulder arthroscopy, postoperative period, problems, orthopaedic and trauma nursing, telephone follow up

Page Number : 93

Supervisor : Assoc. Prof. Dr. Sevil GÜLER

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca değerli katkıları ve destekleriyle yol gösterici olan, bilim insanı kişiliğinden ve akademik ahlakından çok şey öğrenip rol model aldığım ve beni her zaman teşvik eden danışmanım Sayın Doç. Dr. Sevil GÜLER'e,

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği hemşirelerine, hekimlerine ve personellerine,

Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden tüm hastalara,

Bu süreçte sevgi ve anlayışlarını üstümden eksik etmeyen sevgili ailem ve eşime katkılarından dolayı sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ	ix
ŞEKİLLERİN LİSTESİ	x
SİMGELER VE KISALTMALAR	xi
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	9
2.1. Omuz Eklemine Anatomisi	9
2.1.1.Omuz kompleksinin kemik yapıları.....	9
2.1.2.Omuz kompleksinin eklem yapıları	11
2.1.3.Omuz eklemine bursaları, arter ve sinirleri	12
2.1.4.Omuz kompleksinin kas yapıları.....	13
2.2. Omuz Eklemine Biyomekaniği	14
2.2.1.Omuz eklemi hareketleri	15
2.3.Omuz Eklemine Yaralanmaları	16
2.4.Omuz Eklemi Yaralanmalarında Tedavi Yöntemleri	19
2.5.Omuz Artroskopisi	21
2.5.1.Omuz artroskopisinde rehabilitasyon.....	22
2.5.2. Omuz artroskopisi komplikasyonları ve hastaların yaşadığı sorunlar..	26
2.6.Omuz Artroskopisi Cerrahisi Uygulanan Hastada Hemşirelik Bakımı	30
2.6.1. Ameliyet öncesi hemşirelik bakımı	30
2.6.2. Ameliyat sonrası hemşirelik bakımı	34

Sayfa

2.6.3.Omuz artroskopisi cerrahisi sonrası yaşanan sorunlarla baş etmede ortopedi ve travmatoloji hemşiresinin rolü.....	43
3.GEREÇ VE YÖNTEM	45
3.1. Araştırmanın Şekli	45
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	45
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	46
3.4. Veri Toplama Formları.....	47
3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması	49
3.6. Araştırmanın Uygulanması.....	49
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	50
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	51
4.BULGULAR	53
5. TARTIŞMA.....	65
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	71
6.1. Sonuçlar	71
6.2. Öneriler	72
KAYNAKLAR.....	73
EKLER	81
EK-1. Tanıtıcı Özellikler Formu	82
EK-2. Kol, Omuz ve El Sorunları Anketi (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand- DASH)	83
EK-3. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kurum İzinleri.....	86
EK-4. Gazi Üniversitesi Ölçme ve Değerlendirme Etik Alt Çalışma Grubu Onayı.....	88
EK-5. Katılımcılar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	90
ÖZGEÇMİŞ.....	92

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 3.1. Çalışmanın Cronbach's Alpha değerleri	49
Çizelge 4.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri	53
Çizelge 4.2. Hastaların hastalık ve ameliyat ile ilgili özellikleri.....	55
Çizelge 4.3. DASH anketi ve İş modeli alt boyut puanlarının izlemlere göre dağılımı.....	56
Çizelge 4.4. Hastaların sosyodemografik, ameliyat ve klinik özelliklerine göre artroskopi öncesi ve sonrası 1.,6. ve 12. haftadaki DASH anketi puan ortalamalarının dağılımı.....	58
Çizelge 4.5. Hastaların sosyodemografik, ameliyat ve klinik özelliklerine göre artroskopi öncesi ve sonrası DASH anketi iş modeli bölümünün puan ortalamalarının dağılımı.....	61

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 2.1. Omuz kompleksinin kemik yapıları	10
Şekil 2.2. Omuz kompleksinin kemik eklem ve kas yapıları.....	12
Şekil 2.3. Omuz kompleksinin rotator manşet kasları	14
Şekil 2.4. Omuz eklemi hareketleri	15
Şekil 2.5. Pasif omuz egzersizleri	24
Şekil 2.6. Aktif omuz egzersizleri	25
Şekil 2.7. Omuz artroskopisi cerrahisi sonrası hastaların yaşadığı sorunlar.....	28
Şekil 2.8. Omuz artroskopisi cerrahisi sonrası hemşirelik bakımı	42
Şekil 2.9. Omuz artroskopisi cerrahisi sonrası yaşanan sorunlar ve baş etmede hemşirenin rolü.....	43
Şekil 4.1. İzlemlere göre DASH anketi ve DASH iş modeli bölümünün puan değişim grafiği	57

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılan kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar	Açıklama
BKİ	Beden Kitle İndeksi
DASH	The Disabilities of Arm, Shoulder and Hand (Kol, Omuz ve El Sorunları Anketi)
GÜSAUM	Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
GYA	Günlük Yaşam Aktiviteleri
HKA	Hasta Kontrollü Analjezi
RMR	Rotator Manşet Rüptürü
ROM	Range of Motion (Eklem Hareket Açıklığı)
SPSS	Statistical Package For The Social Sciences

1.GİRİŞ

Problem Tanımı ve Önemi

Kas iskelet sistemi kemik, eklem, ligament, kıkırdak, tendon ve kaslardan oluşan karmaşık bir sistemdir. Kas iskelet sisteminin hayati organları koruma, büyük yaralanmalarla başa çıkabilme, yenilenebilme ve iyileşebilme gibi görev ve fonksiyonları bulunur. Kas iskelet sisteminin en temel fonksiyonu olan vücuda hareket sağlama ve pozisyon değişiklikleri bazı kas iskelet hastalıklarının sonucu olarak bozulabilmektedir. Bu hastalıklar bireyin günlük ve enstrümental yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yerine getirme ve temel insan gereksinimlerini karşılama ve büyük bir engel olarak karşısına çıkabilmektedir ve sıklıkla cerrahi yöntemler ile tedavi edilirler (Köse ve Demir, 2019). Bu hastalıklar içinde omuz ekleminde ağrı ve hareket kısıtlılığına sebep olabilecek omuz hastalıkları, genel popülasyonda en sık karşılaşılan üçüncü kas iskelet hastalığıdır ve tüm kas iskelet sistemi şikayetlerinin %16'sını oluşturmaktadır (Khosravi, 2019).

Omuz eklemi, insan vücudunda en geniş hareket açıklığına (range of motion) (ROM) sahip olan eklemdir. Fleksiyon, ekstansiyon, abduksiyon, addüksiyon, dış rotasyon, iç rotasyon ve sirkumdüksiyon gibi hareketleri yapabilir (Wang ve diğerleri, 2011, Walker, 2011). Omuz eklemi; sternoklavikuler eklem, akromiyoklavikuler eklem, glenohumeral eklem ve skapulotorasik eklemin birleşimi şeklinde olup karmaşık bir yapıya sahiptir (Çetinkaya, Özer ve Ataoğlu, 2015). Omuzun anatomisi kemik, kas ve tendon / ligament bileşenlerinden oluşur. Kemikli bileşenler; proksimal humerus, skapula ve distal klavikulyayı içerir. Omuzun kas yapısı omuza hareketlilik kazandıran rotator manşet (supraspinatus, infraspinatus, teres minor ve subscapularis) ve deltoid kasıdır (Brown, 2008). Tendon ve ligament dizileri omuz ekleminin desteklenmesi ve stabilizasyonunda yardımcı olur. Tüm bu bileşenlerin birincil fonksiyonu elin uzayda konumlandırılmasını ve hareketliliğini sağlamaktır (Brown, 2008).

Omuz eklemi, hareket açıklığı en geniş eklemimiz olması sebebiyle günlük yaşantımızda en sık kullandığımız eklemimizdir. Bununla bağlantılı olarak, omuz eklemi yaralanmalarının yaşam boyu prevalansı %7-10 arasında olup, yetişkinler

arasında en sık görülen ağrı ve sakatlık nedenlerinden biridir (Kooienga ve Rasmor, 2016). Omuz eklemi yaralanmaları akut travmadan veya bazı durumlarda travma dışı faaliyetlerden kaynaklanabilmektedir (Kooienga ve Rasmor, 2016).

Omuz yaralanmaları, kırıklar, omuz instabilitesi (anteriyor, posteriyor ve çok yönlü), subakromiyal sıkışma (impingement) sendromu, kalsifiye tendinit, rotator manşet yırtıkları, subskapularis yırtıkları, donuk omuz, superior glenoid labrum lezyonları (SLAP), dejeneratif eklem hastalığı şeklinde sıralanmaktadır (Kanatlı, 2019). Kırıklarda tüm iskelet sistemi kırıkları arasında klavikula kırıkları %5-10, skapula kırıkları %0,5-1 oranında görülür (Huri, Karagüven, Ziroğlu ve Doral, 2017; Kılınçoğlu ve Mert, 2019). Omuz instabilitesi eklem instabilitelerinin %45 oranı ile en çok görülen instabilite türüdür (Bayram ve diğerleri, 2018; Karahan, 2013). Omuz ağrısını en sık nedeni omuz sıkışma sendromu olup rotator manşet yırtıklarının %95'inin sebebinin omuz sıkışma sendromu olduğu bildirilmiştir (Berberoğlu ve Çalış, 2007). Rotator manşet rüptürlerinin görülme sıklığı %5-39 olarak bildirilmiştir (Yamamoto ve arkadaşları, 2010). Donuk omuzun ise genel popülasyonda görülme sıklığı %2-5' tir (Çelik, 2017).

Omuz eklemi yaralanmalarında konservatif tedaviler ve cerrahi tedaviler hastalığın türüne göre tercih edilmesine karşın ağrının lokalizasyonu, başlangıcı, eşlik eden klinik özellikler ve tedavi yöntemleri arasında benzerlikler içeren bu omuz sorunlarının tedavi yöntemlerinde de benzerlikler bulunmaktadır. Omuz hastalıkları ve tedavisinde en önemli yaklaşımlar düzgün postürün sağlanması, tüm omuz kaslarının esnekliğinin artırılması ve güçlendirilmesi, her hasta için egzersiz planı uygulanması ve hasta takibidir. Egzersizler ile birlikte eklem içi steroid enjeksiyonları, non-steroid analjezikler, bantlama, oral kortikosteroid ilaçlar, elektrofizyolojik ajanlar, akupunktur, sinir bloğu ve çeşitli fizik tedavi yöntemleri birlikte uygulanabilmektedir (Çelik, 2017; Dernek, Aydın, Kesikbaş ve Aksoy, 2019). Konservatif tedavinin yeterli olmadığı durumlarda ise cerrahi yöntemler tercih edilir. (Brown, 2008; Karahan, 2013; Thomas ve arkadaşları, 2016; Bayram ve diğerleri, 2018).

Konservatif tedaviler ağrıyı azaltma ve fonksiyonu arttırmaya yönelik olup, oral analjezikleri, eklem enjeksiyonlarını ve fizik tedaviyi içermektedir. Konservatif

tedaviler sonucunda hastada iyileşme gözlenmiyorsa hasta cerrahi işlem için seçilebilir (Brown, 2008). Omuz ekleminde uygulanan cerrahi tedaviler artroplastisi, artroskopi ve açık cerrahi yöntemler olarak karşımıza çıkmaktadır. Omzun dejeneratif hastalıklarında sıklıkla omuz artroskopisi ve omuz artroplastisi uygulanabilmektedir.

Omuz artroplastisi hastaların yaşam kalitesini arttırmaya yönelik olarak uygulanan ve eklem cerrahi yolla yeniden şekillendirilmesi temeline dayanan bir cerrahi yöntemdir. Osteoartrit, inflamatuvar artrit, şiddetli proksimal humerus kırığı, avasküler nekroz, rotator manşet yırtıklarını içeren durumların tedavisinde kullanılır (Xu, Baker, Woods, Brabston ve Ponce, 2016).

Başka bir omuz cerrahisi yöntemi olan artroskopi, en sık kullanılan cerrahi girişim olup, eklem içine kamera ve cerrahi enstrümanlar ile girilerek eklem içi görüntüleme ve tedavi uygulama yöntemidir. Artroskopi ortopedik cerrahideki son yüz yılın en önemli gelişmelerinden biri sayılmaktadır ve son 20 ila 30 yıl arasında artroskopik enstrümantasyon ve cerrahi tekniklerin tanıtılması, geliştirilmesi ve iyileştirilmesi ile birçok cerrah geleneksel açık prosedürlerin yerine artroskopik teknikleri kullanmaya başlamıştır (Moen ve diğerleri, 2014). Omuz ekleminin; rotator kılıf yırtıkları, adheziv kapsülit, slap lezyonları, instabilite gibi hastalıklarında uygulanır (Çetinkaya, Özer ve Ataoğlu, 2015). Günlük yaşam aktiviteleri, hayatta kalmayı ve iyilik halini sağlayan ve sosyal bir dünyada yaşamak için temel oluşturan aktivitelerdir. Cerrahi prosedürlerden sonra hastaların günlük hayatta yaşadıkları problemleri belirlemek sağlık hizmeti kalitesini artırmak, hasta sonuçlarını iyileştirmek ve bakım maliyetlerini azaltmak açısından önemli bir adımdır. Bu operasyonlardan biri son yıllarda hızlı bir şekilde artış gösteren omuz artroskopisidir (Xu ve diğerleri, 2016). Açık omuz ameliyatları ile artroskopik yöntemlerin kıyaslandığı çalışmalarda artroskopik omuz cerrahisi geçiren hastaların açık ameliyat geçiren hastalara göre iyileşme süreci daha kısa bulunmuş ve ağrı oranları daha düşük bulunmuştur (Buess, Steuber ve Waibl, 2005). Literatürde artroskopik omuz cerrahisinin hasta memnuniyet oranı ameliyat sonrası geç dönemde %98-100 arasında iken açık omuz cerrahisinin hasta memnuniyet oranı geç dönemde %87,5-94 olarak belirtilmiştir (Tashjian ve diğerleri, 2007).

Omuz artroskopisinde mortalite oranı düşük olmakla birlikte (%0,04) (Martin, Gao, Pugely ve Wolf, 2013), genel rapor edilen komplikasyon oranı %4,8-10,6 arasındadır (Randelli ve diğerleri, 2010). Omuz artroskopisi sonrası sıklıkla yaşamı etkileyebilecek nörovasküler yaralanmalar, nörolojik olaylar, enfeksiyon, tromboembolik olaylar, ağrı vb. komplikasyonlar görülebilmektedir (Moen ve diğerleri, 2014). Shin ve arkadaşları (2018)'nin omuz artroskopisi geçiren hastaların ameliyat sonrası komplikasyon oranlarını belirlemek amacıyla yaptığı ve 27,072 hastanın dahil edildiği çalışmada, cerrahi prosedüre bağlı komplikasyon oranı %7,9 olarak literatüre göre daha yüksek oranda bulunmuştur. Bu komplikasyonlar artrofibroz, kronik ağrı, enfeksiyon, sinir felci, vasküler yaralanmalar ve yanlış taraf cerrahisi olarak bildirilmiştir (Shin, Popchak, Musahl, Irrgang ve Lin, 2018).

Omuz artroskopisi cerrahisi uygulanan hastalar, gelişen minimal invaziv cerrahi tekniklerin kullanılması, rejyonel anestezi almaları ve komplikasyon oranlarının düşük olması sebebiyle, sıklıkla ameliyat olacakları gün kliniğe yatırılmakta ve ameliyat sonrası klinikte ortalama bir gün (18-24 saat) yatırılarak taburcu edilmektedir (Erden, Demir, Kanatlı, Danacı ve Carboğa, 2017). Oysaki omuz artroskopisi sonrası iyileşme süreci oldukça uzun bir süreçtir (Martinez ve diğerleri, 2018). Literatüre baktığımızda Martinez ve ark. (2018)'nin omuz artroskopisi sonrası telefonla takibin hastaların ev egzersizlerine uyumuna etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, ameliyat öncesi eklem hareketleri açıları toplamı 580 derece iken ameliyat sonrası ikinci ay 250 derece, dördüncü ay 350 derece, altıncı ay 430 derece ve birinci yılın sonunda 470 derece olarak bulunmuştur (Martinez ve diğerleri, 2018). Eklem açıları toplamındaki bu değişimler, ameliyattan bir yıl sonra dahi ameliyat öncesi döneme göre eklem hareket açıklığının daha kısıtlı olduğunu göstermektedir. Yapılan histolojik çalışmalarda ise artroskopi cerrahisi sonrası rotator manşet iyileşmesinin inflamatuvar, tamir ve yeniden şekillenme olarak adlandırılan üç fazla gerçekleştiği ve manşetin kemiğe fiksasyonu sonrasında 2-3 hafta içinde tamirin başlamasına rağmen 12-16 hafta öncesine kadar tepe tensil kuvvetine yani maksimum uzama yeteneğine ulaşamadığı gösterilmiştir (Kaya ve Doral, 2013). Bu çalışmalara ve literatürdeki benzer çalışmalara bakıldığında artroskopi sonrası hastaların yaşadıkları sorunlar ameliyat sonrası uzun bir süre devam etmektedir.

Hastaların yaşadıkları sorunların çözümleri için hasta takibi ve iyi planlanmış bir hemşirelik bakımı gerekmektedir. Yaşanılan sorunların ameliyat sonrası devam etme süresi ile hastaların klinikte takip edilme süresi kıyaslandığında taburculuk sonrası hasta takibi olmaksızın hemşirenin hastayı yeteri kadar gözlemlemesi ve hastanın yaşadığı sorunlara yönelik hemşirelik bakımı vermesi mümkün olamamaktadır. Bu durum, ameliyat öncesi ve sonrası dönemlerde poliklinikte izlenen hastaların, yine poliklinikte görev yapan ortopedi ve travmatoloji hemşireleri tarafından verilecek bakım, eğitim, danışmanlık ve telefonla izlem hizmetlerinin önemini ortaya koymaktadır.

Omuz artroskopisi ameliyatı öncesi ve sonrası dönemde hastalar uzun süre günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmelerini olumsuz etkileyen sorunlar yaşamaktadır. Ortopedi ve travmatoloji hemşiresi, hastalara vereceği bireyselleştirilmiş ve bütüncül bakımı en iyi şekilde planlayabilmesi için öncelikle hastaları kapsamlı bir şekilde değerlendirmesi ve yaşadıkları sorunları gözlemlemesi önemlidir. Ameliyat sonrası hastalar, ağrı, ağrıya ve omuz askısı kullanımına bağlı ciddi uyku problemleri, anksiyeteye ve öz güven eksiklik gibi sorunlar yaşamaktadır. Omuz fonksiyonelliği omuz askısı kullanımı ve omuz eklemine immobilize kalma gerekliliğinden dolayı uzun bir süre sağlıklı olarak devam edemez. Omuz eklemi fonksiyonelliğindeki bu bozulma hastada öz bakımını yerine getirememeye, sosyal yaşamdan kendini geri çekme, giyinme çıkarma, banyo yapma, yazı yazma, yemek hazırlama, spor ve müzik faaliyetleri gibi günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorlukları beraberinde getirmektedir. Ortopedi ve travmatoloji hemşiresi, omuz artroskopisi sonrası hastaların yaşadığı sorunlar ile klinikte kısa bir süre karşılaşmasına rağmen, bu sorunların çözümünde ameliyat öncesi ve sonrası dönemde vereceği eğitim, danışmanlık ve telefon izlemleri ile anahtar rol oynamaktadır (Chunk, Park, Kim, Shin ve Oh, 2012; Dattani, Ramasamy, Parker ve Patel, 2013; Bayram, Ertürk, Yıldırım, Atlıhan, Çetinus ve Yılmaz, 2018; Kanat, 2019).

Hemen hemen tüm omuz cerrahileri elektif olarak yapılmaktadır ve amacı hastanın yaşam kalitesini arttırmak, ağrı seviyesini düşürmek ve omuz fonksiyonlarını arttırmaktır. Bu amaçlara ulaşıp ulaşılmadığını ölçmek için ameliyat sonrası hasta çıktılarını ölçen araştırmalar yapılmaktadır (Landy, Byodjiyan, Shi ve Lee, 2019). Literatürde sıklıkla, omuz artroskopisi cerrahisi geçiren hastalarda karşılaşılan

komplikeasyonlarla ve hasta çıktılarıyla ilgili araştırmalar bulunmaktadır (Xu ve diğeri, 2016; Martinez ve diğeri, 2018; Wong ve diğeri, 2018; Randelli ve diğeri, 2010). Ancak ameliyat sonrası hastaların günlük yaşamlarında karşılaştıkları beslenme, kişisel bakım (banyo, diş fırçalama, sa tarama gibi), giyinme, hareket, uyku, çalışma-eğlenme ve iletişim ile ilgili sorunlara yönelik kaynaklar sınırlı sayıdadır (Martinez ve diğeri,2016). Bu sorunlar hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürmektedir (Saier ve arkadaşları, 2017).

Hastaların yaşadıkları sorunların zmlerinin araştırılması hastaya yönelik bakımın planlanması ve iyi bir taburculuk eğitimi verilebilmesi için taburculuk sonrası hastaların hemşireler tarafından izlenmesi, hastaların iyileşme süreçlerinin değerlendirilmesinde, bakımdaki eksikliklerin belirlenmesinde, ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları sorunların saptanması, zmlenmesinde önemli yere sahiptir (Martinez ve diğeri,2016). Bu çalışmanın omuz artroskopisi cerrahisi sonrası hastaların yaşadıkları sorunların saptanması ve ameliyat sonrası hastaların klinikte takipleri ve evde bakımları için yol gösterici olacağı, bu bağlamda da hemşirelik literatürüne katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın amacı

Bu araştırma, omuz artroskopisi cerrahisi uygulanan hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları sorunların değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

Araştırmanın soruları

1. Omuz artroskopisi uygulanan hastaların ameliyat sonrası dönemde ilk 12 haftaya kadar yaşadıkları sorunlar nelerdir?

Araştırmanın nemi

Omuz artroskopisi cerrahisi geçiren hastalarda yaptığımız gözlemlere ve literatüre göre ameliyat sonrası özellikle ilk üç ay ameliyat öncesine göre daha ağrılı geçmekte ve hareket kısıtlılığı erken dönemde önemli derecede arttığı için hastanın günlük yaşam aktiviteleri, sosyal yaşamı oldukça olumsuz etkilenmekte ve yaşam

kalitesi düşmektedir (Martinez ve diğerleri, 2018). Saier ve arkadaşları (2017)'nin omuz artroskopisi geçiren hastalarda yaşam kalitesi ve işe dönüş süresinin uzunluğunu saptamak amacı ile yaptığı tanımlayıcı çalışmada, artroskopi ameliyatı geçiren hastaların yaşam kalitesinin ameliyat sonrası erken dönemde önemli ölçüde bozulduğu ve ameliyat sonrası 6-12. aylardan sonra ameliyat öncesi döneme göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yükseldiği bulunmuştur. Yine aynı çalışmada, işe dönüş süresi ortalama 2 ay olarak bulunmuş, ağır fiziksel işlerde bu süre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Saier ve arkadaşları, 2017).

Omuz artroskopisi cerrahisi geçiren hastaların ameliyat sonrası dönemde klinikte kalış süreleri rejyonel anestezi almaları, minimal invaziv cerrahi tekniklerinin kullanımı ve komplikasyon oranlarının düşük olması sebebiyle ortalama bir gündür (Erden ve diğerleri, 2017). Bu süre, hastaların ameliyat sonrası evde bakımları için hazırlanabilmeleri açısından oldukça kısadır. Bu nedenle de hastaların yaşadıkları sorunların değerlendirilebilmesi ve çözümlenebilmesi için ameliyat sonrası hasta izlemi oldukça önemlidir. Omuz artroskopisi cerrahisi geçiren hastaların, ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları sorunların belirlenmesi, hasta ve hasta yakınlarının yaşadıkları sorunların azaltılmasına ve çözümlenmesine, gelişen komplikasyonların önlenmesine ve erken dönemde belirlenmesine yardımcı olacaktır. Ülkemizde omuz artroskopisi üzerine yapılan çalışma sayısı oldukça fazla olmakla birlikte, omuz artroskopisi cerrahisi geçiren hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönemde yaşadıkları sorunların belirlendiği ve hemşirelik literatürüne katkı sağlayacak telefonla takip ve izlemin yer aldığı çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Martinez ve arkadaşları (2018)'nin yaptığı omuz artroskopisi sonrası hemşireler tarafından telefonla takibin hasta sorunları üzerine etkilerini inceleyen bir çalışmada telefonla takip edilen hastaların ameliyat sonrası bir yıl içinde yaşadıkları tüm sorunlar telefonla takip ve danışmanlık verilmeyen hastalara göre anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Bu çalışma ameliyat sonrası klinik takibi oldukça kısa olan bu hasta grubunun hemşire tarafından poliklinikte veya telefonla takip edilmesinin önemini gözler önüne sermektedir (Martnez ve arkadaşları, 2018). Araştırmamızın, hastaların ameliyat sonrası takiplerinin yapılmasıyla omuz artroskopisi cerrahisi sonrası yaşadıkları sorunların saptanması ve ameliyat sonrası süreçte hastalara verilecek hizmetlerin planlanmasında anahtar rol oynayacağı düşünülmektedir.



2.GENEL BİLGİLER

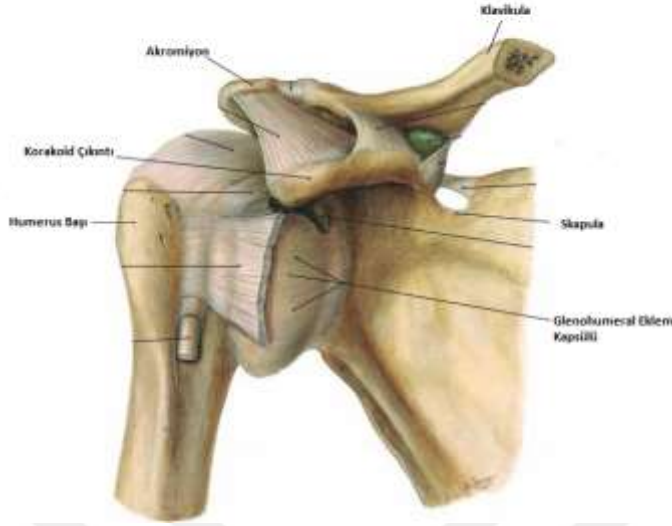
Kas iskelet sistemi kemik, eklem, ligament, kıkırdak, tendon ve kaslardan oluşan yenilenebilme ve iyileşebilme fonksiyonları bulunan karmaşık bir sistemdir. Kas iskelet sisteminin temel görevleri hayati organları koruma, vücudun pozisyon değişiklikleri ve hareketlerini sağlamaktır. Kas iskelet sisteminin bu görev ve fonksiyonları bazı hastalıklar sebebiyle bozulabilmektedir. Bireyin hareket fonksiyonlarını bozan ve günlük yaşam aktivitelerine katılımını engelleyen, bireysel temel ihtiyaçlarını dahi karşılamada dışa bağımlı hale getirebilen bu hastalıkların tedavisi sıklıkla cerrahi yöntemlerdir (Köse ve Demir, 2019).

2.1. Omuz Eklemine Anatomisi

Omuz eklemi çok eksenli top-yuva eklem tipine sahip sinovyal yapı bir eklemdir (Paulsen ve Waschke, 2010). Omuz eklemi elin uzayda konumlandırılması gibi insanın bağımsız olarak yaşamına devam edebilmesinde önemli yere sahip hareketler bütünü sağlayan ve insan vücudunda en geniş hareket açıklığına sahip olan eklemdir (Walker, 2014; Kanatlı ve diğerleri, 2019), Omzun anatomisi kemik, kas ve tendon / ligament bileşenlerinden oluşur (Brown,2008).

2.1.1.Omuz kompleksinin kemik yapıları

Omuz bölgesi anatomisi dört temel kemik yapıdan oluşmaktadır (Şekil 2.1). Bunlar; sternum, klavikula, skapula ve humerustur. Omuz eklemi küre-yuva şeklinde bir eklem olup bu temel şekil skapulanın glenoid çukuruna humerus başının yerleşmesiyle oluşur. Skapulanın klavikula ve humerusun diğer kısımlarıyla yaptığı eklemler ise omuz stabilitesini ve fonksiyonelliğini sağlamaktadır (Arkun ve Ergen, 2014).



Şekil 2.1. Omuz kompleksinin kemik yapıları

(Paulsen ve Waschke, 2010)

Sternum: Göğüs ön duvarının orta bölümünü oluşturan spongioz bir kemiktir. Klavikula ile arasında üst ekstremitayı gövdeye bağlayan sternoklaviküler eklem oluşur.

Klavikula: Aksiyal yapılar ve üst ekstremita arasındaki bağlantıdır. Transvers planda italik S harfine benzer. Birçok kas için yapışma yeridir ve üst ekstremitaya uygulanan yükü aksiyel iskelete aktarır.

Skapula: Üçgen biçiminde bir kemik olan skapula gövde, glenoid çukur, skapula boynu, spina skapula, akromiyon ve korakoid çıkıntıdan oluşur. Humerus başı ile glenohumeral eklemi, klavikula ile akromioklavikular eklemi oluştur. Böylece üst ekstremitayı gövdeye bağlar (Arkun ve Ergen,2014). Klinik açıdan önemli bölgeleri skapula üst kenarı, glenoid, akromion ve korakoid çıkıntısıdır.

Humerus: Dirsekten omuza kadar olan üst ekstremitenin en uzun kemiğidir. Skapulanın glenoid kavitesi ile humerus başı arasında glenohumeral eklem oluşur (Kanatlı ve ark., 2019).

2.1.2.Omuz kompleksinin eklem yapıları

Omuz eklem kompleksini oluşturan ve fonksiyonellik olarak birbirine bağımlı beş eklem bulunmaktadır bu eklemler birlikte üst ekstremitenin omuz hareketlerine katılmaktadırlar (Kanatlı ve ark,2019).

Sternoklaviküler Eklem: Üst ekstremitayı gövdeye bağlayan eklemdir ve üst ekstremitenin tüm hareketlerine katılır. Birinci kıkırdak kosta ile klavikula arasında oluşup sellar tipi eklem sınıfına girmektedir (Yıldırım,2013; Kanatlı ve ark,2019).

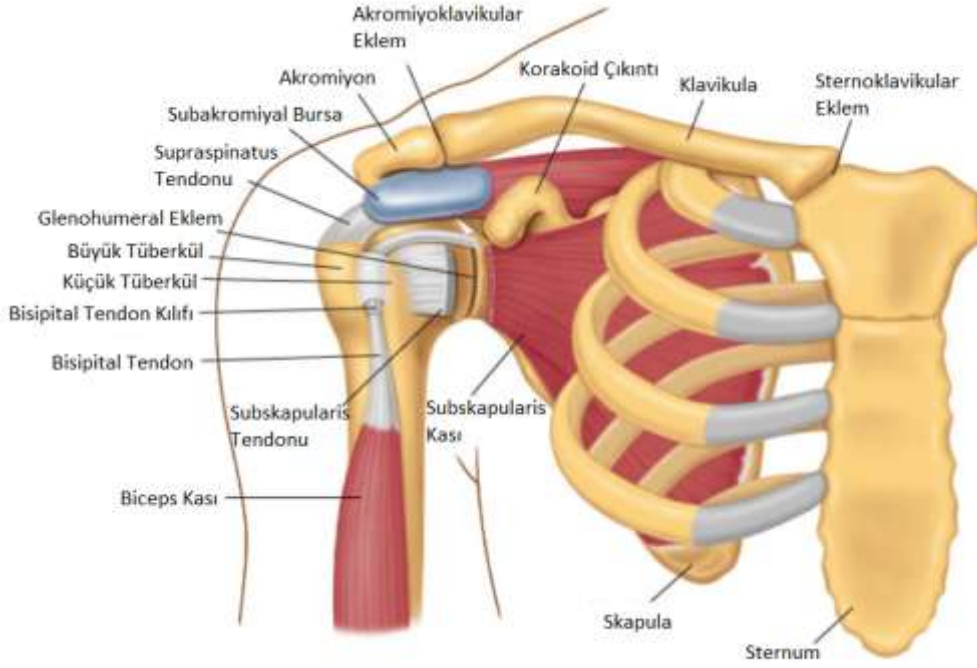
Akromioklaviküler Eklem: Skapulanın uzantısı olan akromionun klavikula ile yaptığı eklemdir (Arkun ve Ergen,2014). Rotasyon ve kayma hareketleri yapabilmektedir. Dinamik stabilizatörleri başlangıç noktaları akromion olan deltoid ve trapezius kaslarıdır (Arkun ve Ergen,2014; Kanatlı ve ark,2019). Bu eklem yaralanmaları omuz bölgesi yaralanmalarının %12'sini oluşturmaktadır (Çekinkaya ve ark.,2018).

Glenohumeral Eklem: Vücudun en geniş hareket açıklığına sahip ve en çeşitli hareketlerini yapabilen sinoviyal yapıda olan bir eklemdir. Humerus başı ile skapuladaki glenoidal çukur arasında oluşmuştur. Omuz eklem büyük ve arka tarafa doğru incelen gevşek bir eklem kapsülüne sahiptir. Omuz eklemine kapsülü ön yüzünde glenohumeral ligament, üst taraftan ise korakohumeral ligament ile güçlendirilmektedir.

Omuz eklemi kapsülü dört kısa kasın (m.supraspinatus, m.infraspinatus, m.teres minor, m.subscapularis) tendonları ile desteklenmektedir. Bu dört kas "rotator manşet" olarak adlandırılmaktadır. Eklem kapsülü, rotator manşet kasları ve ligamentler humerusa yapışma yerine bir cm kala sıkıca kaynaşarak rotator manşeti oluşturur. Rotator manşet ise hareket sırasında stresin bir noktada toplanmasını önleyerek stresi kendi içinde dağıtır (Yıldırım, 2013; Kanatlı ve ark, 2019).

Subakromiyal Eklem: Omuz çatısı, supraspinatus, infraspinatus, teres minor kas manşeti ile bursa subakromiyalis ve bursa subdeltoidea yatağından oluşur. Üst ekstremitenin abduksiyonu ve elevasyonu sırasında humerus başı ile rotator manşet kaslarının sürtünmesiz kaymasını sağlar (Kanatlı ve ark, 2019).

Skapulotorasik Eklem: Gerçek bir eklem olmayıp fonksiyonel olarak ifade edilir. Subskapular kas ve serratus anterior kasın arasında yer alan gevşek bağ dokusu yatağı olup omuz eklemlerinin işlevsel eklemleri arasında yer almaktadır.



Şekil 2.2. Omuz kompleksinin kemik eklem ve kas yapıları

(Gophysio, 2017)

2.1.3. Omuz eklemine bursaları, arter ve sinirleri

Bursalar, eklem çevresinden geçen tendonların kemiklere sürtünerek aşınmasını önlemek için genellikle tendonların yapışma yerinde kas ile kemik arasında bulunan sinovyal membranla döşeli keselerdir. Genellikle damarsızlardır ve yüzeyleri kaygandır (Erdil ve Özhan Elbaş, 2016). Subakromial bursa, fibroadipöz doku ile supraspinatus tendonuna bağlı olan, vücuttaki en büyük bursadır. Omuz hareketleri sırasında rotator manşet ve akromioklavikular eklem arasında kayganlığı artırarak hareketi kolaylaştırır. Omuz ağrısının sıklıkla karşılaşılan sebeplerinden biri olan subakromial sıkışma sendromu subakromial bursa ve rotator manşetin korakoakromial ark altında kronik irritasyonuna bağlı gelişmektedir (Özturan, Yücel, Çakıcı, İpek ve Karaduman, 2009).

Omuz ekleminin kanlanması sağlayan 6 arter vardır. Bunlar anterior ve posterior sirkumfleks humeral, supraskapular, torakoakromiyal, suprahumeral, subskapular arterlerdir. Omuz ekleminin sinirsel innervasyonu ise nervus aksillaris, nervus muskulokutaneus, nervus supskapularis ve supraskapularis sinirleri ile sağlanır (Yıldırım, 2014).

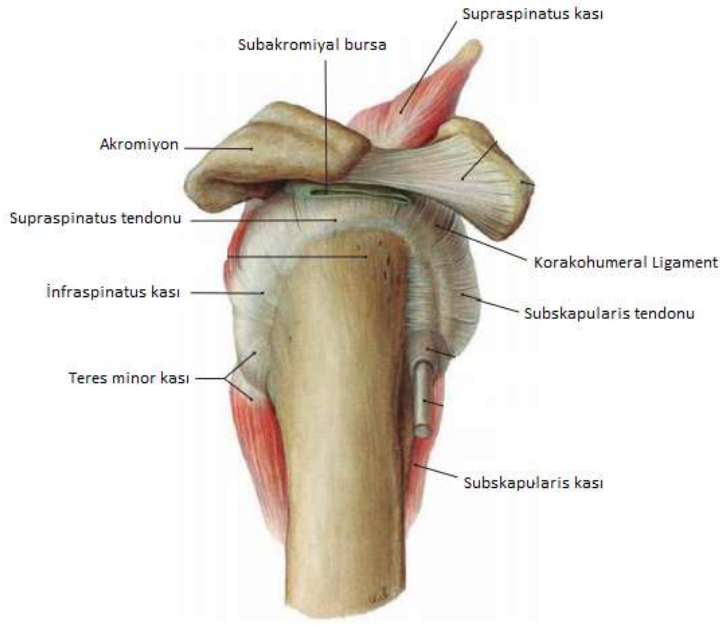
2.1.4.Omuz kompleksinin kas yapıları

Deltoid Kas: Omuzun en güçlü ve en önemli kasıdır. Omuzun ana elevatör kasıdır. Fleksiyon, medial rotasyon ve abdüksiyon hareketlerine katılır. Kola 90 dereceye kadar abdüksiyon yaptırır. Aksiller sinir ile innerve olur.

Pektoralis Majör Kası: Primer olarak omuz eklemine addüksiyon ne medial rotasyon yaptırır. Bu kasın yüzeysel fasyasında meme dokusu bulunur.

Pektoralis Minor Kası: Skapulaya protraksiyon ve depresyon hareketleri yaptırır (Yıldırım,2014).

Rotator Manşet Kasları: Rotator manşet; supskapularis, supraspinatus, infraspinatus ve teres minör kaslarının tendonları tarafından oluşturulur. Tüm bu kaslar, posteriorda skapuladan başlar ve yelpaze şeklinde öne uzanarak bir manşon şeklinde humerus başında sonlanırlar. Rotator kılıf kalınlığı sagittal planda ortalama 12 mm (10-14 mm) dir. Omuz eklemi hareketlerinden abdüksiyon hareketini supraspinatus kası başlatırken rotator manşet kasları abdüksiyonu devam ettirir. Ayrıca rotator kılıf omuzun rotasyonundan da sorumlu olup, supskapularis kası internal, infraspinatus ve teres minör kasları eksternal rotasyonu sağlar.Aynı zamanda rotator manşet kasların omuz ekleminin dinamik stabilizatörlerinden olup humerusun eklem içinde kalması için kuvvet uygular.



Şekil 2.3. Omuz kompleksinin rotator manşet kasları

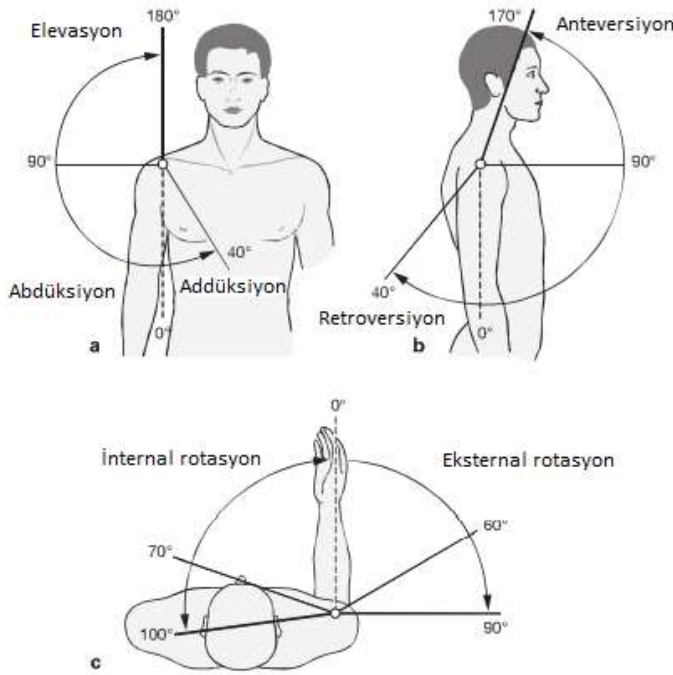
(Paulsen ve Waschke, 2010)

2.2. Omuz Eklemine Biyomekaniği

Omuz kol ve gövde arasında hareket açıklığı oldukça geniş olan ve bu açıklık sayesinde vücudun her bölgesine elin ulaşmasını sağlayan eklemdir. fleksiyon, ekstansiyon, abdüksiyon ve iç-dış rotasyon bağlamında ölçülmektedir (kanatlı ve ark.,2019). Omuz hareket açıklığı geleneksel olarak günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede önemli yere sahip olan omuz eklemine bu aktiviteler için gerekli hareket açıklıkları fleksiyon hareketi için 121 ± 6 derece, ekstansiyon hareketi için 46 ± 5.3 derece, abdüksiyon hareketi için 128 ± 7.9 derece, çapraz vücut addüksiyonu için 116 ± 9.1 derece, kolun 90 derece eksternal rotasyonu ile abdüksiyon 59 ± 10 derece ve iki kolun birlikte internal rotasyonu için 102 ± 7.7 derece olarak ölçülmüştür (Namdari ve ark.,2012).

Omuz eklemi kompleksi beş eklem kompleks çalışmasının bütünü olmakla birlikte omuz hareketlerini iki ana grupta toplamak mümkündür. Bunlar, glenohumeral eklem hareketleri ve skapular eklem hareketleridir (Ergöz,2005).

2.2.1.Omuz eklemi hareketleri



Şekil 2.4. Omuz eklemi hareketleri

(Paulsen ve Waschke, 2010)

Omuz ekleminin hareketleri birden fazla eklemin uyum içerisinde çalışmasını gerektirir. Skapula hareketleri omuz ekleminin hareketlerine yardımcıdır. Skapula elevasyon, depresyon, protraksiyon, retraksiyon, yukarı ve aşağı rotasyon hareketlerini yapar. Glenohumeral eklem en mobil eklemdir ve üç eksenli hareket yeteneği vardır. Bu hareketler sagittal düzlemde fleksiyon-ekstansiyon, frontal düzlemde abdüksiyon-addüksiyon ve horizontal düzlemde iç rotasyon-dış rotasyon hareketleridir. Sternoklavikular eklem, üst ekstremitenin bütün hareketlerinden etkilenir ve protraksiyon, retraksiyon, depresyon ve elevasyon hareketleri yapar. Akronioklavikular ekleminde protaraksiyon-retraksiyon ve elevasyon-depresyon hareketleri gözlenir (Ersoy ve Gümüşburun, 2010).

2.3.Omuz Ekleminin Yaralanmaları

Rotator Manşet Rüptürü

Rotator manşet rüptürü rotator manşet kaslarında meydana gelen yırtıklar olup omuz ağrısı ve omuz disfonksiyonu ile ilişkili bir hastalıktır. Görülme sıklığı yapılan çalışmalara göre %5 ile %39 arasında gösterilmekle birlikte kadavra incelemelerinde bu yırtıklara sıklıkla rastlamak mümkündür. Raporlardaki bu çeşitlilik asemptomatik seyreden rotator kas yırtıklarının varlığından kaynaklanabilmektedir ve rotator manşet hastalığının epidemiyolojisi net olarak açıklığa kavuşturulamamıştır (Yamamoto ve arkadaşları, 2010). Rotator manşet rüptürlerinde tipik olarak ağrı, g  cs  zl  k ve hareket kısıtlılığı görülür. Konservatif tedaviler ile yeterli iyileşme sağlanamayan hastalarda artroskopi tercih edilir. G   , hareket açıklığı, fonksiyonların geri kazanılması için ameliyat sonrası rehabilitasyon büyük önem taşımaktadır. Tipik olarak rehabilitasyon     aşamadan oluşmaktadır; immobilizasyon, pasif egzersiz ve aktif egzersiz. Immobilizasyon ve pasif egzersizler genellikle ameliyat sonrası ilk 4-6 hafta içinde ba  lar. Immobilizasyon bir omuz askısı yardımıyla sağlanabilir ve pasif egzersizlerde sorumlu sağlık çalışanı tarafından başlatılmalıdır. Terapist kola ve omuza destek verirken kolu çeşitli yönlerde hareket ettirir ve böylece hareket açıklığı sağlanmış olur. 4-6 haftanın ardından aktif egzersizler kademeli olarak ba  lanabilir. 8-12. haftalarda güçlendirme egzersizleri ba  lanarak hastanın kol hareketleri kontrolü ve kaslarda güçlenme sağlanır (Thomas ve diğerleri,2016).

Subakromiyal Sıkışma (  mpingement) Sendromu

Subakromiyal sıkışma sendromu subakromiyal boşluğun daralması sonucunda oluşan subakromiyal yapılarda görülen zedelenmelerdir. Bu patolojinin oluşumunda internal ya da tendonun çevresindeki patolojilerden kaynaklanan mekanizmalar rol oynayabilmektedir. Subakromiyal sıkışma sendromu omuz ağrılarının oluşma nedenleri arasında ilk sıralarda yer almakta olup fizyoterapi kliniklerine başvuran ve omuz ağrısı bulunan hastalarda %45-65 oranında bu hastalığa rastlanmaktadır (Umer, Qadir ve Azam, 2012). Hastaların büyük çoğunluğu ağrıyı kola yayılan tarzda tanımlayıp şikayetlerinin ba   üstü hareketlerde artmakta olduğunu

belirtmektedir (Özsoy, Fakıoğlu ve Aydoğan, 2013). Sıkışma sendromu üç seviyede tanımlanmaktadır. Birinci seviyede subakromial bursa etrafında ödem ve hemoraji ile karakterize olup genellikle 25 yaş altında görülür. İkinci seviye sıkışma sendromunda fibrozis, rotator manşetlerde tendinit gibi geri dönüşsüz patolojiler ortaya çıkar ve bu seviye sıkışmalar genellikle 25 ile 40 yaş arasında görülmektedir. Üçüncü seviye sıkışma sendromunda rotator kaslarda parsiyel ya da tam yırtıklar gibi kronik değişimler görülmekte olup bu seviye sıkışma sendromu genellikle 40 yaş üzeri hastalarda görülür (Umer, Qadir ve Azam, 2012). Medikal tedavi, steroid enjeksiyonu, fizik tedavi gibi konservatif tedaviler uygulanabilmektedir. İmpingement sendromlu hastalarda fizik tedavi hastalığın seviyesine göre değişmektedir (Greenfield, 2012). Konservatif tedavi ile semptomlar düzelmez ise bursanın eksizyonu ve subakromiyal alanı genişletmek amacı ile yapılacak bir cerrahi tercih edilmelidir (Thomas ve arkadaşları,2016). Hastalığın 1972 de tanımlanmasında sonraki süreçte cerrahi tedavide akromioplasti ile bursektomi altın standart olarak görülmekteydi fakat sonradan bu yöntemlerin iyileşme sürecini uzattığı ve yoğun fizik tedavi gereksinimlerini arttırdığı düşünülmüştür. Bugün artık subakromiyal sıkışma sendromunun cerrahisinde akromioplasti yerini artroskopik subakromial dekompresyon prosedürüne bırakmıştır (Consigliere,Haddo,Levy ve Sforza, 2018).

Omuz Eklemi İnstabilitesi

Omuza binen yükler omuz stabilitesini sağlayan unsurların gücünü aştığında omuz instabilitesi ortaya çıkar (Karahan,2013). Omuz eklemi biyomekaniğinde sınırlı kemik desteği bulunmaktadır ve insan vücudunun hareket açıklığı en geniş eklemi olması sebebiyle tüm eklemler içinde %45 oranıyla en sık çıkan eklemdir. Prevalansı %0,1-0.2 oranlarında bildirilmiştir (Bayram ve arkadaşları,2018). İnstabilite klinik olarak çıkığın etiyolojik faktörüne, yönüne, şiddetine ve klinik olarak ortaya çıkış sürecine göre sınıflandırılabilir. Anterior instabilite omuz ekleminde %85 oran ile en sık karşılaşılan çıkık tipidir (Ergen,2014). Omuzda anterior dislokasyonu olan hastalar tipik olarak ağır ve internal rotasyonda olan bir kol ile sağlık kuruluşuna gelir (Thomas ve ark.,2016). Glenohumeral eklem çıkıklarının %96'sı travmatik nedenlerden oluşurken %4'ü atravmatik nedenlerden oluşabilmektedir. Omuz instabilitesinde acil olarak çıkık redükte edilmelidir. Çıkık redükte edilirken dikkat edilmesi gereken ana iki unsur vardır. Bu unsurlardan ilki aşırı güç uygulayarak

kemik kırıklarına yol açmamak, ikincisi ise herhangi bir sinir zedelenmesine sebep olmamaktır (Karahana, 2013). İlk müdahaleden sonra kalıcı tedavi yöntemleri uygulanmalıdır. Omuz instabilitesi tedavisinin amacı herhangi bir ek patoloji yaratmadan omzun tekrarlı çıkıklarını engellemektir (Bayram ve arkadaşları,2018). Kol immobilizasyon amaçlı askıya alınır fakat uzamış immobilizasyon omuz ekleminde katılığa sebep olabileceği ve yeniden dislokasyon oranlarını değiştirmedeği için önerilmemektedir (Thomas ve ark., 2016). Tekrarlayan çıkıklarda tedavi olarak cerrahi yöntemlere başvurulur (Bayram ve arkadaşları,2018). Tekrarlayan dislokasyonlarda artroskopik stabilizasyon uygulaması düşünülmelidir (Thomas ve ark.,2016).

Donuk Omuz

Donuk omuz omuz ekleminin aktif ve pasif hareketlerinde ilerleyici kısıtlılıklarla seyreden bir tablodur. Eklem kapsülünün sinovyal enflamasyonunu takiben eklemle fibrozis oluşmasıyla gerçekleştiği düşünülmektedir. Etyolojisi tam bilinmemekle beraber diabetes mellitus, otoimmün hastalıklar, tiroid disfonksiyonu ve meme kanseri ile ilişkili bulunmuştur (Baykal, Atay ve Kocadal,2013). Genel popülasyonda prevalansı %2-5 iken diyabetli hastalarda ve tiroid hastalığı bulunanlarda bu oran %10 ile %38'e çıkmaktadır (Çelik, 2017). Tedaviler arasında oral kortikosteroid, kortikosteroid enjeksiyonları, egzersiz, elektrofizyolojik ajanlar, eklem mobilizasyonu, distansiyon, akupunktur, sinir bloğu, manipülasyon ve cerrahi yöntemler sayılabilir (Çelik, 2017).

Superior glenoid labrum lezyonları (SLAP)

Superior glenoid labrum lezyonları (SLAP) biseps kasının omuz ekleminde tutunduğu yerden ayrılması anlamına gelmektedir dört tipi bulunan SLAP lezyonlarının 1. tipi için tedavi konservatif tedavi yöntemleri iken, 2.,3. ve 4. Tipleri için tedavi cerrahi tedavilerdir (Kanatlı, Kütük ve Öztürk, 2020).

Dejeneratif Eklem Hastalığı

Dejeneratif eklem hastalığı omuzda yük binen yüzeylerin aşınması ve bu aşınmanın ilerlemesiyle ortaya çıkan ağrı ve fonksiyon bozukluğu ile kendini gösteren bir hastalıktır. Konservatif tedavisinde anti-inflamatuvar ilaç kullanımı, esneklik ve güçlendirme egzersizleri, hayat düzenlemesi yapılır. Cerrahi tedavisinde artroplasti veya artroskopi yapılabilmektedir (Sarıkaya, Gül, Esen, Çavuşoğlu ve Kanatlı,2020).

Kalsifiye Tendinit

Kalsifiye tendinit kalsiyum kristallerinin tendon içine yerleşmesi olarak tanımlanan kalsifiye tendinit akut ve şiddetli omuz ağrısının en sık karşılaşılan sebeplerinden biridir.Konservatif tedavide %90 başarı bildirilmiş olup iğne aspirasyonu ve irigasyon, ekstrakorporeal şok dalgası gibi tedaviler uygulanabilmektedir. Cerrahi tedavisinde ise açık cerrahi ile kalsiyumu kürete etme veya artroskopik cerrahi yöntemleri uygulanmaktadır (Kanatlı ve Gem, 2020).

2.4.Omuz Eklemi Yaralanmalarında Tedavi Yöntemleri

Günümüzde çalışan nüfusta ve 40-70 yaş aralığında daha fazla olmak üzere omuz ağrısı ve hastalıkları ortopedik ağrılar arasında en sık karşılaşılan üçüncü sıradadır (Chester ve arkadaşları, 2013). Omuz ağrısının en efektif tedavi yöntemi kesin olarak bilinmemekle birlikte omuz hastalıklarında tedavi yöntemleri konservatif tedaviler ve cerrahi tedaviler olarak yapılabilmektedir (Chester ve arkadaşları, 2013).

Konservatif Tedavi Yöntemleri

Konservatif tedavi omuz ağrısı, kas güçsüzlüğü, hareket açıklığında azalma ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede zorlanma şikayetleri ile fizyoterapi kliniklerine başvuran hastalarda ilk başvuru olan yöntemdir. Ameliyat sonrası dönemde ise yine aynı şikayetlerin azalması ve eklem açıklığının artırılması amacıyla fizyoterapi uygulanmaktadır (Awodidebe,Jassiem ve young, 2015).

Fizyoterapi ilerleyici güçlendirme egzersizleri, bantlama, elektro terapi, sıcak-soğuk uygulamalar düşük dereceli eklem manipölasyonu, mobilizasyon tedavisi, akupunktur ve eğitim gibi geniş bir yelpazeyi içermektedir. Bununla birlikte, diğer tedavi seçenekleriyle karşılaştırıldığında, eklem ve yumuşak doku mobilizasyonu, germe-esnetme, hareket açıklığı ve kademeli güçlendirme egzersizlerini içeren egzersiz terapisi, omuz ağrısı için rehabilitasyon protokolünün temelini oluşturur (Awodidebe, Jassiem ve young, 2015).

Her bir omuz hastalığı için fizik tedavi yöntemleri değişmekle birlikte fizik tedavinin birincil hedefi ağrıyı dindirmektir. Ağrı kontrolünü sağlamak amacıyla steroid olmayan anti inflamatuvar ilaçlar kısa süreli olarak etkili görülmektedir. Ağrının yeterince kontrol altına alınamadığı durumlarda ise kısa süreli oral kortikosteroid tedavisi uygulanabilmektedir.

Rehabilitasyondan kısa sürede etkili bir sonuç alınabilmesi için supraskapular blokaj ve ağrının çok yoğun olduğu durumlarda intraartiküler kortikosteroid tedavi açısından hasta değerlendirilir (Kibar, Yavuz ve Balaban, 2020). Eklem enjeksiyonlarının kortikosteroid, otolog tam kan, platelletten zengin plazma ve proloterapi gibi tipleri olup en yaygın endikasyonları ağrıyı azaltmak ve eklem açıklığını arttırmaktır. Omuz yaralanmalarında akromioklavikular eklem, biceps tendonu, glenohumeral eklem yapılarına uygulanabilmektedir. Enjeksiyon direkt eklem içine palpasyonla veya ultrasonografi yardımıyla uygulanabilmektedir. Eklem enjeksiyonlarının mutlak kontrendikasyonları kullanılacak ilaca karşı olan alerji, eklem sepsisi, lokal selülit, kırık ve bakteriyemidir. Hasta enjeksiyon sonrası oluşabilecek enfeksiyon ve ağrıya karşı mutlaka bilgilendirilmelidir (Ada, 2014).

Terapötik egzersizler omuz hastalıklarında konservatif tedavinin en önemli bölümüdür. Hastaya göre düzenlenmiş iyi bir egzersiz programı ile ağrı, hareket kısıtlılığı ve kas gücü kaybında iyileşme sağlanmaktadır. Konservatif tedavinin etkinliğini anlamak için 6-8 haftalık süre yeterli olabilmektedir (Kibar, Yavuz ve Balaban, 2020). Omuz ekleminin stabilizasyonunu sağlamak için kas gücünü artırmak omuzun fiziksel egzersizlerinin ana hedeflerinden biridir. Omuza yüklenen güçler eşit olmazsa omuz eklemi stabilitesinden ödün verebilmektedir. Bu nedenle

fizik tedavi sürecinde hasta takibi önemli ve hastanın düzenli kontrolleri önem taşımaktadır (Salles ve arkadaşları, 2015).

Cerrahi Tedavi Yöntemleri

Omuz ekleminde uygulanan cerrahi tedaviler artroplasti, artroskopi ve açık cerrahi yöntemler olarak karşımıza çıkmaktadır. Artroplasti eklemin cerrahi yolla yeniden şekillendirilmesi veya eklem implant yerleştirilmesi temeline dayanan bir cerrahi yöntemdir. Artroskopi ise en sık kullanılan cerrahi girişim olup, eklem içine kamera ve cerrahi enstrümanlar ile girilerek eklem içi görüntüleme ve tedavi uygulama yöntemidir. Açık ameliyatlara ile yapılabilecek cerrahi prosedürler laparoskopik yöntemler ile de çoğunlukla yapılabilmektedir (Xu, Baker, Woods, Brabston ve Ponce, 2016; Kanatlı, 2020).

2.5.Omuz Artroskopisi

Omuz cerrahisi ortopedide yan uzmanlık alanı olarak nispeten yeni tanınmış bir alandır. Omuz cerrahisi üzerine yapılan ilk sempozyum Montreal'de yapılmış olup 1963 yılında yapılmıştır. Londra'nın ev sahipliği yaptığı ilk uluslararası omuz cerrahisi konferansı ise 1980 yılında gerçekleştirilmiştir. Omuz ve omuzla ilgili patolojileri anlamaya çalışan temel bilimlerin gelişmesi, cerrahi tekniklerdeki gelişmeler, implant tasarımı ve üretimi hızla gelişen omuz cerrahisi uzmanlığına büyük katkılar sağlamıştır.

Artroskopik cerrahi son yüzyılın en büyük ortopedik gelişmesi sayılmaktadır. Omuz artroskopisinin ilk raporlanması Burman tarafından 1931 yılında kadavralar üzerinde yapılan girişimler olarak görülmektedir. Klinikte ilk omuz artroskopisi uygulaması ise bundan 35 yıl sonra görülecektir (Iqbal, Jacobs, Akhtar, Macfarlane ve Waseem, 2013). Omuz artroskopisinin açık cerrahiye kıyasla avantajlarını araştıran bir çalışmada omuz artroskopisi cerrahisi geçiren hastalar postoperatif 6. ayda maksimum iyileşme seviyesine ulaşırken açık omuz cerrahisi geçiren hastalarda bu süre anlamlı olarak daha uzun bulunmuştur (Walton ve Murell,2012).

2.5.1.Omuz artroskopisinde rehabilitasyon

Omuz artroskopisinde rehabilitasyon programı cerrahiden önce başlar. Artroskopi sonrası sonucun başarısı planlı ve iyi uygulanmış rehabilitasyon programına bağlıdır. Artroskopi sonrası rehabilitasyonda hedefler tamir dokusunu korumak, postürü düzeltmek, stabilizasyonu arttırmak, hareket açıklığını ve kas gücünü iyileştirmektir. Rehabilitasyonun temeli ise erken mobilizasyon, tamir dokusuna kontrollü yüklenme, kuvvet çiftlerinin dengelenmesi ve omuz çevresi kaslarına kademeli yüklenme ilkelerine dayanmaktadır. Egzersizler omuz yapılarında oluşturdukları zorluğa göre sınıflandırıldığında pasif egzersizler ve aktif egzersizler olarak ayrılmaktadırlar. Rehabilitasyon programları ülkelere ve kliniklere göre değişiklik göstermektedir. İlerleyici ve kademeli planlanmış yüklenmenin uygulandığı programlarda iyileşmenin daha hızlı olduğu ve sonuç çıktılarının daha iyi olduğu bilinmektedir (Elkousy ve Edwards, 2019; Başar ve Hazar Kanık, 2020). Artroskopik tamiri takiben omuz sertliği riski yüksek hastalarda modifiye rehabilitasyon protokolü;

Post-operatif 0-6 hafta;

- El, elbileği ve dirsek bölgesi aktif egzersizlerini yapmak için günde 3 kez omuz askısı çıkarılır.
- L bar ile gövde yanında pasif eksternal rotasyon
- Subskapularis yırtıklarında 0° kısıtlı
- Aktif yardımcı hareket yapılmaz
- Masa üzerinde açık kinetik halka öne fleksiyon
- 6.haftadan sonra omuz askısı çıkarılır

Post-operatif 7-12.hafta

- Pasif eksternal rotasyon derecesi artırılır
- Masada kaydırma ile eklem hareket sınırında baş üstü egzersizleri
- Kuvvetlendirme egzersizleri uygulanmaz

Post-operatif 3-6 ay

- Masada kaydırma ve 90°'nin üzerinde germe egzersizleri
- İnternal rotasyon germe egzersizleri
- Elastik bantla kuvvetlendirme egzersizleri
- Gövde yanında dirençli internal ve eksternal rotasyon egzersizleri
- Dirsek fleksiyon egzersizleri

Post-operatif 6-12 ay

- 6. ay muayenesine göre aktiviteye dönüş

Artroskopik cerrahiye takiben omuz sertliği açısından düşük riskli hastalarda rehabilitasyon protokolü:

Post-operatif 0-6. hafta

- Pasif eksternal rotasyon egzersizleri
- Dirsek eklem hareket açıklığı egzersizleri

Post-operatif 7-12. hafta

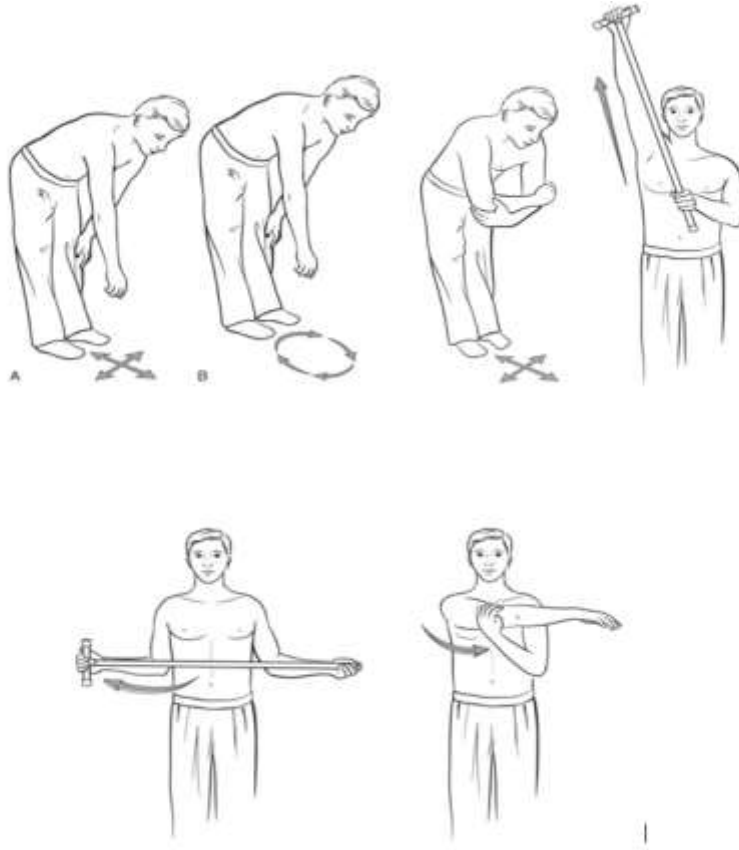
- 90 derecenin üzerinde eklem hareket sınırında pasif egzersizler
- Kuvvetlendirme egzersizleri

Post-operatif 3-4. ay

- Elastik bantla kuvvetlendirme egzersizleri, dirençli internal ve eksternal rotasyon

Post-operatif 4.ay-1 yıl

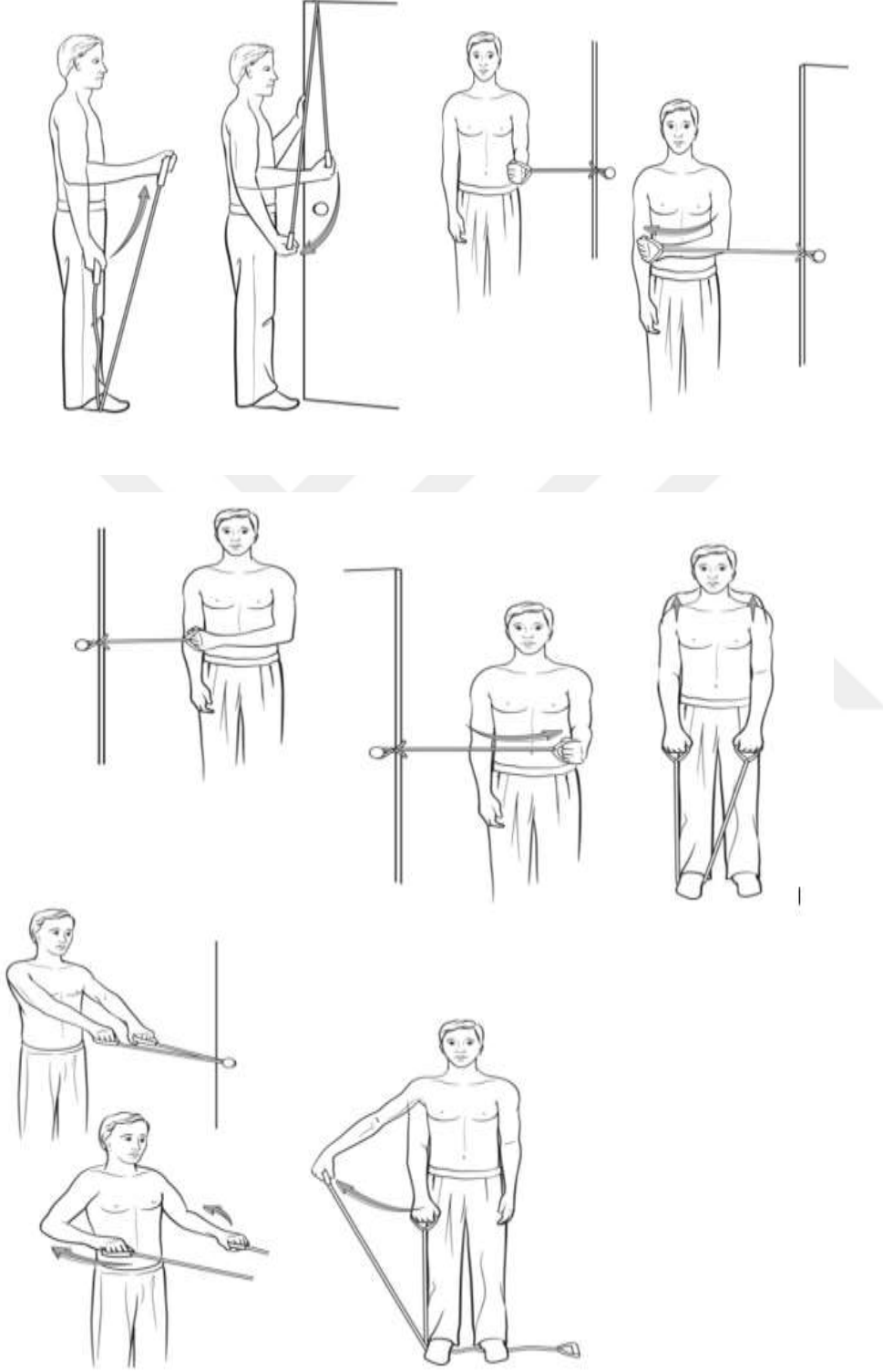
- Sınırlandırılmış baş üstü aktiviteler ve ağır kaldırma. Bu süre küçük yırtıklarda 6. aya masif yırtıklarda bir yıla uzayabilmektedir (Başar ve Hazar Kanık, 2020).

Pasif Omuz Egzersizleri

Şekil 2.5. Pasif omuz egzersizleri.

(Elkousy ve Edwards, 2019).

Aktif Omuz Egzersizleri



Şekil 2.6. Aktif omuz egzersizleri

(Elkousy ve Edwards, 2019).

2.5.2.Omuz artroskopisi komplikasyonları ve hastaların yaşadığı sorunlar

Cerrahi bakım daima risk ile fayda arasındaki dengeye odaklanmıştır. Geleneksel olarak bu dengede fayda tarafı baskın geliyorsa operasyon düşünülür. Tüm cerrahi operasyonlarda görülebildiği gibi artroskopik cerrahide de komplikasyon görülebilmektedir. Omuz artroskopisi cerrahisinde görülebilen komplikasyonlar komplikasyonun görüldüğü zaman dilimine göre ameliyat öncesi, ameliyat sırasında ya da ameliyat sonrası komplikasyonlar olarak sınıflandırılır. Artroskopik omuz cerrahisiyle ilişkili komplikasyonlar, dikkatli hasta seçimi, cerrahi endikasyonların dikkatlice değerlendirilmesi, uygun hasta pozisyonu, omuz anatomisi hakkında ayrıntılı bilgi ve anestezinin akılcıca kullanılmasıyla en aza indirilebilir (Moen, Rudolph, Caswell, Espinoza, Burhead ve Krishnan, 2014).

Omuz artroskopisiyle ilgili bazı komplikasyonlar hasta operasyon odasına girmeden önce uygun hasta seçimi ile önlenabilmektedir. Örneğin omuz instabilitesinde artroskopi cerrahisi yerine açık bir operasyon tekniği, altta yatan patolojiyi daha yeterli bir şekilde ele alacaksa, artroskopik bir prosedür gerçekleştirmek, hastayı tekrarlayan instabiliteye yatkın hale getirebilir. Her hasta için artroskopi en iyi seçim olmayabilir. Hastanın patolojisi iyi bir şekilde değerlendirilip doğru hasta seçimi yapılmalıdır (Moen, Rudolph, Caswell, Espinoza, Burhead ve Krishnan, 2014).

Ameliyat Sırasında Oluşabilecek Komplikasyonlar

Ameliyat sırasında oluşabilecek komplikasyonlar sinir yaralanmaları, nörolojik olaylar, anesteziye bağlı komplikasyonlardır. Omuz artroskopisinin güvenli olduğu kanıtlanmış olmasına rağmen, standart portalların nörovasküler yapılara yakınlığı, sinirleri hasar riski altına sokar. Yaralama riski en çok olan sinirler aksiller, supraskapüler ve muskulokütan sinirlerdir (Özer, Öztürk, Bölükbaşı ve Kanatlı, 2020). Sinir blokajı uygulanan omuz artroskopisinde bu anestezi türüyle ilişkili komplikasyon görülme sıklığı %1'dir (Shin, Popchak, Musahl, Irrgang ve Lin, 2018). Uygun olmayan hasta konumlandırma, artroskopik omuz cerrahisi ile ilgili komplikasyonların önde gelen nedenlerindendir. Yanlış konumlandırma hem üst hem de alt ekstremitelerde önemli ve önlenabilir yumuşak doku hasarına ve nörolojik yaralanmalara yol açabilir (Moen ve arkadaşları, 2014). Omuz artroskopisi

sırasında kullanılan lateral dekübit pozisyonu glenoidin alt kısmına daha kolay erişim ve eklem distraksiyonu avantajları sağlarken aynı zamanda brakial plexus üzerinde gerilim oluşturmaktadır. Kullanılan bir diğer pozisyon ise beach chair pozisyonudur bu pozisyonunu avantajı hava yolu yolu erişiminin daha kolay oluşu, anatomiye standart dik pozisyonda yerleştirme ve operasyon sırasında kolu konumlandırmadır. Bununla birlikte bu pozisyonla ilgili bildirilen komplikasyonlar kan basıncı referans noktalarında hatalı girişimler sonucu serebral perfüzyonda bozulma kaynaklı olduğu düşünülüp serebral komplikasyonlardır (Noud ve Esch, 2013).

Ameliyat Sonrası Görülebilecek Komplikasyonlar

Omuz artroskopisinde genel rapor edilen komplikasyon oranı %4,8-10,6 arasındadır (Randelli ve diğerleri, 2010). Ameliyat sonrası görülebilecek komplikasyonlar enfeksiyon, derin ven trombozu ve pulmoner emboli olarak görülebilmektedir. Minimal invaziv bir işlem olan omuz artroskopisinde sürekli sıvı sirkülasyonunun olması, eklem etrafında vasküler zenginlik ve derin dokuların çevre ile direkt ilişkisi olmaması nedeniyle enfeksiyon oranları düşüktür. Literatürde bildirilen enfeksiyon oranları 0.04 ila %3,4 arasındadır (Özer, Öztürk, Bölükbaşı ve Kanatlı,2020). Omuz artroskopisi sonrası enfeksiyon ve derin ven trombozunun görülme sıklığını araştıran 9385 hasta katılımı olan bir çalışmada profilaksi olarak %83,1 oranında sefalosporin grubu antibiyotik kullanıldığı ve profilaksi uygulanan hasta grubunda enfeksiyon oranı %0.095 bulunurken profilaksi uygulanmayan hasta grubunda enfeksiyon %0,58 olarak bulunmuştur (Randelli ve arkadaşları,2010).

Hastaların Yaşadığı Sorunlar

Cerrahi işlemler yarar ile zarar arasındaki dengeye bakılarak uygulanmaktadır. Omuz artroskopisi de hastanın konservatif tedavilerden yarar sağlayamadığı durumlarda yine kar ile zarar dengesine bakılarak uygulanan bir cerrahi yöntemdir. Ameliyat sonrası dönemde hastaların yaşadığı zorlukları değerlendiren birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalarda sonuç olarak ortak noktalar hastanın günlük yaşam aktivitelerini uygulamada bozulmalar ve yaşam kalitesindeki düşüş olarak karşımıza çıkmaktadır (Shin ve diğerleri, 2017). Omuz artroskopisi geçiren

hastalarda ameliyat sonrası yaşanan sorunları ağrı, uyku bozuklukları, hareket kısıtlılığı, günlük yaşam aktivitelerinde bozulmalar, anksiyete ve duygusal değişimler başlıkları altında toplamak mümkündür.



Şekil 2.7. Omuz artroskopisi cerrahisi sonrası hastaların yaşadığı sorunlar

(Morderchai ve diğerleri, 2010; Stiglitz ve diğerleri, 2011; Martinez ve diğerleri, 2018; Saier ve diğerleri, 2017; Page ve diğerleri, 2018; Rickert ve diğerleri, 2020).

Cerrahi sonrası şiddetli ağrı ile çok sık karşılaşılmakta olup, bu ağrı ciddi uyku problemlerine, hastada anksiyeteye ve öz güven eksikliklerine yol açabilmektedir. Stiglitz ve ark. (2011)'nin yaptığı omuz artroskopisi sonrası ağrıyı değerlendiren bir çalışmada ameliyat öncesi ağrı ameliyat günü yaşanan ağrıdan daha yüksek bulunmuş fakat ameliyat sonrası anestezinin etkisi geçtiği için ve morfin kullanımında azalmaya bağlı olarak ameliyat sonrası ağrı 2. ve 3. günde anlamlı olarak daha yüksektir. Yine aynı çalışmada ağrının gece anlamlı olarak gündüze göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Stiglitz, Gosselin, Sedaghatian, Sirveaux ve Mole, 2011). Cho ve ark. (2013)'nin omuz ağrısının insan psikolojisinin etkilerini inceleyen başka bir çalışmada omuz ağrısı üç ay ve daha uzun devam eden hastalarda omuz ağrısı olmayan kontrol grubuna göre depresyon, anksiyete ve ciddi uyku bozuklukları anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Cho, Jung, Park, Song ve Yu, 2013).

Omuz fonksiyonelliği omuz askısı kullanımı ve omuz ekleminin immobilize kalma gerekliliğinden dolayı uzun bir süre sağlıklı olarak devam edemez. Hareket kısıtlılığına bağlı omuz eklemi fonksiyonelliğindeki bu bozulmalar hastada öz bakımını yerine getirememeye, sosyal yaşamdan kendini geri çekme, giyinme çıkarma, banyo yapma, yazı yazma, işe geri dönüş, yemek hazırlama, spor ve müzik faaliyetleri gibi günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorlukları beraberinde getirmektedir (Chunk, Park, Kim, Shin ve Oh, 2012; Dattani, Ramasamy, Parker ve Patel, 2013; Bayram ve diğerleri, 2018; Kanat, 2019). Namdari ve ark. (2010)'nın rotator manşet rüptürü olan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası hareket açıklığını karşılaştırmak amacıyla yaptığı çalışmada ameliyat sonrası üç aylık takipte ameliyat olan tarafın aktif öne elevasyonu diğer tarafın %90'ı, aktif dış rotasyon karşı tarafın %78'i ve pasif iç rotasyon karşı tarafın %80'i olarak bulunmuştur. Yine aynı çalışmada kalıcı hareket kısıtlılığı olan üç hastanın hareket açıklığının sağlanması için tekrar kapsüler gevşetme artroskopisi geçirdiği belirtilmiştir (Namdari ve Green, 2010).

Omuz eklemi günlük yaşamda en sık kullandığımız eklem olarak iş hayatında da oldukça sık kullanılan bir eklemdir. Literatürde omuz fonksiyonelliğinde bozulmalara bağlı iş hayatına geri dönüş sıkıntılarının neredeyse tüm hastalarda yaşandığını belirtmektedir. Hastaların işe geri dönüş süresi ortalama iki ay bulunmuştur ve bu süre ağır iş yükü gerektiren işlerde artmaktadır (Saier ve arkadaşları, 2017).

2.6. Omuz Artroskopisi Cerrahisi Uygulanan Hastada Hemşirelik Bakımı

Ortopedi ve travmatoloji kliniklerinde yatan hastalara verilecek bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı, eğitim ve danışmanlık, hastaların erken dönemde ayağa kalkabilmesi, temel ve yardımcı günlük yaşam aktivitelerini kendi kendine bağımsız yapabilmeleri, fonksiyonellik ve yaşam kalitelerinin artırılması açısından anahtar rol oynamaktadır (Köse ve Demir, 2019).

Hemen hemen tüm omuz cerrahileri elektif olarak yapılmaktadır ve amacı hastanın yaşam kalitesini arttırmak, günlük yaşam aktivitelerinin devamını sağlamak, ağrı seviyesini düşürmek ve omuz fonksiyonlarını arttırmaktır (Köse, Güler Demir, 2019; Landy, Boyadjian ve Lee, 2019). Bu amaçlara ulaşmak için sağlık ekibinin hasta

ve ailesini izlemi, hastanın bakım gereksinimlerinin sağlanması, bakımın kaliteli ve güvenli olması, tıbbi hataların en aza indirilmesi, hasta yattığı sırada ya da taburculuk sonrası gelişebilecek sorunlar ve oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi ya da azaltılması, yeterli ve dengeli beslenmenin devam ettirilmesi önemli rol oynamaktadır (Dal, Bulut ve Demir, 2012).

Omuz artroskopisi geçiren hastaların etkin tedavi ve bakımının gerçekleştirilebilmesi için hastalar ameliyatın yaratacağı riskler yönünden etkin bir biçimde değerlendirilmeli ve bakımı planlanmalıdır (Dal, Bulut ve Demir, 2012).

2.6.1. Ameliyat öncesi hemşirelik bakımı

Omuz artroskopisi cerrahisi öncesi hemşirelik bakımı hastanın hastaneye başvurusu ile başlamakta olup diğer cerrahi girişimlerin çoğuyla benzer şekildedir ve hemşire tarafından alınan ayrıntılı sağlık öyküsü, hastanın psikolojik ve fizyolojik durumunun değerlendirilmesi, hastanın tanı testlerine hazırlığı ve ameliyat öncesi eğitim ve taburculuk planı konularını kapsamaktadır (Brown, 2008; Erden, 2019).

Ameliyat öncesi değerlendirme hastanın hastanede yatış süresini kısaltır ve planlanan cerrahinin ertelenmesini ya da iptal edilmesini en aza indirir (Erden, 2019). Hastanın durumunun iyi bir şekilde değerlendirilebilmesi, ameliyat öncesi ve sonrası dönemde ortaya çıkabilecek sorunlara ilişkin verilerin toplanmasına bağlıdır. Ameliyat öncesi yapılan değerlendirme bireyin ameliyat için en iyi hale getirilmesine ve risklerin en aza indirilmesine olanak sağlamaktadır (Cesur, 2015).

Hasta bakımının ameliyat sonrası dönemi efektif olarak yürütülebilir ise olumlu hasta çıktıları üzerinde iyi bir cerrahi teknik kadar etkili olabilmektedir. Ameliyat öncesi bakım sayesinde hastalar prosedür ve postoperatif iyileşme planı hakkında bilgi sahibi olur, postoperatif dönemde evde bakım sağlıklı bir şekilde yönetilebilir (Clarke ve Santy Tomlinson, 2014).

Ayrıntılı Sağlık Öyküsü

Preoperatif dönemde hasta değerlendirmesi ayrıntılı sağlık öyküsü alınmasıyla başlamaktadır. Sağlık öyküsü; hastanın biyografik ve sosyodemografik bilgileri,

hastanın şu anki hastalığı ve şikayeti, geçirilmiş ameliyatlar kronik hastalıklar, reçeteli/reçetesiz kullanılan ilaçlar, tamamlayıcı ve alternatif tedaviler, alerji, diyet, aile öyküsü, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilme durumu, etkilenen omuz, kullandığı yardımcı cihazlar, spor içeren sosyal aktiviteleri, omuz problemleri için risk faktörleri ve hastanın destek sistemlerini içermelidir (Akhtar, MacFarlane ve Waseem, 2013; Köse ve Demir, 2019; Erden, 2019).

Hastanın Psikolojik Değerlendirilmesi

Ameliyat, hasta için sadece fizyolojik bir stres kaynağı olmayıp aynı zamanda güçlü bir psikolojik stres kaynağıdır ve fizyolojik hazırlığı kadar önemlidir. Ameliyat öncesi hastaların çoğunun farklı derecelerde anksiyete yaşadıkları görülmektedir (Karadağ, 2017). Ameliyat olacak hastalar uygulanacak anestezinin tipi, ameliyattan uyanamama, sakat kalma, ameliyattan sonra şiddetli ağrı yaşama, ameliyattan sonra çalışamama ve kendi bedeni üzerinde denetimini kaybedeceği endişesi ve cinsel kayıp korkusu nedeniyle anksiyete yaşabilmektedirler. Ameliyat öncesi süreçte yetersiz psikolojik hazırlık, hastanın cerrahi strese uyum gösterememesi ile sonuçlanabilmektedir (Karadağ, 2017). Hemşire, hastanın korkularının açıklamasına fırsat vermeli ve gerekli açıklamaları yaparak hastayı değerlendirmelidir. Hastayı ameliyattan önce ne gibi hazırlıklardan geçeceğini anlatmalı ve hastanın ailesine de bu konuda bilgi verilmelidir (Erdil, 2008). Preoperatif değerlendirmede hastanın daha önceki olumlu ya da olumsuz deneyimleri ve hastanın korku ve anksiyeteleri açıkça sorgulanmalıdır (Erden, 2019).

Hastanın Fiziksel Değerlendirilmesi

Hemşire tarafından hastanın fiziksel değerlendirmesi yapılırken kaslar, eklemler ve tüm vücut bölgeleri, etkilenen omuz tepeden tırnağa ve palpasyon ile değerlendirilmelidir. Değerlendirmede kas tonusu ve gücü, vücut simetrisi, fonksiyonel deformite ve anomaliler, eklem hareketliliğine dikkat edilmelidir (Köse ve Güler Demir, 2019). İnspeksiyonda omuzda daha önceden bulunan yaralar, cilt anomalileri, eritem, morarma, omuz simetrisi, kas kaybı, şişlik ve deformiteler omuz önden yandan ve arkadan gözlemlenerek kaydedilmelidir (Akhtar, MacFarlane ve

Waseem, 2013; Walker, 2014). İnspeksiyonda dikkat edilecek bir diğer husus hastanın dinlenme anında ve hareket halindeyken kolunu nasıl konumlandırıdığıdır (Walker, 2014).

Omuz palpasyonunda sternoklavikular eklem, akromioklavikular eklem ve glenohumeral eklem hassasiyet, sıcaklık, şişlik ve krepitasyon açısından palpe edilmelidir (Walker,2014). Pasif ve aktif hareket açıklığı her iki taraf ile karşılaştırılarak değerlendirilmelidir ve ağrıya sebep olan açılar kaydedilmelidir (Akhtar, MacFarlane ve Waseem,2013).

Fiziksel değerlendirmede odak noktaları; hastanın postürü, kasların dengesi, kas gücü, mobilizasyonu ve yardımcı araç kullanma durumu, eklem hareket aralığı, eklem görünüşü, kaslarda atrofi olup olmadığı ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilme durumudur (Dewit, Kumagai, 2014). Bununla birlikte hastanın nörovasküler durumu da preoperatif ve postoperatif dönemde değerlendirilmelidir. Postoperatif erken dönemde nörovasküler değerlendirme 2-4 saatte bir yapılmalıdır.

Nörovasküler değerlendirmede odak noktaları; cilt rengi ve sıcaklığı, etkilenen ekstremitede nabız kontrolü, eklem hareketliliği, ekstremitede duyu kaybı olup olmadığı, ağrı ve kapiller geri dolumdur (Dewit, Kumagai, 2014).

Ağrı Yönetimi

Omuz patolojisi olan hastalar preoperatif dönemde genellikle postoperatif dönemde hedeflenen fonksiyonel çıktıları da etkileyen eklem ağrısı ve fonksiyon kaybı ile izlenmektedir (Akhtar, MacFarlane ve Waseem,2013).

Ağrı omuz artroskopisi uygulanacak hastalarda en sık sağlık kuruluşuna başvurma sebeplerinden biri olup, bireyin günlük yaşam aktivitelerini önemli derecede kısıtlayarak ve yaşam kalitesini düşürür. Bu bağlamda ortopedi ve travmatoloji hemşiresi ameliyat öncesinde hastaya ağrı değerlendirmesi yapmalı ve buna yönelik bakım vermelidir (Erdoğan ve diğerleri, 2020).

Preoperatif dönemde omuz ağrısı postoperatif hasta çıktılarını etkilemektedir ve ağrının holistik değerlendirmesi ve ağrı yönetimi büyük önem taşımaktadır

(Walker,2014). Ağrıya yönelik yaklaşımlar arasında omuz askısı, egzersizler, elektriksel stimülasyon ve analjezik tedaviler bulunmaktadır (Kesikburun, Yaşar, Aras, Kelle ve Yılmaz ,2017). Hasta değerlendirmesinde merkezi rol oynayan hemşireler omuz ağrısının hasta çıktıları ve kısıtlılıklarına etkisini direkt olarak gözlemleyebilmektedir (Walker,2014).

Ameliyat Öncesi Eğitim

Ameliyat öncesi eğitim, hastayı ameliyat öncesi değerlendirme süreçlerinde ya da kişisel ve grup eğitimleri şeklinde ayrılmış zamanlarda yapılabilir. Bu eğitim şeklinin hastanın kliniğe kabulünden sonra verilen eğitimden daha etkili olduğu yapılan çalışmalarda kanıtlanmıştır (Clarke ve Santy-Tomlinson, 2014).

Omuz artroskopisi geçirecek hastada ameliyat öncesi eğitim hastanın cerrahi girişimin evrelerinde ne olacağını bilmesine, fiziksel ve ruhsal olarak kendini daha iyi ve daha güvende hissetmesine ve ameliyat sonrasında daha hızlı bir iyileşme süreci yaşamasına önemli derecede katkı sağlamaktadır (Erdoğan ve diğerleri, 2020).

Omuz artroskopisi cerrahisi geçiren hastalarda preoperatif eğitimde diğer cerrahi girişimleri geçiren hastalara verilen eğitime ek olarak cerrahi girişim sonrası tek kol ile günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme, tek kol kullanımına göre ev ve çevre düzenlemeleri, askı uygulaması, askı ile uyuma, askıdaki kol ile yapılması gereken el ve bilek egzersizleri, ağrı yönetiminde buz uygulaması hakkında bilgiler verilmelidir (Brown, 2008; Erdoğan ve diğerleri, 2020).

2.6.2. Ameliyat sonrası hemşirelik bakımı

Omuzun artroskopik cerrahisinden sonra hemşirelik bakımı hastaya yönelik olup hastanın değerlendirilmesi, ağrı kontrolü, omuz askısı kullanımı, taburculuk eğitimi, yara bakımı, beslenme, hareket ve egzersiz konularını kapsamaktadır. (Şekil 2.7) Artroskopik prosedürden sonra hasta servise kabul edilir ve şişmeyi engellemek için cerrahi bölgeye kompresyon bandajı uygulanmıştır. Operasyon sonrası hastanın servise ilk kabulünde şişmeyi engellemek ve konforu artırmak için eklem bölgesine

direkt olarak buz uygulaması yapılabilir. Eklemin immobilizasyonunu devam ettirmek ve darbelerden korumak amacı ile hastaya pozisyon verilir. Hastanın nörovasküler değerlendirmesinin en erken zamanda yapılması ve kaydedilmesi komplikasyonların takibi açısından önemlidir. İsteme göre analjezik tedavi uygulanır. En erken sürede hasta el ve bilek egzersizlerine başlatılmalıdır. Hasta ve ailesine komplikasyonların takibini yapabilmek için şişme, uyuşma, soğuk cilt gibi semptomlar anlatılır (Erdil ve Özhan Elbaş, 2008; Smeltzer, Bare, Hinkle ve Cheever, 2010; Clarke ve Santy-Tomlinson, 2014; Köse ve Demir, 2019).

Ortopedi ve travmatolojide Ameliyat Sonrası Geliştirilmiş İyileşme [Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)] önerileri postoperatif dönemde hastanın erken mobilizasyonunu ve ameliyat sonrası 0. günde pasif egzersizlerin başlanmasını önermiştir. Ayrıca istenen fiziksel fonksiyona daha hızlı ulaşmak için postoperatif ağrı en uygun şekilde giderilmesini önermiştir (Ertürk, Yıldırım ve Diril, 2018).

Ameliyat Sonrası Değerlendirme

Cerrahi işlem sonrası hastanın kliniğe kabulü gerçekleşince ve servis hemşireleri tarafından hastaya ilk olarak nörovasküler değerlendirme yapılmalıdır. Omuz, dirsek, el ve bilek dolaşım, duyu hassasiyeti ve hareketlilik açısından değerlendirilmelidir. Duyu hassasiyeti ölçümü postoperatif erken dönemde anesteziğin etkisinden dolayı kolay yapılamasa da ameliyata bağlı sinir yaralanmalarının tanılanabilmesi için yapılabilecek en erken dönemde yapılmalıdır (Brown,2008). Motor fonksiyon değerlendirmesi yaparken hastadan bileğini ve parmaklarını hareket ettirmesi, baş parmağıyla diğer parmaklarına dokunması istenebilir (Brown,2008).

Ağrı Kontrolü

Üst ekstremiteye uygulanan cerrahi girişimler, şiddetli ağrıya yol açabilmektedir ve artmış ciddi omuz ağrıları ateletazis, hipertansiyon, derin ven trombozu gibi komplikasyonlar ve opioid kullanımıyla birlikte opoide bağlı komplikasyonlar ile ilişkilendirilmektedir (Erden ve diğerleri, 2017). Omuz artroskopisi cerrahisinden

sonra ağrıya eşlik eden ödem, hematoma ve kas spazmları gibi faktörler ağrının şiddetini artırabilmektedir.

Omuz artroskopisi cerrahisi sonrası hastaneye 30 gün içinde geri yatış %0,98 olarak bulunmuştur (Hill ve arkadaşları 2017). Postoperatif ağrı hastaneye geri yatışı arttırıcı bir faktör olarak karşımıza çıkmakta olup ağrı yönetiminin efektif bir şekilde yapılmasını gerektirmektedir (Brown,2008; Kaya ve Doral,2013; Clarke ve Santy-Tomlinson, 2014).

Bazı hastalar ameliyat preoperatif dönemde yaşadıkları ağrı deneyiminin post operatif erken dönemden daha az olduğunu belli etmektedir fakat yapılan çalışmalarda postoperatif dönemin ilerleyen evrelerinde ağrı preoperatif döneme göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (Bayram ve diğerleri, 2018).

Hastanın ağrısını değerlendirme ve ağrı yönetiminde hemşirenin rolü büyük olmakla birlikte postoperatif dönem omuz ağrısı yönetimine holistik açıdan ve multidisipliner bir ekiple yaklaşmak önem taşımaktadır (Walker, 2014). Non-farmakolojik ve farmakolojik teknikler bir arada kullanılmalıdır (Walker, 2014). Ağrı değerlendirmesi, ağrının miktarı, konumu, özelliği başlangıç zamanı gibi faktörler sorgulanarak yapılır (Smeltzer, Bare, Hinkle, Cheever, 2010). Ağrı değerlendirmesi için geçerli, güvenilir ve yaygın olarak kullanılan bir ağrı değerlendirme ölçeği seçilmelidir. Erden ve Arkadaşları (2017)'nin geliştirdikleri standart ağrı değerlendirme protokolünün ağrı düzeyi ve analjezik kullanımına etkisini değerlendirmek amacıyla yaptığı bir çalışmada ağrı değerlendirme protokolü uygulanan çalışma grubunda ağrı düzeyi kontrol grubuna göre iki kat daha fazla değerlendirilmiş ve hastaların ağrı düzeylerine göre düzenli ağrı kesici yapılmıştır. Bunun sonucunda çalışma grubunun ağrı düzeyi ameliyat sonrası 8. Ve 11. saatlerde anlamlı olarak daha düşük çıkmıştır (Erden ve diğerleri, 2017). Çalışmada geliştirilen ağrı protokolünün basamakları şunlardır;

- Ameliyattan önce hasta ve ailesine ağrı değerlendirmesine ilişkin bilgi verin.
- Ameliyattan önce hasta ile birlikte ağrı ölçeğini seçin ve ameliyattan sonra seçilen ölçeği kullanın.
- Ağrı düzeyini sadece hastaya sorarak belirleyin.

- Değerlendirme sırasında hastanın ağrısını azaltan ve artıran faktörleri belirleyin.
- Ameliyattan sonrası ilk 8 saat 2 saatte bir kez, sonra 24. saate kadar 4 saatte 1 kez hastanın ağrısını değerlendirin.
- Parenteral analjeziden 30dk, oral analjezik / farmakolojik olmayan analjeziden 1 saat sonra ağrıyı yeniden değerlendirin.
- Hastanın ağrısını hem dinlenme hem öksürme sırasında ölçün.
- Hastanın ağrı düzeyini ve yapılan analjezikleri hemşire gözlem formuna kaydedin (Erden ve diğerleri, 2017).

Ağrıyı ekstremiteye soğuk uygulama yapılır (Smeltzer, Bare, Hinkle, Cheever, 2010). Hastaya hasta kontrollü analjezi (HKA) uygulanmış ise fiziksel aktivitelerden önce hastanın ağrı kesici dozunu aldığından emin olunmalıdır. İntravenöz (IV) ya da intramüsküler (IM) ilaç uygulaması yapılacak ise aktiviteden yarım saat öncesinden ilaç uygulaması yapılmalıdır. Egzersiz aralıklarında hastaya medikasyon ihtiyacı sorulmalıdır. Hasta ile birlikte için rahat edeceği ve ağrısının azalacağı pozisyonlar belirlenir. Giderek artmakta olan ve kontrol edilemeyen ağrı değerlendirilmesi için ortopedi cerrahına bildirilmelidir (Smeltzer, Bare, Hinkle, Cheever, 2010).

Omuz Askısı Kullanımı

Omuz artroskopisi cerrahisi sonrası omuz immobilizasyonu cerrahiye korumak amacıyla sağlanmaktadır. Yapılan çalışmalarda erken dönem harekete kıyasla immobilizasyonun cerrahi bölgedeki gerilimi en aza indirdiği, kollajen dizilimini ve visko-elastik özellikleri geliştirdiği gösterilmiştir (Kaya ve Doral, 2013).

Omuz artroskopisi cerrahisi geçirmiş hastalar ayılma ünitesinden birçok medikal araç ile gelebilmektedir bunlardan biri olan omuz askısı iyileşme döneminde hastanın omuz hareketliliğini kısıtlamak yani immobilizasyonu sağlamak ve üst ekstremitayı travmalardan korumak için kullanılır (Brown,2008; Şahin, Baydar, El, Söylev, Akpınar, Şenocak ve Peker, 2012). Bu etkilerinin yanı sıra omuz askılarının skapular simetriyi sağladığı, anatomik dizilimin düzelmesine katkıda bulunduğu ve ön kolu desteklediği de belirtilmektedir (Şahin, Baydar, El, Söylev, Akpınar, Şenocak ve Peker, 2012).

Eklem hareket açıklığı, kısıtlamalar ve askı talimatları doktor tarafından belirlendikten sonra, hemşire değerlendirmeler ve hastanın günlük yaşam aktivitelerinin devamı için askıların sökülmesi ve değiştirilmesi konusunda bilgili olmalıdır (Brown,2008).

Hastaya uygulanacak tedaviler sırasında, omuzun değerlendirileceği sırada ve hasta banyo yaparken omuz askısı çıkarılmalı ve işlem sonunda tekrar takılmalıdır. Omuz askısı hiç çıkarılmadan kullanıldığı takdirde aksiller bölgede iritasyona ve döküntülere sebep olabilmektedir (Brown, 2008).

Omuz askısının son pozisyonu her zaman cerrah tarafından belirlenmektedir. Kolun kalça üzerinden biraz ilerde konumlandığı pozisyon hastalar tarafından tercih edilmekte olup bu pozisyon kolun subscapularis tendonunun cerrahi onarımına baskı uygulayacak şekilde geriye düşmesini önler (Brown,2008). Kanıta dayalı çalışmalar, hafif abduksiyon pozisyonunda 4–6 hafta boyunca immobilizasyonun, tendonun dolaşımını arttırdığını ve tamir bölgesinde en düşük gerilim kuvveti oluşturduğunu göstermiştir (Kaya ve Doral, 2013).

Omuz askısının uzunluğu bileği içine almaya ve el eklemlerine uzanacak şekilde olmalıdır. Omuz askısının kısa olduğu durumlarda bilek desteksiz kalarak hastalarda bilek ağrılarına sebep olabilmektedir. Çok uzun olduğu durumlarda ise hastalar elini ve parmaklarını kullanmakta zorluk çekebilmektedirler (Brown, 2008).

Omuz askısının cerrahi bölgeyi zorlamadan düzgün şekilde yerleştirildiğinden ve kol için yeterli destek sağladığından emin olmak için her türlü çaba gösterilmelidir. Askıda bir değişiklik yapılması gerektiğinde hemşire kiminle iletişim kuracağının farkında olmalıdır (Brown,2008). Abdüksiyon yastığı omuz askısı ile bağlantılı olup konforun devamı için kalça boyunca konumlandırılmalıdır. Bazı omuz askılarında baş parmağı sabitlemek için küçük bir kemer bulunmaktadır. Bu kemer, ambulasyon sırasında elin ve kolun ileri kaymasını durdurmak için kullanılır (Brown,2008). Hastalar omzunu kamburlaştırmamaları ve omuzlarını aşağıda olabildiğince rahat bir şekilde bırakmaları için bilgilendirilmelidir. Hasta yatar pozisyondayken başı 30-60 derece kaldırılmalı ve cerrahi geçiren kolun dirsek kısmının altına yastık

konulmalıdır. Dirsek altına konulan destek kolun ekstansiyonunu engelleyecektir (Brown,2008).

Hareket ve Egzersiz

Omuz artroskopisi cerrahisi sonrası hareket ve egzersiz programı hastaya, tamir dokusuna, cerrahin öneri ve isteklerine göre şekillenmektedir. Geleneksel ameliyat sonrası rehabilitasyona göre tamir dokusu korumak ve omuz üzerindeki gerilimi engellemek amaçlarıyla pasif egzersizlerden kaçınılmaktadır. Daha güncel rehabilitasyon programlarında ise hareket sınırı hastanın ağrı seviyesi olup, operasyon sonrası ilk günden pasif egzersizler başlatılmalıdır (Kaya ve Doral,2013). İmmobilizasyon süresi, hastanın durumuna, patolojiye, eklem laksitesine, geçmiş cerrahi öyküsüne, cerrahi tekniğe ve tercihine göre 0–4 hafta arasında değişebilir (Kaya ve Doral,2013).

Yara Bakımı

Temel yara bakımı prensipleri omuz artroskopisi cerrahisinde açılan insizyon bölgesi için de geçerlidir. İnsizyon bölgesini temiz ve enfeksiyondan uzak tutmak yara iyileşmesini hızlandırır ve komplikasyon oluşumunu en aza indirir. Cerrahi sonrası omuzda olan baskılı pansuman iki üç gün süre ile omuzda kalabilmektedir. Yara yeri kuru bırakılmalıdır. Bu sebeple omuz sargıları çıkana kadar duş yerine sünger banyosu önerilmektedir. Yara yeri iyileşene kadar havuz, deniz gibi ıslak bölgelere gitmek önerilmez. Dikişler genellikle 7-10 gün içerisinde alınır (Shoulder Arthroscopy: Recovering at home, 2016).

Taburculuk Planlaması

Taburculuk eğitimi; hasta, hastanın ailesi ve yakın çevresinin taburculuktan sonraki ihtiyaç duyabileceği bakım bilgisi ve sorumluluk almaya hazırlanma sürecidir (Taşocak ve Şenyuva, 2007). Yapılan birçok çalışmada iyi ve koordineli uygulanmış bir taburculuk eğitiminden sonra hastaların günlük yaşam aktiviteleri (GYA) puanlarında ve yaşam kalitesi puanlarında anlamlı iyileşmeler görülmektedir (Saier ve diğerleri, 2017; Çam ve Salık Asar, 2019). Ameliyat sonrası hastaların öğrenim

gereksinimlerini sıralayan bir çalışmada cerrahiden sonra ilk on öğrenim gereksinimi;

- Belirti takibi,
- Tedavinin yan etkileri,
- Günlük yaşamdaki değişiklikler,
- İlaçların yan etkileri,
- Yan etki gelişirse ne yapılacağı,
- İlaç kullanım sıklığı ve süresi,
- İlaç kullanma saatleri,
- Ağrı yönetimi,
- Hastalığa bağlı oluşabilecek problemler,
- Evde acil sağlık problemi olması durumunda nereye başvurulacağı olarak bulunmuştur (Soyer, Candan Dönmez, Yavuz ve Giersbergen, 2018).

Omuz artroskopisi cerrahisi geçirmiş hastalarda taburculuk eğitimi ise ameliyat kararı verildiği andan itibaren başlamalıdır. Bu eğitim;

- Ağrı kontrolü,
- Yara bakımı,
- İlaç kullanımı,
- Rehabilitasyon egzersizleri,
- Araba kullanma,
- Doktora başvurulacak durumlar ve
- Sağlık kontrollerini içermelidir (Erdoğan, Demir ve Çırak, 2020).

Omuz artroskopisi cerrahisi geçiren hastaların ameliyat sonrası klinikte bir 18-24 saat kalması klinik hemşirelerinin hastaların sorunlarını tanıyıp onlara hasta gereksinimlerine göre taburculuk eğitimi vermesini zorlaştırmaktadır (Erden ve diğerleri, 2017). Bu sebeple takibi ameliyat sonrası dönemde ortopedi polikliniklerinde yapılan omuz artroskopisi hastalarının poliklinik hemşireleri tarafından detaylı değerlendirilmeleri, eğitim, danışmanlık verilmesi ve izlem yapılması, hastaların taburculuk sonrası iyileşme hızını, yaşam kalitesini artırmak, günlük yaşam aktivitelerine daha hızlı geri dönüşü sağlamak amacı ile oldukça

önemlidir (Martinez ve diğerleri, 2016; Cesi, Akel ve Öksüz, 2017). Ülkemizde de bu amaçla, ortopedi ve travmatoloji polikliniklerinde bakım, eğitim, danışmanlık ve izlemlerin aktif bir şekilde yürütüleceği hemşirelik hizmetlerinde ihtiyaç bulunmaktadır.

Ameliyat Sonrası Günlük Yaşam Aktiviteleri

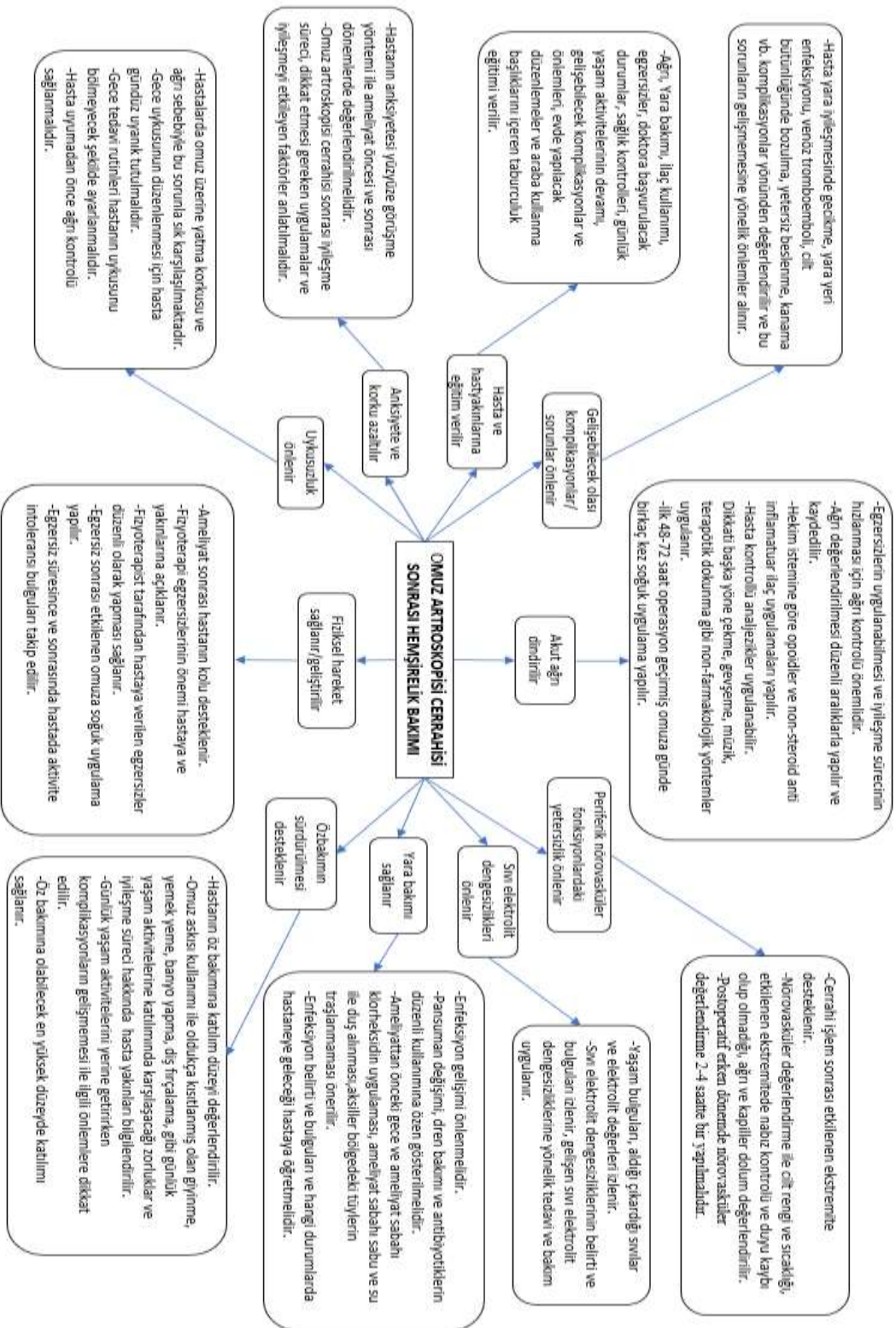
Günlük yaşam aktiviteleri, hayatta kalmayı ve iyilik halini sağlayan ve sosyal bir dünyada yaşamak için temel oluşturan aktivitelerdir. Günlük yaşam aktiviteleri; temel günlük yaşam aktiviteleri ve yardımcı günlük yaşam aktiviteleri olmak üzere ikiye ayrılır. Temel günlük yaşam aktiviteleri; banyo yapma, giyinme gibi bireyin kendi vücudunun bakımına yönelik aktivitelerdir. Yardımcı günlük yaşam aktiviteleri; genellikle temel günlük yaşam aktivitelerine göre daha karmaşık etkileşimi gerektiren, ev ve toplum içerisindeki günlük yaşamı destekleyen, ev yönetimi, finansal yönetim gibi aktivitelerdir. Bireylerin günlük yaşam, iş ve serbest zaman aktivitelerini yerine getirmedeki yetenekleri üst ekstremiteler yaralanmalarından etkilenebilir. Bu yüzden bireylerin aktivite kısıtlılıklarını değerlendirmek önemlidir (Cesi, Akel ve Öksüz, 2017).

Omuz artroskopisi sonrası günlük yaşamdaki bu değişimlere ameliyat sonrası daha kolay alışmak ve iyileşme süresinin daha hızlı olması için hastaya eğitim verilmelidir. Hastaların eğitim ihtiyaçları kişiden kişiye değişse de, bu eğitimin içeriğinde temel olarak;

- Ameliyat sonrası hastanın günlük yaşam aktivitelerini tek kol ile gerçekleştireceği ve ameliyat öncesi dönemde bunun alıştırmalarını yapmaya başlarsa ameliyat sonrasında kendini daha güvende hissedeceği,
- Mutfak işleri yaparken kavanoz açmaması, tek elle kullanılabilecek bıçaklar kullanması, ağır malzemeleri tezgâha veya kaydırarak alabileceği yerlere koyması, sadece hafif şeyleri göz hizası üzerine dolaplara koyması, mutfakta kolay açılır kaplar kullanması gerektiği,
- Kişisel bakımında pompalı şampuan kullanması, banyo yaparken de ameliyat olan tarafı kullanmaması ve insizyon bölgesine dikkat etmesi, katı sabun yerine sıvı sabun kullanması, deodorant olarak spreyleri olanları kullanması, saçını lastik bant yerine klipsli tokalarla toplaması gerektiği,

- Ev düzenlemesini ameliyat öncesi dönemde yapması, odalarda kaza ve düşmelere sebep olacak eşyaları bırakmaması, sık kullanılan alanların aydınlatmasının iyi ve yeterli olması, banyoya ve varsa merdivene kaymaz yüzeyler sermesi gerektiği,
- Giyinirken kıyafetleri önce ameliyatlı kolundan geçirmesi ve diğer koluyla destekleyerek giyinmesi ve çıkarırken de ameliyatlı kol ile değil diğer kolu yardımı ile çıkarması gerektiği,
- Aracın güvenliğini sağlayamayacağı için doktoru söyleyene kadar araç kullanmaması gerektiği gibi unsurlar bulunmalıdır (After your shoulder surgery, 2017)



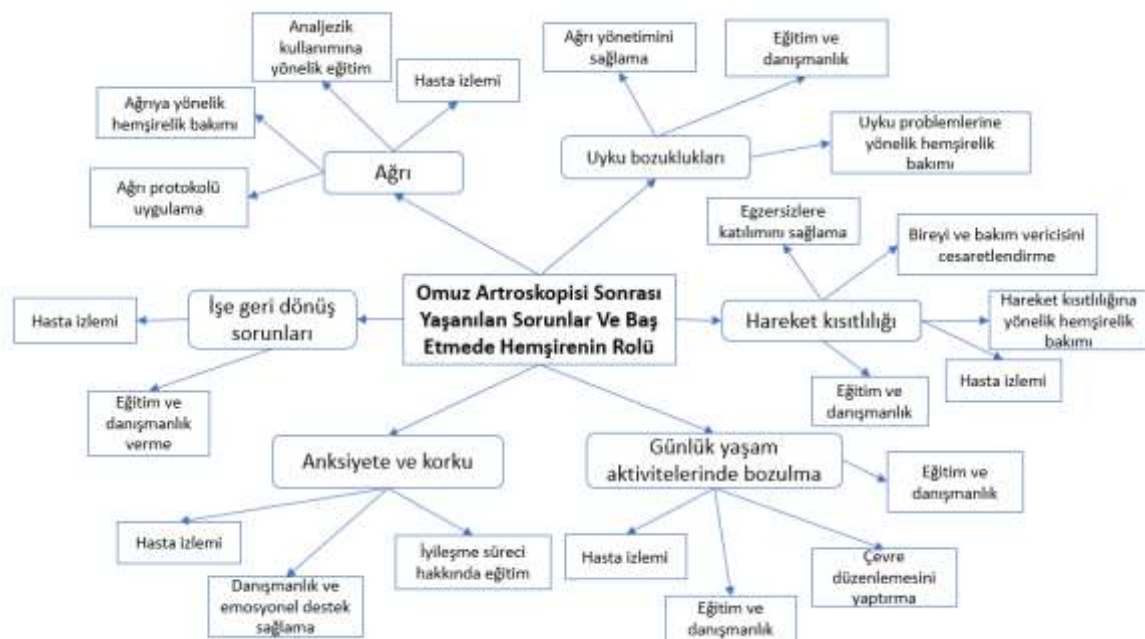


Şekil 2.8. Omuz artroskopisi cerrahisi sonrası hemşirelik bakımı (Köse, Demir, 2019; Erdoğan ve diğerleri, 2020)

2.6.3. Omuz artroskopisi cerrahisi sonrası yaşanan sorunlarla baş etmede ortopedi ve travmatoloji hemşiresinin rolü

Ameliyat öncesi hastayı ameliyata hazırlamak ve ameliyat sonrası için hastaların yaşadığı sorunları en aza indirmek ortopedi ve travmatoloji hemşiresinin temel görevidir. Bu görevi yerine getirirken yapması gerekenler;

- Hastayı ve hastaya bakım verenleri ameliyata yönelik güçlendirmesi ve hazırlaması
- Hastaların yaşayabileceği sorunlara yönelik eğitim materyalleri geliştirilmesi, ameliyat öncesi eğitim ve danışmanlık verme
- Hastaların yaşadığı sorunların tanınması ve erken dönemde saptanması
- Hastanın yaşadığı soruna yönelik bakım planı geliştirilmesi ve uygulanması
- Ameliyat sonrası dönemde hastaların yaşadıkları sorunlara yönelik danışmanlık ve taburculuk eğitimi verme şeklinde sıralanabilmektedir (Cesi, Akel ve Öksüz, 2017; Köse ve Demir, 2019).



Şekil 2.9. Omuz artroskopisi cerrahisi sonrası yaşanan sorunlar ve baş etmede hemşirenin rolü (Morderchai ve diğerleri, 2010; Stiglitz ve diğerleri, 2011; Martinez ve diğerleri, 2018; Saier ve diğerleri, 2017; Page ve diğerleri, 2018; Rickert ve diğerleri, 2020).

Morderchai ve arkadaşları (2010)'nın yaptığı ortopedik cerrahi geçiren hastalarda yapılandırılmış ve hastaya özgü taburculuk eğitiminin ameliyat sonrası hastaların yaşadıkları problemlere etkisini inceleyen çalışmada; yapılandırılmış taburculuk eğitimi verilen ve ameliyat sonrası takip edilen hastaların ağrı düzeyi daha düşük, analjezik kullanımı daha yüksek bulunmuştur ve bu gruptaki hastaların günlük yaşam aktivitelerinin tüm öğeleri rutin taburculuk eğitimi almış hastalara göre anlamlı olarak daha iyi bulunmuştur (Morderchai, Herman, Kerzman ve Iron, 2010).

Sonuç olarak, omuz artroskopisi cerrahisi geçiren hastaların yaşadığı sorunların iyi tanınması ve ameliyat sonrası hasta takibi tam bir iyileşme sağlanması yönünden oldukça önemlidir. Ortopedi ve travmatoloji hemşireleri hastaları yaşadıkları sorunlar yönünden ameliyat öncesi, ameliyat günü ve ameliyat sonrası poliklinik takiplerinde izlemeli ve etkin bakım, eğitim ve danışmanlık vermelidir.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, omuz artroskopisi geçiren hastaların ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları sorunların belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (GÜSAUM) Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde yapılmıştır. GÜSAUM, 1979 yılında kurulmuş olup, 1028 (aktif 960) yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde hemşirelik hizmetleri, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü tarafından yönetilmekte olup, toplam 764 hemşire görev yapmaktadır. Hemşireler 08:00 – 16:00 ve 16:00 – 08:00 vardiyaları şeklinde çalışmaktadır.

Omuz artroskopisi ameliyatları haftada bir gün olmak üzere perşembe günleri bir cerrah tarafından ve yılda ortalama 450 hastaya uygulanmaktadır. Artroskopi ameliyatı geçirmek üzere yatışı yapılan hastalar, genellikle ameliyat günü servise kabul edilerek hazırlanmakta ve izlenmektedir. Artroskopi ameliyatı sonrasında hastalar derlenme ünitesinden sonra direkt olarak Ortopedi Travmatoloji Kliniği'ne gelerek izlenmektedir. Hastanede D blok 5. katta bulunan Ortopedi ve Travmatoloji servisi 40 yatak kapasiteli olup 10 hemşire çalışmaktadır.

Omuz artroskopisi uygulanacak hastalar, genellikle ameliyat günü kliniğe yatırılmakta ve ameliyat öncesi kliniğe kabul edildiklerinde klinik hemşireleri ve asistan hekimler tarafından ameliyat öncesi hazırlık konusunda bilgilendirilmektedir. Ameliyat sonrası servise kabul edilen hastaya ağrı protokolünde lüzum halinde IM diklofenak sodyum uygulaması yapılmaktadır. Serviste planlı bir taburculuk eğitimi verilmemektedir. Hastalar, genellikle postoperatif 0. günde fizyoterapistler tarafından hasta başı ziyaret edilerek sözel olarak, egzersizleri gösteren broşür kullanılarak bilgilendirilmektedir. Hastaların omuz artroskopisi ameliyatı sonrası

genellikle 1. gününde omuz askısı ile taburculuğu yapılmaktadır. Hastalara taburcu olurken hekim tarafından evde kullanılacak ilaçlar, yara yeri bakımı, dikişlerin alınma zamanı, banyo yapma zamanı ve kontrollerle ilgili bilgilendirme yapılmaktadır. Hastaların ameliyat sonrası yaşayacakları sorunlar ve bu sorunların çözümüne yönelik bir eğitim planlaması yapılmamaktadır. Artroskopi ameliyatı sonrası hastaların kontrolleri Ortopedi Travmatoloji Kliniği'nde yapılmaktadır. Klinikte ameliyat sonrası telefonla izlem yapılmamaktadır. Hastalar taburculuk sonrası genellikle ameliyat sonrası 10.- 15. günde ilk kontrollerine gelmektedir. Hastanın eklem açıklığı, komplikasyon gelişme durumu, görüntüleme yöntemlerinden elde edilen veriler ışığında hastaların gözlem sıklığı hekim tarafından belirlenmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde çalışmanın gerçekleştiği dönemde (16 Temmuz 2020- 24 Aralık 2020) omuz artroskopisi cerrahisi geçiren hastalar oluşturmuştur. Araştırmaya, algılama güçlüğü ve zihinsel engeli olmayan, Türkçe anlayıp konuşabilen, omuz cerrahisi geçiren, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve 18 yaşından büyük hastalar dahil edilmiştir.

Araştırmanın örnekleme dahil edilecek hasta sayısı (n), 2019 yılındaki hasta sayısı dikkate alınarak ve evren sayısı bilinen basit rastgele örneklem formülünden yararlanılarak minimum 208 hasta olarak bulunmuştur. Ancak, 2020 yılında tüm dünyada ve ülkemizde görülen küresel COVID-19 pandemisi ve pandemi sürecinde elektif cerrahi ameliyatlarının durdurulması, daha sonraki süreçte de pandemi koşulları dikkate alınarak sınırlı sayıda (yaklaşık 120-130 hasta/6 ay) yapılması sebebiyle hesaplanan örneklem sayısına ulaşamamıştır. Araştırmanın örnekleme çalışmanın yapıldığı dönemde omuz artroskopisi uygulanan ve araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan tüm hastalar oluşturmuştur. Araştırmacı, örneklem kriterlerine uyan 96 hasta ile görüşmüş olup, bu hastalardan 93'ü araştırmaya katılmayı kabul etmiştir. Çalışmanın ikinci aşamasında, telefonla üç kez üst üste aranıp ulaşamayan 5 hasta örneklemden çıkarılmıştır. Böylece araştırmanın örnekleme 88 hasta dahil edilmiştir.

Araştırmanın örneklem büyüklüğünün yeterliliğini belirlemek için G-Power programı ile Kol, Omuz ve El Sorunları Anketi (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand-DASH) dikkate alınarak güç analizi yapılmıştır. Değerlendirmede, 88 hasta için güç analizi hesaplandığında; DASH ölçümleri için 0,05 1.tip hata ve 0,873 eta 2 değerinde güç düzeyi %100 ve DASH iş modeli ölçümleri için 0,05 1.tip hata ve 0,736 eta 2 değerinde güç düzeyi %100 olarak bulunmuştur.

3.4. Veri Toplama Formları

Araştırmadaki veriler, araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanan tanıtıcı özellikler ve klinik özellikler bölümleri bulunan Hasta Bilgi Formu (EK.1) ve Kol, Omuz ve El Sorunları Anketi (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand-DASH) (EK.2) ile ameliyat öncesi dönemde yüz yüze görüşme yöntemi ile ve ameliyat sonrası 1., 6. ve 12. haftalarda telefon ile görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Veri toplama sürecinde ameliyat sonrası izlem haftaları omuz artroskopisi sonrası iyileşme süreci ve literatürdeki çalışmaların takip süreçlerine göre belirlenmiştir (Morderchai ve diğerleri, 2010; Jones ve diğerleri, 2011; Walton ve Murrell, 2012; Dattani ve diğerleri, 2013; Bayram ve diğerleri, 2018)

Hasta Bilgi Formu

Bu form araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak geliştirilmiştir (Namdari ve diğerleri, 2012; Kijima ve diğerleri, 2012; Hoppe ve diğerleri, 2014; Hill ve diğerleri, 2017; Martinez ve diğerleri, 2018). Form, 23 soru ve iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, BKİ, evde birlikte yaşadığı kişiler gibi hastayı tanıtıcı özellikleri soran 13 soru, ikinci bölümde ise hasta ile ilgili klinik özellikler sorgulayan biri açık uçlu soru olmak üzere 10 soru bulunmaktadır.

Kol, Omuz ve El Sorunları Anketi (Disabilities of Arm, Shoulder and Elbow)

Literatürde DASH anketi, üst ekstremité yaralanması geçiren bireyleri değerlendirmek için en sık kullanılan ve en güvenilir anketlerden biri olarak belirtilmiştir (Cesi, Akel ve Öksüz, 2017).

Araştırmada DASH, hastaların omuz cerrahisi geçirmelerinde sonra günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesinde kullanılmıştır. DASH anketi, Dünya Sağlık Örgütü modeli temel alınarak 1994'te Amerikan Ortopedik Cerrahlar Akademisi (American Academy of Orthopedic Surgeons) tarafından geliştirilen, üst ekstremité yaralanmalarında fonksiyon ve bozuklukları değerlendiren bir ankettir. Bu anket üst ekstremité yaralanmaları sonucu ortaya çıkan bozuklukları, aktivite sınırlılıklarını ve aynı zamanda boş zaman aktiviteleri ve işe katılımın kısıtlanmasını değerlendirir. Anketin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Düger ve ark. tarafından 2006 yılında yapılmıştır. DASH anketi 30 soruluk DASH anketi, 4 soruluk Yüksek Performans İsteyen Sporlar ve Müzisyenler bölümü ile 4 soruluk İş Modeli olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. DASH anketinin ilk 21 sorusu hastanın günlük yaşam aktiviteleri sırasında zorlanmasını, sonraki 5 sorusu semptomları, geriye kalan 4 sorunun her biri ise sosyal fonksiyon, iş, uyku ve hastanın kendine olan güvenini değerlendirmektedir.

DASH anketinin 30 soruluk bölümüne ek olarak 4 sorudan oluşan ve isteğe bağlı yanıtlanabilen Yüksek Performans İsteyen Sporlar ve Müzisyenler bölümü profesyonel olarak spor yapan ya da müzikle uğraşan hastaların engel seviyelerini belirler. DASH anketinin 30 soruluk bölümüne ek olarak 4 sorudan oluşan ve isteğe bağlı yanıtlanabilen İş Modeli bölümü hastanın iş hayatında yaşadığı zorlukları değerlendirmektedir. DASH anketinin her bir bölümü için ayrı puanlama yapılır. Hastalar tüm sorulara 5 puanlı likert sisteminde kendine uygun olan yanıtı işaretler. DASH anketi sonucuna göre her bir bölümden 0-100 arasında bir sonuç elde edilir. Puan arttıkça engel seviyesi artmaktadır. Puanlamanın herhangi bir kesme noktası bulunmamaktadır. 0: hiç engel yok 100: maksimum engel anlamına gelmektedir (Düger ve diğerleri, 2006).

Yapılan geçerlik ve güvenirlik katsayısı formun her bölümü için ayrı ayrı hesaplanmıştır. Düger ve diğerleri (2006) çalışmalarında, güvenirlik katsayılarını DASH Sporlar-Müzisyenler bölümünü tamamlayan hasta sayısı yetersiz olduğundan hesaplanmamış; ilk 30 soruluk DASH anketi bölümünde 0,86-0,94; DASH İş Modeli bölümünde ise 0,64-0,88 arasında bulmuşlardır. Bu araştırmadaki Cronbach's Alpha değerleri ise Çizelge 3.1 de gösterilmiştir. Ölçek ve alt boyutlar için hesaplama yapılmış, Cronbach's alfa değeri hesaplanmıştır. Bu değerler

genelde kabul edilebilir değer olan 0,70'ten (Nunnally, 1978: 245-6) yüksektir.

Çizelge 3.1. Çalışmanın Cronbach's Alpha değerleri

DASH Anketi ve Bölümleri	Maddeler	Cronbach's Alpha Değeri	
DASH Anketi	1-30	Ameliyat ncesi (t1)	0,932
		1. hafta (t2)	0,909
		6. hafta (t3)	0,938
		12. hafta (t4)	0,910
DASH Anketi İş Modeli Bölümü	1-4	Ameliyat ncesi (t1)	0,925
		1. hafta (t2)	0,944
		6. hafta (t3)	0,946
		12. hafta (t4)	0,890

DASH anketinin isteğe bağlı doldurulan Yüksek Performans İsteyen Sporlar ve Müzisyenler bölümü örneklem dahilinde olan yalnızca bir hastanın profesyonel anlamda sporla ilgilenmesi ve istatistik hesaplaması bu bağlamda yapılamayacağı sebebiyle çalışmamızda kullanılamamıştır.

3.5. Araştırmanın n Uygulaması

Araştırmanın n uygulaması veri toplama formlarının işlerliğini saptamak amacıyla 16-23 Temmuz 2020 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (GÜSAUM) Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği'nde omuz artroskopisi cerrahisi geçiren, örneklem özelliklerine uygun 10 hastaya yapılmıştır. n uygulama sonucunda anket üzerinde herhangi bir değişiklik yapılmadığından, n uygulamadaki hastalar araştırmaya dahil edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın uygulama sürecinden önce Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği hekimleri ve hemşireleri bilgilendirilmiştir. Araştırmanın uygulamasına gerekli etik kurul ve kurum izinleri alındıktan sonra başlanmıştır. Veriler, 16 Temmuz 2020- 24 Aralık 2020 tarihleri arasında iki aşamada gerçekleştirilmiştir. Çalışma birinci aşamada

Hasta Bilgi Formu ile Kol, Omuz ve El Sorunları Anketi (DASH) kullanılarak gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden ve örnekleme oluşturan hastalarla ameliyat öncesinde kliniğe kabul aşamasında hasta odasında yüz yüze görüşme yöntemi ile ve ikinci aşamada ise ameliyat sonrası dönemde 1., 6. ve 12. haftalarda telefonla görüşme yöntemi ile DASH anketi kullanılarak iki aşamada tamamlanmıştır.

Araştırmanın verileri hasta hastaneye yattıktan sonra araştırma hakkında bilgi verilerek, araştırmaya katılmayı kabul ettikten ve bilgilendiriliş gönüllü olur formunu imzaladıktan sonra toplanmıştır. Formlar, hastalardan elde edilen bilgiler doğrultusunda doldurulmuştur. Ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 1., 6. ve 12. haftalarda yapılan görüşmeler ortalama 10-12 dakika sürmüştür. Hastaların büyük bir kısmı analjezik kullanımı, ağrı yönetimi, fizik tedavi hareketlerinin uygulanması, iyileşme süreci ve uzunluğu, klinik doktorlarına ve kliniğe ulaşma yolları, omuz askısı kullanımı gibi konularda sorular sorup öneriler istemişlerdir. Hastaların bu soruları ve talepleri, çalışma sonuçlarının etkilenmemesi açısından, klinik ve poliklinik dahili telefon numaraları verilerek cevaplandırılmış ve herhangi bir öneride bulunulmamaya özen gösterilmiştir. Yüz yüze görüşmelerde her hastaya telefon görüşmeleri için gün içerisinde uygun oldukları saatler sorulmuş ve randevu saatleri belirlenmiştir. Ameliyat sonrası dönem takiplerinde en az 3 kez üst üste telefonla aranan ve ulaşılamayan hastalar (n:5) örneklem kapsamından çıkarılmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada hastaların tanıtıcı, hastalık ve ameliyat ile ilgili özellikleri çalışmanın bağımsız değişkenlerini, DASH anketinden elde edilen puanlar ise bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır. Veriler, IBM SPSS Statistics 23 programına aktararak analizler yapılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımı (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma) verilmiştir. İki grup arasındaki farkın incelenmesinde bağımsız örneklem t testinden, ikiden fazla grup arasındaki farkın incelenmesinde tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) ile bakılmıştır. “Tek yönlü varyans analizi” (ANOVA) sonucunda öncelikle varyans homojenliği için Levene testine, ardından farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığı “çoklu karşılaştırma testi” (Bonferroni ya da Tamhane’s T2) ile kontrol edilmiştir.

Varyans homojenliğini sağlayan değişkenlerde gruplar arasındaki fark incelemesi için Bonferroni, varyans homojenliğini sağlamayan değişkenlerde gruplar arasında fark incelemesi için Tamhane's T2 testine bakılmıştır. Zamanlara göre değişimlerin incelenmesinde Repeated Measures ANOVA testinden yararlanılmıştır. Ayrıca ölçeklerin güvenilirlikleri için Cronbach's alfa değerinden yararlanılmıştır. Anlamlılık için $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanmasına başlamadan önce GÜSAUM başhekimliğinden ve Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Başkanlığından yazılı izin (EK.3), Gazi Üniversitesi Ölçme ve Değerlendirme Etik Alt Çalışma Grubundan etik onay (Tarih: 25.03.2020; Sayı: 91610558-302.08.01) alınmıştır (EK.4). Araştırmanın uygulanması aşamasında hastalara araştırmanın amacı açıklanarak sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (EK.5).



4.BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda gösterilmiştir.

Çizelge 4.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri

		n=88	%
Cinsiyet	Kadın	47	53,4
	Erkek	41	46,6
Medeni durum	Evli	62	70,5
	Bekar	26	29,5
Eğitim düzeyi	Okur yazar değil	1	1,1
	Okur yazar	1	1,1
	İlkokul	32	36,4
	Ortaokul	4	4,5
	Lise	26	29,5
	Üniversite	24	27,3
Yaşadığı yer	İl	54	61,4
	İlçe	26	29,5
	Kasaba	7	8,0
	Koy	1	1,1
Gelir düzeyi	Geliri giderden az	4	4,5
	Geliri gidere denk	61	69,3
	Geliri giderden fazla	23	26,1
Birlikte yaşadığı kişiler*	Var	84	95,5
	Hayır	4	4,5
Sosyal güvence	Var	86	97,7
	Yok	2	2,3
Çalışma durumu**	Evet	33	37,5
	Hayır	55	62,5
Sigara içme durumu	Evet	28	31,8
	Hayır	60	68,2
Alkol tüketme durumu	Evet	11	12,5
	Hayır	77	87,5
BKİ ($\bar{X} \pm SS$)		27,09 $\pm$ 4,90	
Yaş ($\bar{X} \pm SS$)		48,41 $\pm$ 16,21	

* Birden fazla cevap verildiğinden n katlanmıştır.

Çizelge 4.1’de araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri yer almaktadır. Çizelge incelendiğinde; çalışmaya katılan hastaların yaş ortalamasının 48,41 $\pm$ 16,21 (Min: 19; Maks: 83), BKİ ortalamasının 27,09 $\pm$ 4,90 (Min: 19,49; Maks: 40,4) yaklaşık yarısının kadın (%53,4), lise ve üniversite mezunu (%56,8), çoğunluğunun evli (%70,5) ve sigara içmediği (%68,2) görülmektedir. Hastaların büyük çoğunluğu (%90,9) ilde ya da ilçede ikamet etmekte, yarıdan fazlası çalışmamakta (%59,1) ve tamamına yakının sosyal güvencesi bulunmaktadır (%97,7). Tabloda yer almamakla birlikte, hastaların

%32,9'u ev hanımı, 19,3'ü emekli, 19,3'ü memur, 12,5'i işçi, %10,2'si öğrenci, %2,3'ü mühendis, %2,3'ü çiftçi ve %1,1'i sporcu olduğu ve %67,9'unun eşi ile, %26,2'sinin çocuğu ile, %16,7'sinin anne-baba ile ve %1,2'sinin ise arkadaş ile yaşadığı saptanmıştır.



Çizelge 4.2. Hastaların hastalık ve ameliyat ile ilgili özellikleri (n=88)

Özellikler	n	%
Kronik hastalık bulunma durumu	Evet* 33 Hayır 55	37,5 62,5
Kronik hastalıklar (n=33)*		
Hipertansiyon	23	69,7
Diyabetes Mellitus	12	36,4
Astım	3	9,1
Koroner Arter Hastalığı	3	9,1
Behçet hastalığı	1	3,0
Kanser	1	3,0
Ailevi Akdeniz Ateşi	1	3,0
Guatr	1	3,0
Daha önce ameliyat olma durumu	Evet 51 Hayır 57	58,0 42,0
Daha önce geçirilen ameliyatlara (n=51)*		
Apendektomi	15	29,4
Histerektomi	11	21,6
Herniorafi	8	15,7
Kolesistektomi	7	13,7
Tonsilektomi	4	7,8
Sezeryan	3	5,9
Troidektomi	2	3,9
Kalça Protezi	2	3,9
Rinoplasti	1	2,0
Akciğer lobektomi	1	2,0
Varikosel	1	2,0
Nefrektomi	1	2,0
Koroner bypass	1	2,0
Karpal tunel sendromu	1	2,0
Omuz artroskopisi olma nedeni	Rotator manşet rüptürü	55 62,5
	Bankart lezyonu	16 18,2
	Omuz İnstabilitesi	9 10,2
	Slap lezyonu	5 5,7
	Bankart ve instabilite	2 2,3
	Donuk omuz ve RMR	1 1,1
Günlük yaşamında baskın olarak kullandığı kol	Sol	3 3,4
	Sağ	81 92,0
	Sol ve sağ	4 4,5
Ameliyat olan taraf	Sol	23 26,1
	Sağ	65 73,9
Ameliyat sırasında komplikasyon gelişme durumu	0	-
Ameliyat sonrasında komplikasyon gelişme durumu**	3	3,4
Omuz şikayetlerinizin süresi (X±SS) (yıl)	1,60±2,32	

*Birden fazla yanıt verildiğinden, n katlanmıştır

**Hastaların %3,4'ünde enfeksiyon gelişmiştir.

Çizelge 4.2'de hastaların hastalık ve ameliyat ile ilgili özellikleri yer almaktadır. Çizelge incelendiğinde; hastaların yaklaşık üçte birinde (%37,5) kronik hastalık olduğu, en sık görülen kronik hastalıkların sırasıyla hipertansiyon (%69,7) ve diyabetes mellitus (36,4) olduğu belirlenmiştir. Hastaların yarıdan fazlası (%58,0) daha önce ameliyat deneyimi bulunmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun (%62,5) rotator manşet rüptürü nedeniyle, çoğunluğunun (%73,9) baskın kullandığı sağ koldan (%92,0) omuz artroskopisi ameliyatı geçirdiği, ameliyat öncesi omuz şikayetlerinin ortalama yaşanma süresinin $1,60 \pm 2,32$ yıl (Min: 1 ay; Maks: 15 yıl) olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastalarda ameliyat sonrası komplikasyon oranı (%3,4) düşük olup, hastaların çok azında (%3,4) ameliyat sonrası enfeksiyon gelişmiştir.

Çizelge 4.3. DASH anketi ve İş modeli alt boyut puanlarının izlemlere göre dağılımı

DASH Anketi ve Alt Boyutları*	$\bar{X}$	SS	Min	Maks
DASH Anketi				
Ameliyat Öncesi (t1)	54,21	19,65	2,50	89,17
Ameliyat Sonrası 1. hafta (t2)	62,07	15,40	18,33	95,83
Ameliyat Sonrası 6. hafta (t3)	37,76	17,08	4,17	84,17
Ameliyat Sonrası 12. hafta (t4)	23,81	12,66	0,00	56,67
F/p	194,342/0,000* t1<t2>t3>t4			
DASH Anketi İş Modeli Bölümü				
Ameliyat Öncesi (t1)	50,78	29,56	0,00	100,00
Ameliyat Sonrası 1. hafta (t2)	57,24	29,54	0,00	100,00
Ameliyat Sonrası 6. hafta (t3)	39,49	28,04	0,00	100,00
Ameliyat Sonrası 12. hafta (t4)	19,32	18,92	0,00	100,00
F/p	79,071/0,000* t1<t2>t3>t4			

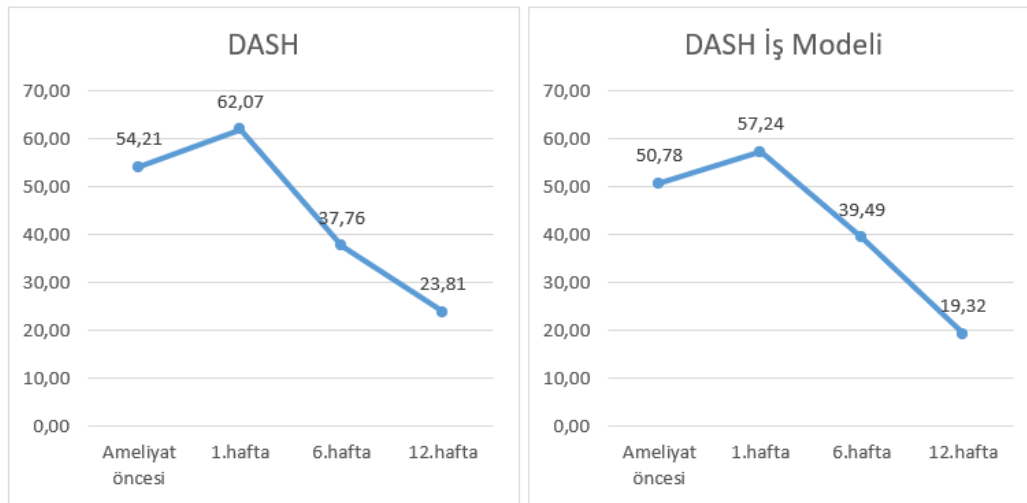
*Yüksek Performans İsteyen Sporlar-Müzikçiler bölümü yeterli örnekleme ulaşılamamasından dolayı değerlendirilememiştir.

a,b: grupların ortalamaları arasındaki farklılıkları gösterir (a=en yüksek yüzde, b=en düşük yüzde)

F:Repeated Measures ANOVA testi*: $p<0,05$

Çizelge 4.4.'te DASH anketi ve İş modeli alt boyut puanlarının izlemlere göre dağılımı yer almaktadır. Çizelge incelendiğinde; DASH anketi puanı ortalamalarının ameliyat öncesi $54,21 \pm 19,65$ olduğu, puan ortalamalarının ameliyat sonrası 1.haftada $62,07 \pm 15,40$ 'a yükseldiği, 6. ve 12.haftalarda sırasıyla $37,76 \pm 17,08$ ve $23,81 \pm 12,66$ 'ya kadar azaldığı dikkati çekmektedir. Yapılan değerlendirmede, zamanlar arasında DASH anketi puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak

anlamlı bir farklılık ($p<0,05$) olduğu, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 1.haftadaki puanların ameliyat sonrası 6. ve 12. haftalara göre daha yüksek olmasının anlamlı olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır. Benzer şekilde, DASH Anketi İş Modeli Bölümü puan ortalamalarının ameliyat öncesi $50,78\pm29,56$ 'dan, ameliyat sonrası 1.haftada $57,24\pm29,54$ 'e yükseldiği, ancak 6. ve 12.haftalarda sırasıyla $39,46\pm28,04$ ve $19,32\pm18,92$ 'ye kadar azaldığı, DASH iş modeli ölçümleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir. Buna göre, tedavi öncesi DASH anketi ve DASH iş modeli ölçümleri 1.haftaya göre anlamlı derecede daha düşük iken, 1. haftadaki DASH anketi ve DASH iş modeli ölçümleri 6. haftaya göre ve 6. haftadaki DASH ve DASH iş modeli ölçümleri 12.haftaya göre anlamlı derecede daha yüksektir.



Şekil 4.1. İzlemlere göre DASH anketi ve DASH iş modeli bölümünün puan değişim grafiği

Şekil 3.2' de izlemlere göre DASH anketi ve DASH iş modeli bölümünün puan değişim grafiği verilmiştir. Grafikler incelendiğinde; hastaların DASH anketi puan ortalamaları ameliyat öncesi 54,21 (Min: 2,50; Maks:89,17), ameliyat sonrası birinci haftada 62,07 (Min: 18,33; Maks: 95,83), ameliyat sonrası 6. haftada 37,76 (Min: 4,17; Maks: 84,17) ameliyat sonrası 12. haftada 23,81 (Min: 0,00; Maks: 56,67) olduğu saptanmıştır. DASH anketi İş Modeli puan ortalamaları ise; ameliyat öncesi 50,78 (Min: 0,00; Maks: 100,00), ameliyat sonrası 1. haftada 57,24 (Min: 0,00; Maks: 100,00), ameliyat sonrası 6. haftada 36,49 (Min: 0,00; Maks: 100,00) ve ameliyat sonrası 12. haftada 19,32 (Min: 0,00; Maks: 100,00) olarak bulunmuştur.

Çizelge 4.4. Hastaların sosyodemografik, ameliyat ve klinik özelliklerine göre artroskopi öncesi ve sonrası 1.,6. ve 12. haftadaki DASH anketi puan ortalamalarının dağılımı

		DASH-AO	DASH-1hft	DASH-6hft	DASH-12hft
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Yaş	18-45	37,79±20,44 ^b	58,11±19,23	30,38±17,59 ^b	16,70±12,56 ^b
	46-65	60,63±15,48 ^a	63,71±12,95	41,89±16,63 ^a	27,30±11,17 ^a
	65 üzeri	63,89±9,07 ^a	63,89±16,15	34,72±10,49	23,80±13,91
F/p		18,107/0,000*	1,229/0,298	4,436/0,015*	6,950/0,002*
Cinsiyet	Kadın	62,66±15,74	64,91±12,34	40,78±15,82	25,66±12,02
	Erkek	44,53±19,37	58,82±17,91	34,29±17,99	21,69±13,18
t/p		43773/0,000*	1,831/0,071	1,801/0,075	1,477/0,143
Medeni durum	Evli	56,87±17,34	62,19±16,13	37,08±15,98	23,82±12,55
	Bekar	47,88±23,48	61,79±13,81	39,36±19,72	23,78±13,17
t/p		1,760/0,087	0,109/0,913	-0,568/0,572	0,012/0,991
Eğitim düzeyi	İlköğretim	62,26±15,58 ^a	62,37±14,01	40,57±14,60	26,45±12,25
	Lise	55,06±16,88 ^b	63,17±15,34	33,21±17,59	20,32±10,39
	Üniversite	40,56±21,40 ^b	60,42±17,93	38,23±19,69	23,40±14,89
F/p		11,095/0,000*	0,208/0,812	1,463/0,237	1,862/0,162
Yaşadığı yer	İl	52,84±21,65	61,85±14,58	36,79±16,91	22,73±11,90
	İlçe/köy	56,40±16,04	62,43±16,85	39,29±17,51	25,51±13,79
t/p		-0,883/0,380	-0,169/0,866	-0,666/0,507	-1,004/0,318
Çalışma durumu	Evet	48,66±18,09	59,98±17,21	32,99±17,65	21,39±12,92
	Hayır	58,06±19,93	63,53±14,01	41,06±16,03	25,48±12,32
t/p		-2,258/0,026*	-1,063/0,291	-2,228/0,028*	-1,502/0,137
BKİ	Normal	48,73±21,90 ^b	59,40±16,06	38,15±18,1	23,77±12,22
	Kilolu	52,92±19,06	63,67±16,78	38,08±16,59	24,25±14,21
	Obez	64,96±11,12 ^a	64,28±11,99	36,67±16,78	23,26±11,64
F/p		5,221/0,007*	0,928/0,399	0,058/0,943	0,038/0,962
Alkol tüketme durumu	Evet	46,14±22,52	65,23±16,21	33,18±18,53	16,97±7,97
	H-yır	55,37±19,09	61,62±15,34	38,41±16,90	24,78±12,93
t/p		-1,467/0,146	0,724/0,471	-0,949/0,345	-1,946/0,055
Omuz rahatsızlığı dışında kronik hastalık	Evet	59,62±16,68	59,92±16,88	40,30±17,74	24,70±12,35
	Hayır	50,97±20,70	63,36±14,45	36,23±16,66	23,27±12,92
t/p		2,035/0,045*	-1,014/0,313	1,085/0,281	0,509/0,612
Sigara içme durumu	Evet	46,58±19,69	55,42±18,90	36,37±19,45	22,29±12,56
	Hayır	57,78±18,75	65,18±12,47	38,40±16,00	24,51±12,75
t/p		-2,569/0,012*	-2,492/0,017*	-0,518/0,606	-0,765/0,446
Daha önce ameliyat olma durumu	Evet	58,06±17,10	62,12±16,85	38,30±16,06	24,98±12,74
	Hayır	48,92±21,85	62,00±13,39	37,00±18,60	22,18±12,53
t/p		2,200/0,030*	0,036/0,972	0,350/0,728	1,024/0,309

Çizelge 4.4. (devam) Hastaların sosyodemografik, ameliyat ve klinik özelliklerine göre artroskopi öncesi ve sonrası 1.,6. ve 12. haftadaki DASH anketi puan ortalamalarının dağılımı

Şikâyet süresi	1 yıldan az	52,50±17,45	59,90±15,94	35,55±15,99	23,02±12,06
	1 yıl ve üzeri	55,35±21,07	63,51±15,02	39,21±17,77	24,32±13,12
t/p		-0,663/0,509	-1,074/0,286	-0,985/0,327	-0,469/0,640
Ameliyat olan taraf	Sol	54,53±21,19	61,49±17,29	37,68±19,91	23,08±10,11
	Sağ	54,10±19,25	62,28±14,82	37,78±16,14	24,06±13,51
t/p		0,089/0,929	-0,212/0,833	-0,024/0,981	0,319/0,751

a, b: grupların ortalamaları arasındaki farklılıkları gösterir (a=en yüksek, b=en düşük).

F₁: One-way ANOVA testi, t: bağımsız örneklem t testi*: p<0,05

Çizelge 4.5'te hastaların bazı sosyodemografik, ameliyat ve klinik özelliklerine göre artroskopi ameliyatı öncesi ve sonrası 1.,6. ve 12. haftadaki DASH anketi puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Çizelge incelendiğinde; araştırmaya katılan hastalardan 45 yaş üzeri olan hastaların ameliyat öncesi DASH puan ortalamalarının (sırasıyla 60,63±15,48 ve 63,89±9,07) 18-45 yaş aralığında olan hastalara göre (37,79±20,44) anlamlı derecede daha yüksek olduğu (p<0,05) bulunmuştur. Benzer şekilde; 45-65 yaş aralığında olan hastaların ise ameliyat sonrası 6. ve 12. haftalardaki DASH anketi puan ortalamalarının (sırasıyla 41,89±16,63 ve 27,30±11,17) 18-45 yaş aralığındakilere göre (30,38±17,59; 16,70±12,56) anlamlı derecede daha yüksektir (p<0,05).

Cinsiyete göre DASH anketi puan ortalamaları incelendiğinde; kadınlardaki DASH anketi puan ortalamalarının erkeklere göre daha yüksek olduğu, ancak bunun sadece ameliyat öncesi dönemdeki DASH anketi puan ortalamaları için anlamlı bir fark (p<0,05) oluşturduğu dikkati çekmektedir.

Eğitim düzeyine göre DASH anketi puan ortalamaları incelendiğinde; ilköğretim mezunu olanların DASH anketi puan ortalamalarının lise ve üniversite mezunu olanlara göre ameliyat öncesi ve sonrası 6. ve 12. haftalarda daha yüksek olduğu, ancak bunun sadece ameliyat öncesi dönem puan ortalamaları için anlamlı bir farklılık oluşturduğu (p<0,05) dikkati çekmektedir.

Hastalardan çalışmayanların DASH anketi puan ortalamaları çalışan hastalara göre daha yüksek olmakla birlikte, çalışmayan hastaların ameliyat öncesi (58,06±19,93)

ve ameliyat sonrası 6. haftalardaki ($41,06 \pm 16,03$) DASH puanı ortalamaları çalışan hastalara göre anlamlı derecede daha yüksek ($p < 0,05$) bulunmuştur.

Sigara içmeyen hastaların DASH anketi puan ortalamaları tüm zamanlarda daha yüksek olup, bu yükseklik sigara içenlere göre ameliyat öncesi dönem ($57,78 \pm 18,75$) ve ameliyat sonrası 1. haftadaki ($65,18 \pm 12,47$) DASH anketi puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık ($p < 0,05$) oluşturmuştur.

Omuz rahatsızlığı dışında kronik hastalığı olan hastaların ameliyat öncesi dönem ve ameliyat sonrası 6. hafta ve 12. hafta DASH puanı ortalamalarının, kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olduğu, ancak bunun sadece ameliyat öncesi dönemdeki ($59,62 \pm 16,68$) DASH puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık oluşturduğu ($p < 0,05$) saptanmıştır.

Araştırmada, ameliyat öncesi dönemdeki DASH anketi puan ortalamalarının normal kilolu hastalara ($48,73 \pm 21,90$) göre obez hastalara göre ($64,96 \pm 11,12$) ve daha önce ameliyat deneyimi olanlarda ($58,06 \pm 17,10$) olmayanlara göre ($48,92 \pm 21,85$) anlamlı derecede daha yüksek olduğu ($p < 0,05$) belirlenmiştir. Araştırmada, medeni durum, yaşanılan yer, alkol tüketme durumu, şikayet süreleri ve ameliyat olunan taraflar arasında iken ameliyat öncesi, 1. hafta, 6.hafta ve 12. hafta DASH ölçümleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$).

Çizelge 4.5 Hastaların sosyodemografik, ameliyat ve klinik özelliklerine göre artroskopi öncesi ve sonrası DASH anketi iş modeli bölümünün puan ortalamalarının dağılımı

		DASH AO is modeli	DASH 1hft is modeli	DASH 6hft is modeli	DASH 12hft is modeli
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Yaş	18-45	31,73±27,04 ^b	48,80±33,12	29,81±29,33	16,35±25,99
	46-65	57,78±26,34 ^a	61,32±26,97	42,33±25,50	20,99±15,36
	65 üzeri	64,58±31,41 ^a	57,64±31,53	50,69±33,72	18,06±14,13
F/p		9,386/0,000*	1,589/0,210	2,637/0,077	0,542/0,584
Cinsiyet	Kadın	57,58±27,08	60,90±25,92	43,88±27,90	18,88±14,89
	Erkek	42,99±30,66	53,05±33,05	34,45±27,67	19,82±22,87
t/p		2,371/0,020*	1,248/0,215	1,588/0,116	-0,230/0,819
Medeni durum	Evli	53,13±28,06	58,57±28,66	40,12±27,38	18,45±17,36
	Bekar	45,19±32,75	54,09±31,92	37,98±30,05	21,39±22,44
t/p		1,151/0,253	0,647/0,519	0,325/0,746	-0,664/0,508
Eğitim düzeyi	İlköğretim	64,14±25,36 ^a	66,61±28,00 ^a	48,85±26,27 ^a	23,85±18,26 ^a
	Lise	50,72±27,91 ^b	53,61±28,89	35,58±30,96	19,95±22,98
	Üniversite	29,69±25,75 ^b	46,35±29,14 ^b	28,91±23,30 ^b	11,46±12,04 ^b
F/p		12,680/0,000*	3,996/0,022*	4,398/0,015*	3,346/0,040*
Yaşadığı yer	İl	46,64±31,56	52,08±28,11	35,42±28,60	15,86±14,04
	İlçe/köy	57,35±25,12	65,44±30,32	45,96±26,24	24,82±24,01
t/p		-1,672/0,098	-2,106/0,038*	-1,737/0,086	-1,974/0,054
Çalışma durumu	Evet	51,91±30,79	59,38±32,23	41,15±32,06	20,66±23,04
	Hayır	50,00±28,95	55,77±27,75	38,34±25,15	18,39±15,63
t/p		0,296/0,768	0,561/0,576	0,459/0,647	0,551/0,583
BKİ	Normal	43,92±30,20	53,13±32,82	41,15±30,96	21,35±23,26
	Kilolu	50,00±27,37	58,13±27,76	34,17±24,11	16,25±15,36
	Obez	63,07±28,73	62,78±26,34	44,03±28,12	20,17±15,30
F/p		3,014/0,054	0,746/0,477	0,890/0,414	0,620/0,542
Sigara içme durumu	Evet	43,97±29,54	56,92±32,82	35,04±24,32	20,09±21,34
	Hayır	53,96±29,27	57,40±28,17	41,56±29,58	18,96±17,86
t/p		-1,486/0,141	-0,070/0,944	-1,016/0,313	0,260/0,796
Alkol tüketme durumu	Evet	37,50±37,91	53,98±28,13	31,82±30,42	13,07±16,41
	Hayır	52,68±27,96	57,71±29,89	40,58±27,72	20,21±19,18
t/p		-1,608/0,112	-0,390/0,697	-0,970/0,335	-1,174/0,244
Omuz rahatsızlığı dışında kronik hastalık	Evet	56,82±24,48	57,20±28,30	39,39±25,51	20,45±15,80
	Hayır	47,16±31,89	57,27±30,52	39,55±29,68	18,64±20,68
t/p		1,596/0,114	-0,012/0,991	-0,024/0,981	0,434/0,665
Daha önce ameliyat olma durumu	Evet	57,97±29,45	60,17±29,37	40,93±28,87	19,49±14,50
	Hayır	40,88±27,07	53,21±29,71	37,50±27,12	19,09±23,93
t/p		2,779/0,007*	1,093/0,278	0,564/0,574	0,090/0,929

Çizelge 4.5. (devam) Hastaların sosyodemografik, ameliyat ve klinik özelliklerine göre artroskopi öncesi ve sonrası DASH anketi iş modeli bölümünün puan ortalmalarının dağılımı

Şikayet süresi	1 yıldan az	53,04±29,01	55,00±26,25	38,57±28,42	20,89±19,88
	1 yıl ve üzeri	49,29±30,09	58,73±31,69	40,09±28,04	18,28±18,38
T/p		0,579/0,564	-0,600/0,550	-0,248/0,805	0,632/0,529
Ameliyat olan taraf	Sol	54,35±32,50	58,15±31,27	44,02±32,23	18,75±21,81
	Sağ	49,52±28,61	56,92±29,15	37,88±26,49	19,52±17,97
t/p		0,671/0,504	0,171/0,865	0,901/0,370	-0,167/0,868

a,b: grupların ortalamaları arasındaki farklılıkları gösterir (a=en yüksek, b=en büyük).

F₁: One-way ANOVA testi, t: bağımsız örneklem t testi*: p<0,05

Çizelge 4.6'da hastaların bazı sosyodemografik, ameliyat ve klinik özelliklerine göre artroskopi öncesi ve sonrası 1.,6. ve 12. haftadaki DASH anketi iş modeli bölümünün puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Çizelge incelendiğinde; 46-65 ve 65 yaş üzeri yaş grubunda olan hastaların tüm izlemlere göre DASH iş modeli puan ortalamalarının 18-45 yaş aralığına göre daha yüksek olduğu, ameliyat öncesi dönemde 46-65 yaş ve 65 yaş üzeri hastaların DASH iş modeli puan ortalamalarının (sırasıyla 57,78±26,34 ve 64,58±31,41) 18-45 yaşındakilere göre (31,73±27,04) anlamlı derecede daha yüksektir (p<0,05).

Cinsiyete göre DASH iş modülü bölümünün puan ortalamaları incelendiğinde; kadınlardaki DASH iş modeli bölümünün puan ortalamalarının erkeklere göre daha yüksek olduğu, ancak bunun sadece ameliyat öncesi dönemdeki DASH anketi puan ortalamaları için anlamlı bir fark (p<0,05) oluşturduğu dikkati çekmektedir.

Eğitim düzeyine göre DASH iş modülü puan ortalamaları incelendiğinde; ilköğretim mezunu olanların DASH iş modülü anketi puan ortalamalarının lise ve üniversite mezunu olanlara göre ameliyat öncesi ve sonrası 1., 6. ve 12. haftalarda daha yüksek olduğu, ve bu yüksekliğin tüm zamanlar için anlamlı bir farklılık oluşturduğu (p<0,05) dikkati çekmektedir.

Hastalardan çalışanların DASH iş modülü anketi puan ortalamaları çalışmayan hastalara göre daha yüksek olmakla birlikte bu yükseklik istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

Araştırmada, ameliyat öncesi dönemdeki DASH iş modülü anketi puan ortalamalarının daha önce ameliyat deneyimi olanlarda ($57,97 \pm 29,45$) olmayanlara göre ($40,88 \pm 27,07$) anlamlı derecede daha yüksek olduğu ($p < 0,05$) belirlenmiştir

DASH iş modeli tüm zamanlarda ilçe/köy de yaşayan hastalarda daha yüksek olup bu yükseklik ameliyat sonrası 1. haftada ilde yaşayanlara göre anlamlı ($p < 0,05$) bulunmuştur.

Omuz rahatsızlığı dışında kronik hastalığı olan hastaların ameliyat öncesi dönem ve ameliyat sonrası 12. hafta DASH iş modülü puanı ortalamalarının, kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olduğu, ancak bu yüksekliğin anlamlı derecede olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$).

Normal kilolu hastalara göre obez sınıfında olan hastaların ameliyat öncesi dönem ve ameliyat sonrası 1., 6. ve 12. hafta DASH iş modülü puanı ortalamalarının daha yüksek olduğu fakat bu yüksekliğin anlamlı derecede olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$). Medeni durum, sigara içme durumu, alkol tüketme durumu, şikayet süreleri ve ameliyat olunan taraflar arasında ameliyat öncesi, 1. hafta, 6. hafta ve 12. hafta DASH iş modeli ölçümleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$).



5. TARTIŞMA

Omuz artroskopisi, gelişen cerrahi tekniklerle birlikte tüm dünyada yaygın olarak uygulanmaya başlanan ve mortalitesi oldukça düşük (%0,04) olan ortopedinin en yaygın cerrahi müdahalelerinden biridir (Martin, Gao, Pugely ve Wolf, 2013; Cancienne, Brockmeier, Carson ve Werner, 2019; Heyer, Perim, Amdur ve Pandarinath, 2020). Omuz artroskopisi çeşitli omuz bozukluklarının tedavisi için oldukça etkili ve güvenilir bir prosedür olsa da, vücudun hareket açıklığı en geniş eklemi olan omuz eklemine hareket açıklığını oldukça kısıtlamasından dolayı ameliyat sonrası dönemde hastalar günlük yaşamlarını etkileyen sorunlar yaşamaktadır. Bu nedenle bu araştırma, omuz artroskopisi cerrahisi geçiren hastaların yaşadıkları sorunların belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır. Çalışmada omuz artroskopisi cerrahisi geçiren hastaların (n=88) ameliyat sonrası dönemde (ilk 12 hafta) yaşadıkları sorunlar incelenmiştir.

Araştırmamıza katılan hastaların yaş ortalaması $48,41 \pm 16,21$ olup, %53'ü kadın ve %70,52'i evlidir. Hastaların günlük yaşamda baskın olarak kullandıkları kol %92 oranıyla sağ kol ve örnekleme en çok ameliyat olan taraf %73,9 oranıyla sağ koldur. Literatürde omuz artroskopisi cerrahisi üzerinde yapılan çalışmalarda örnekleme oluşturan hastaların çoğunluğu 40 – 65 yaşları arasındadır ve ilerleyen yaşla birlikte ameliyat sonrası dönemde iyileşme oranlarının düştüğü çalışmalarda gösterilmiştir (Han Oh ve diğerleri, 2009; Su Cho ve Girl Rhee, 2009; Christian, Gibbs, Nicolay, Selley ve Saltzman, 2019). Örnekleminizde en çok karşılaşılan omuz hastalığı %62,5 oranıyla RMR'dir. Literatürde, omuz artroskopisinin en sık uygulandığı ve ameliyat sonrası uzun süre omuz askısını kullanımını gerektiren omuz hastalığı olan RMR'nin bireye özgü iç dış faktörlere bağlı olarak prevalansı yaşla beraber artmaktadır ve 60 yaş üstü nüfusun %30'unda, 80 yaş üstü nüfusun ise yaklaşık %60'ında RMR vardır (Thigpen ve arkadaşları, 2016). RMR, genellikle kuvvetli ve tekrar eden baş üstü ve çekme hareketleri sonucunda omuzun fazla kullanımına bağlı olarak meydana gelen rotator manşet kaslarındaki yırtıklardır (Yamamoto ve arkadaşları, 2010). Çalışmamızda baskın olarak kullanılan kolun %92 oranıyla sağ kol olması ve en sık artroskopi olan tarafın sağ omuz olması çalışmamızın örnekleminde büyük bir yer kaplayan (%62,5) RMR'lerinin literatürde de belirtildiği gibi, omuz eklemlerinin tekrarlayan ve sık kullanımına bağlı oluşumunu

desteklemektedir. Günlük yaşamda en sık kullandığımız eklem olan omuz için sık kullanımına bağlı hastalıklar bulunması hastaların omuz eklemi kullanımını kısıtladığı için daha çok sorun yaşamalarına sebep olmaktadır.

Cerrahi prosedürler hastaların günlük rutinlerinde ani değişimler ve günlük yaşam aktivitelerinde bozulmalar gibi olumsuz yaşam deneyimleri edinmelerine neden olmaktadır. Her cerrahi girişimde olduğu gibi omuz artroskopisi cerrahisi geçiren hastalarda da ameliyat sonrası fiziksel, zihinsel, sosyal ve fonksiyonel yönden çeşitli sorunlar görülebilmektedir (Strube, Schöpe, Hölzl, Brodt, Matziolis ve Zippelius, 2019). Omuz artroskopisi cerrahisi sonrası yaşanan sorunların temel sebebi kol fonksiyonlarının bozulmasıdır. Omuz artroskopisi sonrası hastaların klinikte kalma süresi kısa olmasına rağmen hastalar ameliyat sonrası uzun bir tedavi sürecine girmektedir. Araştırmamızda DASH ve DASH iş modeli anket puan ortalamalarına göre günlük yaşamda ve iş hayatında yaşanan sorunların ameliyat sonrası 1. hafta ameliyat öncesi döneme göre daha yoğun olduğu ve 6. ve 12. haftalarda bu sorunların anlamlı derecede azaldığı belirlenmiştir. DASH iş modeli bölümü puan ortalamalarına göre hastaların iş hayatında yaşadıkları problemlerin de DASH anketindeki puan ortalamalarına paralel olduğu ve iki anketinde aynı sonucu verdiği saptanmıştır. Literatürde omuz artroskopisi cerrahisi sonrası hastaların günlük yaşamını etkileyen tüm sorunları inceleyen bir çalışmaya ulaşılamamakla birlikte ameliyat öncesi ve sonrası eklem açıklıklarını karşılaştıran çalışmalar çalışmamızla paralel olarak hareket açıklığının ameliyat sonrası erken dönemde ameliyat öncesine göre daha kısıtlı olduğunu ve zaman içerisinde iyileşme görüldüğünü göstermektedir (Martinez Rico ve arkadaşları, 2018; Bayram ve arkadaşları, 2018). Literatürde hastaların ameliyat öncesinde de sorunlar yaşadığı ve ameliyat sonrası 2-3 hafta içinde tamirin başlamasına rağmen ilk 12-16 haftadan önce omuz eklemi kaslarının maksimum uzama kuvvetine ulaşamaması belirtilmektedir. Çalışmamızın sonuçlarının gösterdiği gibi ameliyat sonrası dönemde hastaların yaşadığı sorunlar bu iyileşme sürecinin uzunluğuna bağlı olarak devam etmektedir (Kaya ve Doral,2013; Martinez ve diğerleri,2018; Kanat,2019). Yaptığımız gözlemlere göre; ameliyat sonrası dönem 1. haftadaki DASH anketi ve DASH iş modeli bölümünün ameliyat öncesi döneme göre daha yüksek olması ameliyat sonrası erken dönemde yaşanan cerrahi ağrıya ve ilerleyen zamanlarda anket puanlarının ameliyat öncesine göre daha düşük olması ise omuz askısı kullanımına ve ameliyat sonrası

12. haftaya kadar omuz ile yalnızca pasif egzersizlerin yapılmasına bağlı olarak ağrının azalması ile ilişkilendirilebilmektedir. Omuz artroskopisi cerrahisi sonrası rehabilitasyon programları immobilizasyon, pasif egzersizler ve aktif egzersizleri içermektedir. Omuz eklemi immobilizasyonu, dejeneratif hastalıkların neden olduğu omuz rahatsızlıklarında, omuz yaralanmaları veya rekonstrüktif cerrahi müdahaleler sonrası postoperatif tedavide gerekli bir bileşendir. Rickert ve arkadaşları (2020)'nin omuz askının aktivite düzeylerine etkisini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada omuz askısı kullanımından önce ve sonra katılımcıların aktivite düzeyleri ölçülmüş ve omuz immobilizasyonundan önceki aktivite düzeylerinin immobilizasyondan sonraya göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır (Rickert ve arkadaşları, 2020).

Hastaların bazı sosyodemografik özellikleri omuz sorunları yaşamalarını etkilemektedir. Literatürde omuz artroskopisi cerrahisi üzerinde yapılan çalışmalarda örneklemi oluşturan hastaların çoğunluğu 40 – 65 yaşları arasındadır ve ilerleyen yaşla birlikte ameliyat sonrası dönemde iyileşme oranlarının düştüğü çalışmalarda gösterilmiştir (Han Oh ve diğerleri, 2009; Su Cho ve Girl Rhee, 2009; Christian, Gibbs, Nicolay, Selley ve Saltzman, 2019). Literatüre paralel olarak, çalışmamızda 45 yaş üzeri olanların ameliyat öncesi DASH ve DASH iş modeli ölçümü 18-45 yaşındakilere göre ve 45-65 yaşındakilerin 6.hafta ve 12.hafta DASH ölçümleri 18-45 yaşındakilere göre daha anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Yaptığımız gözlemler ve literatür, orta yaş grubunda ve yaşlı bireylerde ameliyat sonrası daha çok sorun yaşamamanın ilerleyen yaş ile birlikte ortaya çıkan kas gücünde ve esnekliğinde azalma, kronik hastalıklarda artış, kas iskelet sisteminde denge ve dayanıklılık kaybı gibi değişimlerden kaynaklanabileceğini ortaya koymaktadır (Dewit ve Kumagai, 2013).

Hastaların çalışma durumları ile omuz sorunları arasındaki ilişkiyi incelediğimizde, çalışmamızda ameliyat öncesi DASH anketi puanı çalışmayan hastalarda çalışanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). DASH iş modeli bölümü ise tüm zamanlarda çalışan hastalarda daha yüksek bulunmuştur. Bu ortalama puan farklılıklarının çalışmayan hastaların ameliyat öncesi dönemde evde aktif olarak omuz hareketleri gerektiren ev işlerini yapmasıyla sorunlarının arttığı ve çalışan hastaların ise ameliyat öncesi omuz sorunlarına bağlı olarak iş verimliliğinde

azalma ve ameliyat sonrası işe geri dönüş problemlerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatürü incelediğimizde Page ve arkadaşları (2018)'nin yaptığı 409 çalışmayı dahil eden bir meta analiz çalışmasında omuz sorunları olan hastaların farklı ağrı sebepleri bulunmasına karşın ağrıya bağlı uyku problemleri, giyinme, banyo yapma gibi günlük yaşam aktivitelerinde bozulmalar, çalışma ve kazanç sağlama aktivitelerinde ve iş gücünde azalmanın hastaların ortak olarak yaşadığı sorunlar olarak açıklanmıştır

Çalışmamızda kadın cinsiyetin ameliyat öncesi DASH ve DASH iş modeli ölçümleri erkeklere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Literatürde kadınlarda omuz ağrısı ile karşılaşılma sıklığının erkeklere göre daha yüksek bulunduğu çalışmalara rastlanabilmektedir (Staker ve diğerleri, 2009). Bulgularda bulunmamakla birlikte, kadın cinsiyetin %59,6'sı ev hanımı olup, bu durum çalışmayan hasta grubunun aktif omuz hareketleri gerektiren ev işlerinden dolayı daha çok sorun yaşayabileceği düşüncesini pekiştirmektedir.

Sosyodemografik özelliklerden biri olan eğitim durumu bireyin sağlık okur yazarlığını doğrudan etkileyen önemli bir unsurdur. Çalışmamızda ilköğretim mezunu olanların ameliyat öncesi DASH ölçümü ve tüm zamanlardaki DASH iş modeli ölçümü diğerlerine göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu yüksekliğin, eğitim seviyesinin hastalıkla ilgili bilinçli davranışlarda bulunmayı etkileyeceği için oluştuğunu düşündürektedir.

Çalışmamızda hastaların vücut kitle indeksi ortalaması $27,09\pm4,90$ olup, %37,5'i omuz rahatsızlığı dışında kronik hastalığa sahiptir. Literatüre göre ilerleyen yaş, sigara kullanımı, diyabetes mellitus, hipertansiyon, yüksek BKİ, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, obstrüktif uyku apnesi ve genel anestezi uygulamaları omuz artroskopisi cerrahisi sonrası yaşanan sorunları, komplikasyon oranını ve hastaneye geri yatış riskini arttırmaktadır (Hill ve arkadaşları, 2017; Christian, Gibbs, Nicolay, Selley ve Saltzman, 2018). Çalışmamızda kronik hastalığı olan hastaların ameliyat öncesi DASH anketi puanları kronik hastalığı olmayan hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışmamızda literatürü destekleyecek şekilde BKİ ortalaması obez sınıfında olan hastalarda tüm

zamanlarda DASH anketi puanı normal kilolulara göre daha yüksek olup bu yükseklik ameliyat öncesi dönemde anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Ameliyat sonrası dönemde geri yatışların sebebi genellikle komplikasyon gelişme durumlarıdır. Omuz artroskopisi cerrahisi sırasında ve sonrasında sinir yaralanmaları nörolojik olaylar, enfeksiyon, derin ven trombozu ve pulmoner emboli gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir. Omuz artroskopisi cerrahisi sonrası gelişen bu komplikasyonların görülme oranları düşük olmakla birlikte hastaların iyileşme sürecini ve yaşam kalitelerini oldukça olumsuz etkilemektedir. (Rubenstein, Pean ve Colvin, 2017; Özer, Öztürk, Bölükbaşı ve Kanatlı, 2020). Literatüre benzer olarak bizim çalışmamızda da %3,4 oranıyla hastaların çok azında ameliyat sonrası enfeksiyon komplikasyonu geliştiği görülmüştür.

Ameliyat sonrası hastaların yaşayacakları sorunları ve komplikasyonları en aza indirmek, hastaların yaşam kalitesini arttırmak amacıyla hemşireler, klinik ve poliklinik ortamlarında hastaları gözlemlemeli, bakım ihtiyaçlarını saptamalı, omuz artroskopisine yönelik ameliyat kararının verildiği andan itibaren eğitim ve danışmanlık vermelidirler. Jones ve arkadaşları (2011)'nin omuz artroskopisi öncesi ve sonrası erken dönemde hemşireler tarafından telefonla danışmanlık verilmesinin hasta çıktıları üzerine etkilerini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada hastalar çalışmamızda en yüksek oranda sorunların yaşandığı birinci haftaya kadar takip edilmesine rağmen telefonla hemşire izlemi yapılan hastalarda sorun yaşama oranları anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur (Jones, Duffy ve Flanagan, 2011). Mevcut bakım protokollerine katkı sağlayan ve geliştirmeyi amaçlayan ERAS protokolleri ortopedi hastaları için hemşire kontrolünde yapılabilecek girişimler olan ameliyat öncesi dönemde eğitim, metabolik dengenin sağlanması ve ameliyat sonrası erken mobilizasyonu, devamlı pasif egzersizleri önermektedir. Ameliyat öncesi ve sonrası hasta eğitimleri ile ameliyat sonrası telefonla izlemlerin önemi literatürde sıklıkla vurgulanmakla birlikte, ülkemizde hemşirelerin aktif rol aldığı hasta takibine yönelik bir düzenleme bulunmamaktadır. Bu bağlamda, Ortopedi ve travmatoloji polikliniklerinde görev yapan hemşirelerin ortopedik cerrahi girişimlerin planlandığı hastaları ve yakınlarını ameliyatlara hazırlamaları, ameliyat sonrası dönemde telefonla izlemeleri, eğitim ve danışmanlık yapmaları hastaların evde yaşadıkları sorunların azalmasında ve baş etme gücünün artmasında etkili

olacaktır. Bu da ameliyat sayılarının gün geçtikçe artış gösterdiği, ERAS kapsamında hasta yatış sürelerinin kısaldığı, ameliyat öncesi ve sonrası hazırlık süreçlerinin olumsuz etkilendiği Ortopedi ve Travmatoloji Kliniklerinde çalışan meslektaşlarımızın yükünün de zamanla azalmasına yardımcı olacaktır.

Sonuç olarak, çalışmamızda omuz artroskopisi cerrahisi öncesi ve sonrası 1. hafta, 6. hafta ve 12. haftadaki izlemlerinde, omuz artroskopisi cerrahisi geçiren hastaların ameliyat sonrası erken dönemde ameliyat öncesine göre daha çok sorun yaşadığı ve bu sorunların 12. haftaya kadar anlamlı derecede azaldığı ve ameliyat 12. haftada ameliyat öncesinden daha az sorun yaşandığı belirlenmiştir. Literatürde omuz artroskopisi cerrahisi sonrası hastaların yaşadıkları sorunları en aza indirmek, günlük yaşam aktivitelerine katılımını sağlamak ve ameliyat sonrası yaşam kalitelerinin artması için ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası hasta takibinin önemi vurgulanmaktadır (Morderchai ve diğerleri, 2010; Martinez ve diğerleri, 2018; Saier ve diğerleri, 2017). Bu bağlamda ortopedi ve travmatoloji hemşirelerinin ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hastaları poliklinik ve klinik ortamında değerlendirmeleri, ameliyat sonrası eğitim ve danışmanlık vermeleri hastaların

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Omuz artroskopisi cerrahisi geçiren hastaların ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları sorunların değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

6.1.1. Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması $48,41 \pm 16,21$, %53,4'i kadın ve %70,5'i evlidir. Hastaların %61,3'ü ortaokul ve üzeri seviyede eğitim düzeyinde, %59'i çalışmamaktadır. Yine hastaların beden kitle indeksi ortalaması $27,09 \pm 4,90$ olup normalin üzerindedir, %42'inin daha önce ameliyat deneyimi ve %62,5'inin kronik hastalığı bulunmamaktadır.

6.1.2. Araştırmaya katılan hastaların %62,5'inde rotator manşet rüptürü %18,2'sinde bankart lezyonu %10'unda omuz instabilitesi %5,7'sinde slap lezyonları, %2,3'ünde bankart lezyonu ve instabilite, %1,1'inde ise donuk omuz ve rotator manşet rüptürü birlikte vardır. Ameliyat sonrası hastaların %3,4'ünde komplikasyon olarak enfeksiyon gelişmiştir.

6.1.3. Hastaların ameliyat sonrası 1. hafta ameliyat öncesine göre sorun yaşama oranları daha yüksek olup DASH anketi puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

6.1.4. Hastaların ameliyat öncesi dönem DASH anketi puan ortalaması 54,21, ameliyat sonrası 1. hafta 62,07, 6. Hafta 37,76 ve 12. hafta 23,81 olarak bulunmuştur. DASH anketi puan ortalamalarının zamanlar arasındaki bu farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

6.1.5. Hastaların ameliyat öncesi dönem DASH anketi İş Modeli alt boyutunun puan ortalaması 50,78, ameliyat sonrası 1. hafta iş modeli alt boyutu puan ortalaması 57,24, 6. hafta iş modeli alt boyutunun puan ortalaması 39,49 ve 12. hafta iş modeli alt boyutu puan ortalaması 19,32 olarak bulunmuştur. DASH anketi İş Modeli alt

boyutu puan ortalamalarının zamanlar arasındaki bu farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

6.2.Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

6.2.1. Hastaların ameliyat sonrası yaşayabilecekleri sorunlar ve taburculuk sonrası bu sorunların çözümlerine ilişkin ameliyat kararının verildiği andan itibaren eğitim ve danışmanlık verilmesi, telefonla izlemlerin yapılması,

6.2.2. Omuz artroskopisi cerrahisi geçiren hastaların yaşadıkları sorunların belirlendiği daha geniş örnekleme sahip ve izlem süresinin daha uzun olduğu benzer çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Wang C. H., Lin P.C., Lee Y.T., Chuang C.W., Tsay S.L., Chu C.Y. (2011). Using a nurse invented T-Bar device in a rehabilitation program improved the range of motion for rotator cuff repair patients. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 121–128.
2. Walker J. (2014). Shoulder pain: pathogenesis, diagnosis and management. *Nursing Standard*, 28(22), 51-58.
3. Kooienga S.A., Rasmor M. (2016). Shoulder Pain Assessment for the Occupational Health Nurse. *Workplace Health & Safety*, 64(10).
4. Erden S., Güler Demir S., Kanatlı U., Danacı F., Carboğa B. (2017). The effect of standard pain assessment on pain and analgesic consumption amount in patients undergoing arthroscopic shoulder surgery. *Applied Nursing Research*, 33,121–126.
5. Xu S., Baker D.K., Woods J.C., Brabston E.W., Ponce B.A. (2016). Risk Factors for Early Readmission After Anatomical or Reverse Total Shoulder Arthroplasty. *The American Journal of Orthopedics*, 45(6),386-392.
6. Martinez-Rico S., Lizaur-Utrilla A., Sebastia-Forcada E., Vizcaya-Moreno M.F.,Juan-Herrero J. (2018). The Impact of a Phone Assistance Nursing Program on Adherence to Home Exercises and Final Outcomes in Patients Who Underwent Shoulder Instability Surgery. *Orthopaedic Nursing*, 37(6),372-378.
7. Wong S.E., Colley A.K., Pitcher A.A., Zhang A.L., Benjamin C., Feeley B.T. (2018). Mental health, preoperative disability, and postoperative outcomes in patients undergoing shoulder arthroplasty. *Journal of Shoulder Elbow Surgery*, 27, 1580–1587.
8. Gözil R., Bahçelioğlu M., Kanatlı U. (2020). *Omuz hastalıkları ve artroskopisi*. (Kanatlı U. (Editör)), İzmir: US Akademi, 9-23.
9. Randelli P., Castagna A., Cabitza F., Cabitza P., Arrigoni P., Denti M. (2010). Infectious and thromboembolic complications of arthroscopic shoulder surgery. *Journal Of Shoulder Elbow Surgery*, 19, 97-101.
10. Marecek G.S., Salyzman M. (2010). Complications in Shoulder Arthroscopy. *Orthopedics*, 33(7),492-497.
11. Moen T.C., Rudolph G., Caswell K., Espinoza C., Burkhead W., Krishnan S. (2014). Complications of Shoulder Arthroscopy, *The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 22, 410-419.
12. Landy D., Boyadjiyan H., Shi L., Lee M. (2019). General health measures in shoulder surgery: are we powered for success?. *Journal Of Shoulder Elbow surgery*, 28,1341-1346.
13. Brown F.M. (2008). Nursing Care After a Shoulder Arthroplasty. *Orthopaedic Nursing*, 27(1)3-9.
14. Düger T., Yakut E., Öksüz Ç., Yörükkan S., Bigütay B., Ayhan Ç., Leblebicioğlu G., Kayıhan H., Kırdı N., Yakut Y., Güler Ç. (2006). Kol Omuz ve El Sorunları Anketi Türkçe Uyarlamasının Güvenirliği ve Geçerliliği. *Fizyoterapi Rehabilitasyon*,17(3),99-107.

15. Kaya D., Doral M.N. (2013). Omuz artroskopik cerrahi sonrası kanıta dayalı fizyoterapi ve rehabilitasyon. *TOTBİD Dergisi*, 12,385–389.
16. Cesi B., Akel B., Öksüz Ç. (2017). Üst Ekstremitte Yaralanması Olan Bireylerde Kol, Omuz ve El Sorunları Anketi (DASH) İle Lawton Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 5(3), 189-196.
17. Kılınçoğlu V., Mert A. (2019). Omuz kuşağı ve humerus diyafiz kırıkları. *TOTBİD Dergisi*,18,340–349.
18. Kayalar M., Toros T., Bal E., Özaksar K., Gürbüz Y., Ademoğlu Y. (2009). Proksimal humerus kırıklarında perkütan tespit için hasta seçiminin önemi. *Acta Orthopaedica Et Traumatologica Turcica*, 43(1),35-41.
19. Çetinkaya M., Özer M., Ataoğlu M.B. (2015). *Omuz Lezyonları Açık ve Artroskopik Tedavisi*. Ankara: Derman Tıbbi Yayıncılık,726-741.
20. Bayram E., Ertürk A.K., Yıldırım C., Atlıhan D., Çetinus M.E., Yılmaz M. (2018). Omuz İstabilite Cerrahisinin Kısa Dönem Sonuçları. *Medical Bulletin of Haseki*, 56,147-52.
21. Kanat C. (2019). *Rotator Manşet Onarımı Yapılan Hastalarda Video Destekli Eğitimin Üst Ekstremitte Sorunları ve İşlevlerine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Mersin.
22. Erdoğan Z., Güler Demir S., Danacı F., Çarboğa B., Kanatlı U., Kesici F. (2019). Ters Omuz Artroplastisi Uygulanan Hastanın Tedavi Ve Bakimında Multidisipliner Yaklaşım: Olgu Sunumu. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1),51- 61.
23. Gürbüz H. (2008). Medikal ve cerrahi uygulamalarla ilgili pratik bilgiler: Omuz Artroplastisi. *Türk Aile Hekimleri Dergisi*, 12(2),108-109.
24. Arkun R., Ergen F.B. (2014). Omuz MRG: Normal Anatomi ve Teknik Özellikler. *Türk Radyoloji Seminerleri*, 2(1),1-15.
25. Çetinkaya E., Gül M., Özcefer R., Yavuz U., Lapçin O., Özkan B., Kabukçuoğlu Y. (2018). Sentetik Polyester Ligament ile Akromioklavikuler Eklem Çıkığı Tedavisi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14, 183-9.
26. Özturan K.E., Yücel İ., Çakıcı H., İpek S., Karaduman O. (2009). Subakromial Sıkışma Sendromunda Açık Anterior Akromioplasti Sonuçlarımız. *Fırat Tıp Dergisi*, 14(4), 264-267.
27. Namdari S., Yagnig G., Ebaugh D., Nagda S., Ramsey M.L., Williams G.R., Metha S. (2012). Defining functional shoulder range of motion for activities of daily living. *Journal Of Shoulder Elbow Surgery*, 21, 1177-1183.
28. Ergöz E., (2005). *Omuz Rotator Manşet Parsiyel Ruptürlü Hastalarda Fizik Tedavi Ve Subakromiyal Aralığa Kortikosteroid Enjeksiyonu Etkinliğinin Karşılaştırılması*. Uzmanlık Tezi. İstanbul.
29. Ersoy M., Gümüşburun E. (2010). *Şekillerle Desteklenmiş Anatomi* , Ankara, Pelikan Yayınevi, 1–85.
30. Thomas B., Fu F.H., Muller B., Vyas D., Niesen M., Pribaz J., Draenert K. (2016). *Schwartz Cerrahinin İlkeleri*, Ankara, Güneş Tıp Kitapevleri, 1765-1767.

31. Umar M., Qadir I., Azam M. (2012). Subacromial impingement syndrome, *Orthopedic Reviews*, 4(18).
32. Özsoy M.H., Fakioğlu O., Aydoğan N.H. (2013). Subakromiyal sıkışma sendromu. *TOTBİD Dergisi*, 340–352.
33. Greenfield B.H. (2012). *Impingement Syndrome and Impingement-Related Instability*, Elsevier.185-204.
34. Consigliere P., Haddo O., Levy O., Sforza G. (2018). Subacromial impingement syndrome: management challenges. *Orthopedic Research and Reviews*, 10,83–91.
35. Bayram E., Ertürk A.K., Yıldırım C., Atlıhan D., Çetinus M.E., Yılmaz M. (2018). *The Medical Bulletin Of Haseki*, 56,147-52.
36. Karahan M. (2013). Anterior omuz instabilitesi: Akut ilk çıkık. *TOTBİD Dergisi*, 12,309–312.
37. Ergen F.B. (2014). Omuz İnstabilitesi. *Türk Radyoloji Semineri*, 2, 44-52.
38. Baykal Y.B. (2013). Donuk/donmuş omuz. *TOTBİD Dergisi*, 46,379–384.
39. Çelik D. (2017). Donuk Omuz ve Rehabilitasyonu. *Türkiye Klinikleri Journal Physiother Rehabil-Special Topics*, 3(1), 25-29.
40. Chester R., Shepstone L., Daniell H., Sweeting D., Lewis J., Jerosch-Herold C. (2013). Predicting response to physiotherapy treatment for musculoskeletal shoulder pain: a systematic review, *BMC Musculoskeletal Disorders*, 14(203).
41. Awotidebe A., Inglis-Jassiem G., Young T. (2015). Low-level laser therapy and exercise for patients with shoulder disorders in physiotherapy practice (a systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 4,60.
42. Köse G., Güler Demir S. (2019) *Cerrahi Hemşireliği*, (Karadağ M., Bulut H. (Editör)), Ankara: Vize Yayıncılık, 221-283.
43. Dal, Ü., Bulut, H., Demir, S.G. (2012). *Cerrahi girişim sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar*. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 8(1), 34-40.
44. Erden S. (2019). *Cerrahi Hemşireliği*, (Karadağ M., Bulut H. (Editör)), Ankara: Vize Yayıncılık,123-153.
45. Cesur S. (2015). *Cerrahi Hastalarında Ameliyat Öncesi Anksiyetenin Ameliyat Sonrası Ağrı Üzerindeki Etkileri*, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 75-80.
46. Clarke S., Santy-Tomlinson. *Orthopaedic and trauma nursing: An evidence-based approach to musculoskeletal care*, Wiley Publishers, 2014, 168-184.
47. Akhtar A., MacFarlane R., Waseem M. (2013). Pre-Operative Assessment and Post-Operative Care in Elective Shoulder Surgery. *The Open Orthopaedics Journal*, 7(3), 316-322.
48. Karadağ Arlı Ş. (2017).Ameliyat Öncesi Anksiyetenin APAIS ve STAI-I Ölçekleri İle Değerlendirilmesi, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(3),38-4.

49. Erdil F., Özhan Elbaş N. (2008). *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*. Ankara, 125-140.
50. Dewit S.C., Kumagai C.K. (2014). *Medical-Surgical Nursing*. Elsevier Health Sciences, 716-764.
51. Kesikburun S., Yaşar E., Aras B., Kelle B., Yılmaz B. (2017). Rotator manşon tendinopatisine bağlı hemiplejik omuz ağrısında proloterapinin etkinliği: pilot çalışma. *Cukurova Medical Journal*, 42(1), 13-18.
52. Smeltzer S.C., Bare B.G., Hinkle J., Cheever K. (2010). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-surgical Nursing*, Lippincott Williams & Wilkins, 2021-2028.
53. Erden S., Güler Demir S., Kanatlı U., Danacı F., Carboğa B. (2017). The effect of standard pain assessment on pain and analgesic consumption amount in patients undergoing arthroscopic shoulder surgery. *Applied Nursing Research*, 33,121–126.
54. Kaya D., Doral M.N., (2013). Omuz artroskopik cerrahi sonrası kanıta dayalı fizyoterapi ve rehabilitasyon. *TOTBİD Dergisi*, 12, 385–389.
55. Yıldırım M. (2013). *İnsan Anatomisi*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 20-35.
56. Salles J.I., Velasques B., Cossich V., Nicoliche E., Ribeiro P., Amaral M.V., Motta G. (2015). Strength Training and Shoulder Proprioception. *Journal of Athletic Training*, 50(3), 277–280.
57. Kibar S., Yavuz F., Balaban B. (2020). *Omuz Artroskopisi*, (Kanatlı U. (Editör)), Ankara: Us Akademi, 71-81.
58. Ada A.M. (2014). Spor Hekimliğinde İntraartiküler ve Lokal Enjeksiyon Uygulamaları. *Spor Hekimliği Dergisi*, 49, 21-32.
59. Iqbal S., Jacobs U., Akhtar A., Macfarlane R.J., Waseem M. (2013). A History of Shoulder Surgery. *The Open Orthopaedics Journal*, 7,305-309.
60. Elkousy H., Edwards T.B. (2019). Gartsman's Shoulder Arthroscopy, Elsevier. 333-341.
61. Başar S., Hazar Kanık Z. (2020). *Omuz Artroskopisi*, (Kanatlı U.(Editör)), Ankara: Us Akademi, 143-157.
62. Özer M., Öztürk B.Y., Bölükbaşı S., Kanatlı U. (2020). Omuz Artroskopisi. (Kanatlı U.(Editör)), Ankara: Us Akademi, 487-497.
63. Noud P.H., Esch J. (2013). Complications of Arthroscopic Shoulder Surgery. *Sports Medicine Arthroscopy Review* ,21(2).
64. Rubenstein W. J., Pean C. A., Colvin A. C. (2017). Shoulder Arthroscopy in Adults 60 or Older: Risk Factors That Correlate With Postoperative Complications in the First 30 Days. *The Journal of Arthroscopic & Related Surgery*, 33(1), 49–54.
65. Hill J.R., Mcknight B., Pannell W.C., Heckmann N., Sivasundaram L., Mostofi A., Omid R., Hatch G. (2017). Risk Factors for 30-Day Readmission Following Shoulder Arthroscopy. *The Journal of Arthroscopic and Related Surgery*, 33(1), 55-61.

66. Şahin E., Baydar M., El Ö., Söylev G., Akpınar B., Şenocak Ö., Peker Ö. (2012). İnmeli Hastalarda Omuz Askısının Statik Dengeye Etkisi, *Journal of Neurological Sciences*, 29(3),458-466.
67. Shoulder Arthroscopy: Recovering at home, *Intermountain Healthcare*, URL: <https://intermountainhealthcare.org/ckr-ext/Dcmnt?ncid=521090453> . Son Erişim Tarihi: 19.01.2020.
68. Ertürk C., Yıldırım B., Diril S.K. (2018) Ortopedi ve Travmatolojide Ameliyat Sonrası Geliştirilmiş İyileşme (ERAS). *İKSST Dergisi*, 10,41-47.
69. Taşocak G., Şenyuva E. (2007). Hemşirelerin hasta eğitim etkinlikleri ve hasta eğitim süreci. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 15(59), 100-106.
70. Çam R., Salık Asar A. (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.
71. Soyer Ö., Candan Dönmez Y., Yavuz M., V. Giersbergen (2018). Ameliyat Olan Hastaların Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* , 11(3),200-208.
72. Erdoğan Z., Güler Demir S., Çırak B. (2020). *Omuz Artroskopisi*, (Kanatlı U. (Editör)), Ankara: Us Akademi, 519-525.
73. Walton J. R., Murrell G. A. C. (2012). A two-year clinical outcomes study of 400 patients, comparing open surgery and arthroscopy for rotator cuff repair. *Bone & Joint Research*,1(9).
74. Chunk SW., Park JS., Kim S.H., Shin SH. Oh J.H. (2012). Quality of Life After Arthroscopic Rotator Cuff Repair. *The American Journal of Sports Medicine*,40(3).
75. Dattani R., RamasamyV. , Parker R., Patel V. R. (2013). Improvement in quality of life after arthroscopic capsular release for contracture of the shoulder. *Bone Joint Journal*, 95(6).
76. Shoulder Joint Focus: The Shoulder. *Gophysio*, URL: <https://gophysiotherapy.co.uk/joint-focus-shoulder/> . Son Erişim Tarihi: 7.12.2020.
77. Agarwal, C. A Review and Assessment of Land-Use Change Models Dynamics of Space, Time, and Human Choice. Cipece.URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fhero.geog.psu.edu%2Farchives%2FAgarwalEtALInPress.pdf&date=2014-03-17>, Son Erişim Tarihi: 17.03.2014.
78. Cancienne J.M., Brockmeier S.F., Carson E.W., Werner B.C. (2018). Risk Factors for Infection After Shoulder Arthroscopy in a Large Medicare Population, *The American Journal of Sports Medicine*, 46(4),809–814.
79. Martin C.T., Gao Y., Pugely A.J., Wolf B.R., (2013). 30-day morbidity and mortality after elective shoulder arthroscopy: a review of 9410 cases *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*, 22, 1667-1675.
80. Strube P., Schöpe T., Hölzl A., Brodt S., Matziolis G., Zippelius T.K.(2019). Influence of Anxiety and Depression, Self-Rated Return-to-Work Problems, and Unemployment

- on the Outcome of Outpatient Rehabilitation After Shoulder Arthroscopy, *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 98(12).
81. Heyer J.H., Perim D.A., Amdur R.L., Pandarinath R. (2019). Impact of smoking on outcomes following knee and shoulder arthroscopy, *European Journal of Orthopaedic Surgery & Traumatology*, 30:329–336
 82. Page M.J., Huang H., Verhagen A.P., Gagnier J.J., Buchbinder R. (2018). Outcome Reporting in Randomized Trials for Shoulder Disorders: Literature Review to Inform the Development of a Core Outcome Set, *Arthritis Care & Research Journal*, 70(2),252-259.
 83. Oh J.H., Kim S.H., Ji H.M., Jo K.H., Bin S.W., Gong H.D. (2009). Prognostic Factors Affecting Anatomic Outcome of Rotator Cuff Repair and Correlation With Functional Outcome, *The Journal of Arthroscopic and Related Surgery*, 25(1), 30-39.
 84. Cho N.S., Rhee Y.G.(2009). The Factors Affecting the Clinical Outcome and Integrity of Arthroscopically Repaired Rotator Cuff Tears of the Shoulder. *Clinics in Orthopedic Surgery*, 1(2), 96-104.
 85. Christian R.A., Gibbs D.B., Nicolay R.W., Selley R.S., Saltzman M.D. (2019). Risk factors for admission after shoulder arthroscopy, *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*, 28, 882–887
 86. Thigpen C.A., Shaffer M.A., Gaunt B.W., Leggin B.G., Williams G.R., Wilcox R.B.(2016). The American Society of Shoulder and Elbow Therapists' consensus statement on rehabilitation following arthroscopic rotator cuff repair, *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*, 25,521-535.
 87. Rickert C., Grabowski M., Gosheger G., Schorn D., Schneider K.N., Klingebiel S., Liem D. (2020). How shoulder immobilization influences daily physical activity – an accelerometer based preliminary study, *BMC Musculoskeletal Disorders Journal*, 21(126).
 88. Hasan S., Chay E., Atanda A., McGee A.W., Jazrawi L.M., Zuckerman J.D. (2015). *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*, 24, 273-279.
 89. Paulsen F. ve Waschke J. (2010) Sobotta Atlas Of Human Anatomy. Philadelphia. Elsevier Inc., p.149.
 90. After your shoulder surgery, *Interior Healt*, URL: <https://www.interiorhealth.ca/Forms/828507.pdf> /. Son erişim tarihi: 29.06.2021.
 91. Bohsali K.I., Bois A.J., Wirth M.A.(2017). Complications of Shoulder Arthroplasty, 99, 256-69.
 92. Tashjian R.Z., Bradley M.P, Rey S.T., Henn R.F., Green A., (2007). Factors influencing patient satisfaction after rotator cuff repair, *Journals Of Shoulder Elbow Surgery*, 16(6),752-758.
 93. Saier T., Plath J.E., Waibel S., Minzlaff P., Feucht M.J., Herschbach P., Imhoff A.B., Braun S., (2017). How Satisfied Are Patients with Arthroscopic Bankart Repair? A 2-Year Follow-up on Quality of Life Outcome, 33(10),1777-1785.

94. Cho C.H., Jung S.W., Park J., Song K., Yu K., (2013), Is shoulder pain for three months or longer correlated with depression, anxiety, and sleep disturbance?, *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*, 22, 222-228.
95. Morderchai B.B., Herman A., Kerzman H., Irony A. (2010). Structured discharge education improves early outcome in orthopedic patients, *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 14, 66–74.
96. Stiglitz Y., Gosselinb O., Sedaghatiana J., Sirveauxa F., Moléa D.(2011). Pain after shoulder arthroscopy: A prospective study on 231 cases, *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, 97(3), 260-266.
97. Huri G., Karagüven D., Ziroğlu N., Doral M.N.(2017). Glenoid (Rim ve Fossa) Kırıkları, 10(3):232-7.
98. Dernek B., Aydın T., Kesikbaş F.N., Aksoy C. (2019). Omuz Hastalıkları ve Tedavisi, *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 11 (2), 61-62.
99. Shin J.J., Popchak A.J., Musahl V., Irrgang J.J., Lin A. (2018). Research Article Complications After Arthroscopic Shoulder Surgery: A Review of the American Board of Orthopaedic Surgery Database, *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 2(12).
100. Berberoğlu N., Çalış M. (2007). Subakromiyal Sıkışma Sendromunda Demografik Özellikler, *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(3), 159-163.
101. Dewit S.C. ve Kumagai C.K.(2013).Medical surgical nursing,Elsevier,716-720.
102. Jones D.,Duffy M.,Flanagen J.(2011).Randomized Clinical Trial Testing Efficacy of a Nurse-Coached Intervention in Arthroscopy Patients, *Nursing Research*,2011,60(2).
103. Staker L.M., Sullivan P.B., Smith A.J., Perry M.C.(2009). Relationships between prolonged neck/shoulder pain and sittingspinal posture in male and female adolescents, *Manual Therapy*, 14, 321-329.





EK-1. Tanıtıcı Özellikler Formu

Anket No:

Hasta Bilgi Formu

I.Bölüm. Tanıtıcı Özellikler

1. İletişim Bilgileri:

-Hastanın Adı Soyadı:

Ev Tel: Cep Tel:

-Ulaşılabilecek Bir Yakınının:

Adı Soyadı:

Yakınlık Derecesi:

Cep Tel:

Hastanın;

2.Yaşı:

3.Cinsiyeti: ☐ Kadın ☐ Erkek4. Medeni durumu: ☐ Evli ☐ Bekâr5. Eğitim durumu: ☐ Okuryazar değil ☐ Okuryazar ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite6.Yaşadığı yer: ☐ İl ☐ İlçe ☐ Kasaba ☐ Köy7.Gelir düzeyi: ☐ Geliri giderden az ☐ Geliri giderden denk ☐ Geliri giderden fazla8.Birlikte yaşadığı kişiler: ☐ Yok ☐ Var; Açıklayınız:9.Sosyal güvencesi: ☐ Var ☐ Yok10.Çalışma durumu: ☐ Evet; Mesleğiniz: ☐ Hayır

11.Boy: cm Kilosu:..... Beden Kitle İndeksi:

12. Sigara içme durumu: ☐ Evet ☐ Hayır13. Alkol tüketme durumu: ☐ Evet ☐ Hayır

II. Bölüm - Klinik Özellikler

14. Hastaneye yatış tarihi: Ameliyat tarihi: Taburculuk tarihi:

15. Omuz rahatsızlığı dışında kronik bir hastalığın varlığı:

☐ Evet; Açıklayınız:☐ Hayır

16. Daha önce ameliyat olma durumu:

☐ Evet; Geçirdiğiniz ameliyat(lar) ve yıl (lar)ı☐ Hayır

17. Omuz rahatsızlığınız ile ilgili şikayetleriniz ve süresi:

18. Omuz artroskopisi ameliyatı olma neden(ler)i: ☐ Bankart lezyonu ☐ Slap lezyonu☐ Rotator manşet rüptürü ☐ Omuz instabilitesi ☐ Diğer; Belirtiniz:19. Günlük yaşamınızda baskın olarak kullandığınız kol: ☐ Sol kol ☐ Sağ kol20. Ameliyat olan taraf: ☐ Sol omuz ☐ Sağ omuz21. Anestezi tipi: ☐ Genel anestezi ☐ Aksiller blok ☐ Genel anestezi ve aksiller blok☐ Diğer:

22. Ameliyat sırasında komplikasyon gelişme durumu:

☐ Evet; Açıklayınız:☐ Hayır

23. Ameliyat sonrası komplikasyon gelişme durumu

☐ Evet; Açıklayınız:☐ Hayır

EK-2. Kol, Omuz ve El Sorunları Anketi (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand- DASH)

Kol, Omuz ve El Sorunları Anketi (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand - DASH)

Lütfen son bir hafta içindeki aşağıdaki etkinlikleri yapma yeteneğinizi uygun cevabın altındaki numarayı daire içine alarak sıralayınız.

	Zorluk yok	Hafif derecede zorluk	Orta derecede zorluk	Aşırı zorluk	Hiç yapamama
1-Sıkı kapatılmış ya da yeni bir kavanozu açmak	1	2	3	4	5
2-Yazı yazmak	1	2	3	4	5
3-Anahtarı çevirmek	1	2	3	4	5
4-Yemek hazırlamak	1	2	3	4	5
5-Zor açılan bir kapıyı iterek açmak	1	2	3	4	5
6-Yukarıdaki bir rafa bir şey yerleştirmek	1	2	3	4	5
7-Ağır ev işi yapmak (duvar silmek, yer silmek, tamirat yapmak vs.)	1	2	3	4	5
8-Bağ bahçe işleri yapmak, odun kesmek	1	2	3	4	5
9-Yatak yapmak	1	2	3	4	5
10-Alışveriş çantası veya evrak çantası taşımak	1	2	3	4	5
11-Ağır bir cismi taşımak (4,5 kg'dan fazla)	1	2	3	4	5
12-Yukarıdaki bir ampülü değiştirmek	1	2	3	4	5
13-Saçları yıkamak veya kurulamak	1	2	3	4	5
14-Sırtını yıkamak	1	2	3	4	5
15-Kazak giymek	1	2	3	4	5
16Yiyecekleri kesmek için bıçak kullanmak	1	2	3	4	5
17-Az çaba gerektiren eğlencili işler (iskambil oynamak, örgü örmek)	1	2	3	4	5
18-Kolunuzdan, omzunuzdan veya elinizden güç aldığınız veya darba vurduğunuz eğlenceye yönelik etkinlikler (önünüzde yerde bulunan bir konserve kutusu veya küçük bir taşa iki elinizle kavradığınız bir sopayla bir yandan vurmak, tenis oynamak, masa tenisi oynamak)	1	2	3	4	5
19-Kolunuzu serbestçe hareket ettirdiğiniz eğlencili işler (suda taş kaydırmak, meyve taşlama, çelik çomak oynamak)	1	2	3	4	5

EK-2. (devam) Kol, Omuz ve El Sorunları Anketi (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand- DASH)

20-Ulaşım ihtiyaçlarını kendi başına giderebilmek (bir yerden başka bir yere gitmek)	1	2	3	4	5
21-Cinsel faaliyetler	1	2	3	4	5
	Hiç engel yok	Az engel	Orta derecede	Bir hayli	Aşırı
22-Son bir hafta süresince kol omuz ya da el sorununuz aile, arkadaşlar, komşular veya gruplarla normal etkinliklerinize ne ölçüde engel oldu?	1	2	3	4	5
	Hiç kısıtlanmıyordum	Hafif derecede kısıtlanmıyordum	Orta derecede kısıtlanmıyordum	Çok kısıtlı	Bedensel etkinlik yapamıyorum
23-Son hafta süresince kol, omuz ya da el sorununuz nedeniyle işinizde ya da diğer günlük etkinliklerde kısıtlandınız mı?	1	2	3	4	5
	Yok de	Hafif	Orta derece	Bir hayli	Aşırı
24-El, omuz ya da kol ağrınız	1	2	3	4	5
25-Herhangi belirli bir işi yaptığınızda el, omuz ya da kol ağrınız	1	2	3	4	5
26-El, omuz ya da kolunuzdaki karıncalanma (iğnelenme)	1	2	3	4	5
27-El, omuz ya da kolunuzdaki güçsüzlük	1	2	3	4	5
28-El, omuz ya da kolunuzdaki hareket zorluğu	1	2	3	4	5
	Zorluk yok	Hafif derecede zorluk	Orta derecede zorluk	Aşırı zorluk	O kadar zorluk var ki
29-Geçen hafta içinde el, omuz ya da kol ağrınız nedeniyle uyumada ne kadar zorlandınız?	1	2	3	4	5
30-Kol, omuz veya el problemimden dolayı kendimi daha az yeterli, daha az yararlı hissediyor veya kendime daha az güveniyorum.	1	2	3	4	5

EK-2. (devam) Kol, Omuz ve El Sorunları Anketi (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand- DASH)

YÜKSEK PERFORMANS İSTEYEN SPORLAR MÜZİSYENLER

Aşağıdaki sorular kol, omuz veya el sorununuzun müzik aleti çalmanıza, spor yapma veya her ikisine olan etkisi ile ilgilidir. Eğer birden çok spor yapıyor, müzik aleti çalıyorsanız (veya her ikisi de) bu etkinliklerden sizin için en önemli olanı göz önüne alarak cevaplayınız. Lütfen sizin için en önemli olan müzik aleti veya sporu belirtiniz:..... Bir müzik aleti çalmıyor veya spor yapmıyorum (bu bölümü atlayabilirsiniz). Lütfen son hafta içinde fiziksel yeteneğinizi en iyi tanımlayan numarayı yuvarlak içine alınız. Zorluğunuz oldu mu?

	Zorluk yok	Hafif derecede zorluk	Orta derecede zorluk	Aşırı zorluk	Hiç yapamama
1-Spor yaparken veya müzik aleti çalarken her zamanki tekniğinizi kullanmada zorluğunuz oldu mu?	1	2	3	4	5
2-Kolunuz, omzunuz ve el ağrınız nedeniyle müzik aletinizi her zamanki gibi çalmada veya spor yapmada zorluğunuz oldu mu?	1	2	3	4	5
3-Müzik aletinizi istediğiniz kadar iyi çalmada veya spor yapmada zorluğunuz oldu mu?	1	2	3	4	5
4-Her zamanki süre kadar bir müzik aleti çalarken veya spor yaparken zorluğunuz oldu mu?	1	2	3	4	5

İŞ MODELİ

Aşağıdaki sorunlar kolunuz, omuzunuz veya el sorununuzun işinizi yapma yeteneğiniz üzerindeki etkisini sormaktadır. (eğer ev hanımı iseniz soruları ev işlerini soruları ev işlerini düşünerek cevaplayınız.) Lütfen işinizin/mesleğinizin ne olduğunu belirtin:.....

Çalışmıyorum (bu bölümü atlayabilirsiniz).

Lütfen son hafta içinde fiziksel yeteneğinizi en iyi tanımlayan numarayı yuvarlak içine alınız.

	Zorluk yok	Hafif derecede zorluk	Orta derecede zorluk	Aşırı zorluk	Hiç yapamama
1-İşinizi yaparken her zamanki tekniğinizi kullanmada zorluğunuz oldu mu?					
2-Kolunuz, omzunuz veya el ağrınız nedeniyle işinizi her zamanki gibi yapmada zorluğunuz oldu mu?					
3-İşinizi canınızın istediği ölçüde yapmada zorluğunuz oldu mu?					
4-İşinizi her zamanki sürede bitirmede zorluğunuz oldu mu?					

EK-3. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kurum İzinleri

Evrak Tarih ve Sayısı: 14.04.2020-E.49108



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
Gazi Hastanesi Başhekimliği

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 25.03.2020 tarihli ve 14574941-199- 44892 sayılı yazı.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı öğrencisi Büşra ÇIRAK' ın, Doç. Dr. Sevil GÜLER DEMİR danışmanlığında yürüteceği "*Omuz Artroskopisi Cerrahisi Sonrası Hastaların Yaşadıkları Sorunların Değerlendirilmesi*" konulu tez çalışmasını Hastanemizde yapma talebi değerlendirilmiş olup, bölümden alınan cevabi yazı örneği ekte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Ek: 1 sayfa

EK-3. (devam) Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
Başhekimlik Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 09.04.2020-E.48176



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Başkanlığı

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ GAZİ HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 31.03.2020 tarihli ve 42000842-199- 46144 sayılı yazı.

İlgi yazınıza istinaden, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı ,Yüksek Lisans programı öğrencisi Büşra ÇIRAK'ın, Doç. Dr. Sevil GÜLER DEMİR danışmanlığında yürüteceği "Omuz Artroskopisi Cerrahisi Sonrası Hastaların Yaşadıkları Sorunların Değerlendirilmesi" konulu tez önerisi Anabilim Dalımızca uygun görülmüştür. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

EK-4. Gazi Üniversitesi Ölçme ve Değerlendirme Etik Alt Çalışma Grubu Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 12.05.2020-E.54182



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Ölçme Değerlendirme Etik Alt Çalışma Grubu

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 25.03.2020 tarihli ve E.44893 sayılı yazı.

İlgi yazınız ile göndermiş olduğunuz, Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı **Yüksek Lisans Öğrencisi Büşra ÇIRAK'ın, Doç. Dr. Sevil GÜLER DEMİR'in**, danışmanlığında yürüttüğü **"Omuz Artroskopisi Cerrahisi Sonrası Hastaların Yaşadıkları Sorunların Değerlendirilmesi"** adlı tez çalışması ile ilgili konu Kurulumuzun **07.04.2020** tarih ve **04** sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

İlgilinin çalışmasının, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Araştırma Kod No: 2020-214

Ek: 1 Liste

EK-4. (devam) Gazi Üniversitesi Ölçme ve Değerlendirme Etik Alt Çalışma Grubu
Onayı

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME ETİK ALT ÇALIŞMA GRUBU KATILIM LİSTESİ	
TOPLANTI TARİHİ : 07.04.2020	TOPLANTI SAYISI : 04
ADI – SOYADI	İMZA
Prof. Dr. İsmail KARAKAYA Başkan	
Prof.Dr.C.Haluk BODUR	
Prof.Dr.Seçil ÖZKAN	
Prof.Dr.Cevriye TEMEL GENCER	
Prof.Dr.İsmet YÜKSEL	
Prof.Dr.Aymelek GÖNENÇ	
Prof.Dr.Gülray BAYRAMOĞLU	
Prof.Dr.Makbule GEZMEN KARADAĞ	
Doç.Dr.Zehra GÖÇMEN BAYKARA	
Doç.Dr.Nihan KAFA	
Doç.Dr.İlyas OKUR	
Doç.Dr.Kemal ÖZTEMEL	
Doç.Dr.Necdet KARASU	

EK-5. Katılımcılar İçin Bilgilendiriliş Gönüllü Olur Formu

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU FORM-2

Rev-3
19.12.2017

**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ETİK KOMİSYONU**

KATILIMCILAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi, Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan 25.03.2020 tarih / E. 44893 sayı ile izin alınan ve Sevil Güler Demir ve Büşra Çırak tarafından yürütülen "Omuz Artroskopisi Cerrahisi Sonrası Hastaların Yaşadıkları Sorunların Değerlendirilmesi" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacıyla kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

*Gazi Üniversitesi Etik Komisyon izni alındıktan sonra doldurularak kullanılacaktır.

Araştırmanın Amacı	Bu araştırmanın amacı omuz artroskopisi cerrahisi sonrası hastaların yaşadıkları sorunların değerlendirilmesidir.
Araştırmanın Yöntemi	Araştırma, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (GÜSAUM) Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde yapılacaktır. Araştırmanın evrenini, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (GÜSAUM) Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde omuz artroskopisi cerrahisi ameliyatı yapılan hastalar oluşturacaktır. Araştırmanın örneklemine omuz artroskopisi cerrahisi geçiren, algılama gücü ve zihinsel engeli olmayan, Türkçe anlayıp konuşabilen, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden, 18 yaşından büyük 208 hasta alınacaktır. Araştırmadaki veriler, araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanan tanıtıcı özellikler ve klinik özellikler bölümleri bulunan Hasta Bilgi Formu ve Kol, Omuz ve El Sorunları Anketi (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand - DASH) ile ameliyat öncesi dönemde yüzyüze görüşme yöntemi ile ve ameliyat sonrası 3. 6. ve 12. haftalarda telefon ile görüşme yöntemi ile toplanacaktır. Araştırmanın uygulanmasına başlamadan önce GÜSAUM Başhekimliği'nden yazılı izin ve Gazi Üniversitesi Etik Komisyonundan etik onay alınacaktır. Araştırmanın uygulanması aşamasında hastalara araştırmanın amacı açıklanarak sözlü ve yazılı onamları alınacaktır. Araştırmacı, telefon izlemleri için uygun zaman dilimini, hastalarla yüz yüze yaptığı ilk görüşmede hastalarla birlikte belirleyecektir.
Araştırmanın Öngörülen Süresi (Başlama ve Bitiş Tarihi)	01.06.2020- 01.06.2021
Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı	208
Araştırmanın Yapılacağı Yerler	Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (GÜSAUM) Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği
Görüntü ve/veya ses kaydı alınacak mı?	Evet ☐ hayır ☒

Tablo katılımcıların anlayabileceği biçimde, akademik dil kullanılmadan yazılacaktır.

KATILIMCI BEYANI

Yukarıda amacı ve içeriği belirtilen bu araştırma ile ilgili bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde gerek araştırma yürütülürken gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağı konusunda güvence aldım. Bana ait verilerin kullanımına izin veriyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin dikkatle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden çekilebilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana herhangi bir ödeme yapılamayacaktır. Araştırma ile ilgili bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladım

EK-5. Katılımcılar İçin Bilgilendiriliş Gönüllü Olur Formu

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU FORM-2

Rev-3
19.12.2017

bulunmaktayım. Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan kendi bireysel onayım ile katılıyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Araştırma yürütücüsü(Tez çalışmalarında Danışman tarafından imzalanacaktır.)

Adı ve Soyadı	Doç. Dr. Sevil GÜLER DEMİR	Tarih ve İmza
Adres ve telefonu	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü – Ankara	13.03.2020 <i>Sevil Güler</i>

Katılımcı

Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		

Velayet veya Vesayet Altındaki Katılımcılar için Veli/Vasi

Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, Adı : ÇIRAK SAĞDIÇ, Büşra
Uyruğu : T.C.

Eğitim Derecesi Tarihi	Eğitim Birimi	Mezuniyet
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı	Devam ediyor
Lisans	Gazi Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Fakültesi	2018
Lise	80. Yıl Ardahan Anadolu Lisesi	2014

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2019-Devam Ediyor	Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Hastanesi	Hemşire

Yabancı Dil İngilizce

Yayınlar

- Çırak B., Güler Demir S. (2019), Omuz Artroskopisi Cerrahisi Geçiren Hastaların Yaşadıkları Sorunlar ve Hemşirenin Rolü: Üç Olgu Sunumu, 6. Uluslararası ve 17. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 19-21 Aralık 2019, Ankara. (Poster Bildiri)
- Çırak B., Güler Demir S. (2019), Omuz Artroskopisi Cerrahisi Uygulanan Hastanın Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu, 6. Uluslararası ve 17. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 19-21 Aralık 2019, Ankara. (Poster Bildiri)

3. Erdoğan Z., Güler Demir S., Çırak B. (2020). Omuz Artroskopisi, (Kanatlı U. (Editör)), Us Akademi, Ankara.s.519-525.





GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..

