

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

LOMBER DİSK HERNİSİ NEDENİYLE CERRAHİ TEDAVİ
UYGULANAN HASTALARA VERİLEN TABURCULUK
EĞİTİMİNİN ANKSİYETE-DEPRESYON DURUMUNA VE
YAŞANAN SORUNLARA ETKİSİ

Arzu TAT ÇATAL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2017 - ANTALYA

T.C.

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**LOMBER DİSK HERNİSİ NEDENİYLE CERRAHİ
TEDAVİ UYGULANAN HASTALARA VERİLEN
TABURCULUK EĞİTİMİNİN ANKSİYETE-
DEPRESYON DURUMUNA VE YAŞANAN
SORUNLARA ETKİSİ**

Arzu TAT ÇATAL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Fatma CEBECİ

Bu tez Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından desteklenmiştir (Proje No: 742).

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir.”

2017-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 19/06/2017

İmza

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Fatma CEBECİ
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Sebahat GÖZÜM
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. Azize KARAHAN
Başkent Üniversitesi

Üye : Yrd. Doç. Dr. Nilgün AKSOY
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Yrd. Doç. Dr. Emine ÇATAL
Akdeniz Üniversitesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Narin DERİN

Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Arzu TAT ÇATAL

İmza

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Fatma CEBECİ

İmza

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim süresince akademik gelişimime katkı sağlayan, desteğini ve emeğini esirgemeyen, değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Fatma CEBECİ'ye,

Yüksek lisans eğitimim boyunca yardımlarından dolayı Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü personeline,

Çalışmam boyunca bana destek olan nöroşirurji klinik hemşirelerine ve asistanlarına,

Tezimi yürütürken desteğini hep hissettiren Akdeniz Üniversitesi Nöroşirurji Kliniğı Baş Asistanı Araştırma Görevlisi Ahmet Can ÖZAK'a,

Araştırmaya katılmayı kabul eden Lomber Disk Hernisi nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan hastalara,

Eğitim kitapçığındaki fotoğraflarda yer alan emekli Ebe Ayşe IŞIK'a

Tezimin verilerinin değerlendirilmesindeki yardımları ve önerileri için Süleyman Demirel Üniversitesi Orman Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Yılmaz ÇATAL'a

Tüm hayatım boyunca hiçbir fedakarlığı esirgemeyen canım anneme,

Çalışmam boyunca manevi yardım ve desteğini hep hissettiren, sabrını esirgemeyen sevgili eşim Enver ÇATAL'a,

Sonsuz ve en içten teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Amaç: Lomber Disk Hernisi (LDH) nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan hastalara verilen taburculuk eğitiminin anksiyete-depresyon durumuna ve yaşanan sorunlara etkisini incelemektir.

Yöntem: Araştırma, Temmuz 2015-Kasım 2016 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin nöroşirurji kliniğinde müdahale-kontrol gruplu yarı deneysel model kullanılarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini 48 kontrol, 46 müdahale olmak üzere toplam 94 hasta oluşturmuştur. Araştırmada, etik kurul onayı, ölçek ve kurum izinleri ile hastalardan yazılı onam alınmıştır. Veriler, kişisel bilgi formu, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS), Vizüel Analog Skala (VAS) aracılığıyla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Kontrol grubuna klinik rutinler, müdahale grubuna ise geliştirilen, uygunluğu, kalitesi ve güvenilirliği değerlendirilen eğitim kitapçığı ile taburculuk eğitimi uygulanmıştır. SPSS 23 programı kullanılarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Kendal Uyuşum Katsayısı, Cochran's Q testi, varyans analizi (ANOVA), t testi, korelasyon analizi, Mann Whitney U, ki kare testleri ile değerlendirilmiş, $p < 0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmadan elde edilen bulgulara göre, müdahale ve kontrol grubundaki hastaların tanıtıcı özellikler bakımından benzer olduğu görülmüştür. Yatış, taburculuk ve izlemde anksiyete (HADS-A) ve depresyon (HADS-D) puan ortalamalarının, eğitim verilen müdahale grubunda kontrol grubuna göre daha düşük olduğu, farkların istatistiksel olarak da anlamlı olduğu bulunmuştur. Kontrol ve müdahale grubundaki hastaların yatış, taburculuk ve izlemde anksiyete depresyon puanlarındaki azalışın anlamlı olmadığı saptanmıştır. Müdahale grubundaki hastaların taburculukta ve izlemde, kontrol grubuna göre daha az sorun yaşadıkları ve tamamının verilen eğitimden memnun kaldıkları belirlenmiştir.

Sonuç: Eğitim verilen müdahale grubundaki hastaların, taburculukta ve izlemde daha az sorun, anksiyete ve depresyon yaşadıkları belirlenmiştir. Hastanın hastaneye kabulü ile başlayan planlı taburculuk eğitiminin rutine dönüştürülmesi ve geliştirilen eğitim kitapçığının kullanılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Lomber disk hernisi, anksiyete-depresyon, yaşanan sorunlar, taburculuk eğitimi

ABSTRACT

Objective: This study aims to evaluate the effect of discharge training given to the lumbar disk herniation (LDH) surgery patients on the anxiety-depression status and experienced problems.

Method: The study was conducted between July 2015 and November 2016 in a neurosurgery clinic of the university hospital using a quasi-experimental model with intervention and control group. A total of 94 patients (48 controls, 46 interventions) constituted the sample. Ethics committee approval, scale and institutional permission and written consent from the patients were obtained. The data were gathered via personal information form, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Visual Analogue Scale (VAS) by interviewing face-to-face. The patients in the control were received clinical routines, the intervention group patients were given discharge training with the booklet which evaluated for its suitability, quality and reliability for training purposes. The data were assessed with number, percent, mean, standard deviation, Kendall's coefficient of concordance, Cochran's Q test, variance analysis (ANOVA), t test, correlation analysis, Mann Whitney U and chi-square tests using the SPSS 23 program and $p < 0.05$ was accepted as significant.

Results: The study shows that, the patients in the intervention and control group were found to be similar in their descriptive characteristics. The mean scores of anxiety (HADS-A) and depression (HADS-D) at hospitalization, discharge and first follow up in the trained intervention group were found to be lower than that of the control group and the differences were also statistically significant. The decrease in anxiety depression scores at hospitalization, discharge and follow was detected to be insignificant. The patients in the intervention group were found to experience fewer problems at discharge and follow compared to the control group and they were all determined to be satisfied with the training provided.

Conclusion: Trained intervention group patients experienced fewer problems, anxiety and depression at discharge and follow. It may be recommended to routinize the planned discharge training that starts at hospital admission and to use the developed training booklet.

Key words: Lumbar disk herniation, anxiety-depression, experienced problems, discharge training

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar	vi
ŞEKİLLER	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR	viii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Lomber Disk Hernisi ve Epidemiyolojisi	3
2.2. Lomber Disk Hernisinin Fizyopatolojisi	3
2.3. Lomber Disk Hernisinin Belirtileri	4
2.3.1. Lomber Disk Hernisinin Başlıca Yerleşim Yerleri	5
2.4. Lomber Disk Hernisinin Risk Faktörleri	5
2.5. Lomber Disk Hernisinde Kullanılan Tanı Yöntemleri	6
2.5.1. Hasta Öyküsü	6
2.5.2. Fizik Muayene	7
2.5.3. Radyolojik İncelemeler	7
2.6. Lomber Disk Hernisinde Kullanılan Tedavi Yöntemleri	7
2.6.1. Konservatif Tedavi	7
2.6.2. Cerrahi Tedavi	10
2.7. Lomber Disk Hernisinde Hemşirelik Bakımı	12
2.7.1. Cerrahi Öncesinde Hazırlık ve Bakım	12
2.7.2. Cerrahi Sonrasında Bakım	13
2.7.3. Taburculuk Eğitimi	14
2.8. Lomber Disk Hernisinde Anksiyete ve Depresyon	17
3. GEREÇ ve YÖNTEM	20
3.1. Araştırmanın Tipi	20

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	20
3.4. Örneklem Alınma Kriterleri	21
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	21
3.6. Ön Uygulama	21
3.7. Eğitim Kitapçığı Geliştirilmesi	21
3.8. Eğitim Kitapçığının Değerlendirilmesi	23
3.9. Araştırma Planı	26
3.10. Araştırmanın Zorlukları ve Sınırlılıkları	29
3.11. Veri Toplama Araçları	29
3.11.1. Kişisel Bilgi Formu	29
3.11.2. Vizüel Analog Skala (VAS)	30
3.11.3. Hastane Anksiyete Depresyon (HAD) Ölçeği	30
3.12. Verilerin Analizi	30
3.13. Araştırma Etiği	31
4. BULGULAR	32
5. TARTIŞMA	47
5.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Hastalık Durumlarına İlişkin Bilgiler	47
5.2. Hastaların Anksiyete-Depresyon Durumları	49
5.3. Hastaların Ağrı Durumları ve Ağrı ile Anksiyete-Depresyon İlişkisi	52
5.4. Hastaların Erken Dönem Yaşadığı Sorunlar	54
5.5. Hastaların Eğitimden Memnun Olma Durumları ve Bilgi Alma Durumları	57
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	59
6.1. Sonuçlar	59
6.2. Öneriler	61
KAYNAKLAR	62
EKLER	
EK-1. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Alınan Etik Onay belgesi	

EK-2. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği'nden Nöroşirurji Kliniği'nde Araştırmanın Yapılması İçin Alınan İzin Belgesi

EK-3. HAD Ölçeği İzni

EK-4. DISCERN Ölçeği İzni

EK-5. Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirmesi Formu İzni

EK-6. Eğitim Kitapçığında Yer Alan Fotoğraflar İçin Yazılı İzin Belgesi

EK-7. Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi

EK-8. Eğitim Kitapçığının Güvenirlik ve Kalitesinin Ölçülmesi-DISCERN

EK-9. Eğitim Kitapçığının Kalitesinin ve Uygunluğunun Değerlendirilmesinde Görüş ve Öneride Bulunan Uzmanlar

EK-10. Aydınlatılmış Hasta Onam Formu

EK-11. Kişisel Bilgi Formu

EK-12. HAD Ölçeği

EK-13. Ek Tablolar

EK-14. Eğitim Kitapçığı

ÖZGEÇMİŞ

126

TABLolar DİZİNİ

Tablo	Sayfa
3.1. Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi	
Formuna göre eğitim kitapçığının uygunluğunun değerlendirilmesi	24
3.2. Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi	
Ölçeğinin Cochran's Q Testi Sonuçları	25
3.3. Eğitim Kitapçığının Güvenirlik ve Kalitesinin	
Ölçülmesi-DISCERN Kendall W Testi Sonuçları	25
3.4. Eğitim Kitapçığının Güvenirlik ve Kalitesinin	
Ölçülmesi-DISCERN Genel Değerlendirme	25
4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	32
4.2. Hastaların Hastalık Durumuna İlişkin Bilgiler	34
4.3. Hastaların Anksiyete-Depresyon Puan Ortalamalarının	
Dağılımı	36
4.4. Hastaların Anksiyete-Depresyon Puan Ortalamalarının Yatış,	
Taburculuk ve İzlemedeki Farkları	36
4.5. Hastaların Yatış, Taburculuk ve İzlemede Grup İçi ve Gruplar Arası	
VAS Ağrı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	40
4.6. Hastaların VAS Ağrı Puanları İle Anksiyete ve	
Depresyon Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	41
4.7. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Taburculukta	
ve İzlemede Yaşadıkları Sorunların Karşılaştırılması	43
4.8. Müdahale Grubundaki Hastaların Verilen Eğitimden Memnun Olma	
Durumları ve Kontrol Grubundaki Hastaların Bilgi Alma Durumları	46

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa
3.1. Araştırmanın Uygulama Şeması	28
4.1. Hastaların Yatış, Taburculuk ve İzlemede Anksiyete Puan Ortalamaları	37
4.2. Hastaların Yatış, Taburculuk ve İzlemede Depresyon Puan Ortalamaları	37



SİMGELER ve KISALTMALAR

BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DISCERN	: Quality Criteria for Consumer Health Information
DVT	: Derin Ven Trombozu
HAD	: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği
HAD-A	: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Anksiyete Alt Boyutu
HAD-D	: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Depresyon Alt Boyutu
JCAHO	: Sağlık Bakım Organizasyonu Birleşik Güven Komisyonu (Joint Commission Accreditation of Healthcare Organization)
KABG	: Koroner Arter Bypass Greft
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
SPSS	: Statistical Package for The Social Sciences
LDH	: Lomber Disk Hernisi
TENS	: Transkütanöz Elektriksel Sinir Stimülasyonu
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
VAS	: Vizüel Analog Skala

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Lomber disk hernisi (LDH), gövdenin yükünü taşıyan alt lomber omurların yapısının bozulması sonucunda nükleus pulpozusun anulusu dejenere ederek herniasyona ve ağrıya neden olması durumudur (Karadakovan ve Eti Aslan, 2014). LDH nedeniyle alt ekstremiteler olumsuz etkilenmekte ve fiziksel fonksiyon kayıpları nedeni ile günlük yaşam aktiviteleri kısıtlanmaktadır (Greenberg, 2012). LDH bireylerin yaşam kalitesini azaltmakta ve toplumda iş gücü kayıplarına neden olmaktadır (Köçkar ve Uzun, 2007).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2012 verilerine göre; toplumda bel ağrısı, bel fitiği ve diğer bel defektlerinin görülme sıklığı %10.9'dur. Sosyal Güvenlik Kurumu verilerine göre yapılan bir analiz çalışmasında; 2010'da 91.662 omurga ameliyatı yapılırken, bu sayı 2012'de 137.736'ya ulaşmıştır. LDH'li hastaların tedavi yöntemleri arasında olan mikrodiskektomi ve diskektomilerin sayısı ise; 2010 yılında 60.868 iken, 2012 de 82.426'ya ulaşmıştır (Naderi 2014).

LDH'nin tedavi yöntemlerinden biri olan cerrahinin amacı; hastanın ağrısının giderilmesi, sosyal yaşamına geri dönmesinin sağlanması, ekonomik üretkenliğinin devamı ve oluşmuş nörolojik tablonun düzeltilmeye çalışılmasıdır (İplikçioğlu, 2008). Cerrahi yöntemdeki gelişmelere rağmen ameliyat sonrası dönemde bazı komplikasyonlar ortaya çıkabilmekte ve bu sorunlar hastaların ameliyattan yararlanma durumunu azaltabilmektedir. Gelişebilecek komplikasyonlar içerisinde en önemli olanı herniasyonun tekrarlama durumu olup %5-15 oranında görülmektedir (Greenberg, 2012). LDH'nin risk faktörleri dikkate alınarak yapılacak olan eğitimin, herniasyonun tekrar oluşmasının önlenmesinde önemli yeri olduğu bildirilmektedir (Ladeira, 2011). Hastalık nedeniyle iş gücü kayıplarındaki artış bireylerin anksiyete ve depresyon oranlarını arttırmaktadır (Fanian ve ark., 2007). Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası karşılaştıkları durumlarla ilgili bilgi eksikliği de kaygı düzeylerini arttırmaktadır (Çetinkaya ve Karabulut, 2010; Savaş, 2011; Pritchard, 2011). Hasta ve ailesinin aktif katılımları sağlanarak yapılan taburculuk eğitimi hastanın bilgi alma isteğini motive edecek, anksiyete düzeyini düşürecek ve ağrı kontrolünü kolaylaştırarak erken taburculuğu destekleyici olacaktır (Çetinkaya,

2008; Aksoy ve ark., 2012). Bayrak ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları bir çalışmada da taburculuk eğitimi alan ve telefonla izlemleri yapılan hastaların ameliyattan sonraki iki aylık dönemde hastaneye başvuru yapmadığı, tekrarlı yatışlarının olmadığı, ev ve iş yaşamlarına kısa sürede döndükleri ve memnuniyet düzeylerinin arttığı görülmüştür. Yapılan çalışmalarda, preoperatif dönemde bireylere yapılan bilgilendirmenin postoperatif dönemde ağrıyı azalttığı ve hasta memnuniyetini arttırdığı görülmüştür (Bilgin ve ark. 2012; Taşdemir ve ark. 2013). Ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında hastanın yaşayacağı ameliyata ilişkin kaygıların olumsuz etkilerini azaltmak için hasta eğitimlerinin önemli olduğu bilinmektedir (Yıldız 2015). Cerrahi girişim uygulanan hastalara verilen taburculuk eğitimi ve danışmanlık hizmetinin hastaların sorunlarının azaltılmasında (Cebeci ve Şenol, 2008), anksiyete ve depresyonun hafifletilmesinde (Cebeci ve Şenol, 2011) yararlı olduğu gösterilmiştir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı; LDH nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan hastalara verilen taburculuk eğitiminin anksiyete-depresyon durumuna ve yaşanan sorunlara etkisini incelemektir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H-1: LDH nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan hastalara verilen taburculuk eğitimi, hastaların anksiyete puanlarında anlamlı bir fark yaratır.

H-2: LDH nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan hastalara verilen taburculuk eğitimi, hastaların depresyon puanları arasında anlamlı bir fark yaratır.

H-3: LDH nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan hastalara verilen taburculuk eğitimi, taburculuk sonrası yaşanabilecek sorunları azaltır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Lomber Disk Hernisi ve Epidemiyolojisi

Lomber disk hernisi (LDH), gövdenin yükünü taşıyan alt lomber omurların yapısının bozulması sonucunda nükleus pulpozusun anulusu dejenere ederek herniasyona ve ağrıya neden olması durumudur (Karadakovan ve Eti Aslan, 2014). LDH'nde alt ekstremitelerin etkilenmesi sonucu bireylerin ağrı ve fiziksel fonksiyonlarındaki değişiklikler nedeniyle günlük yaşam aktiviteleri kısıtlanır. Bu durum hastalık nedeni ile ortaya çıkan iş gücü kayıplarını arttırır (Greenberg, 2012; Köse ve Hatipoğlu, 2012).

LDH bel ağrılarının en sık nedenidir. Bel ağrısı, bireylerin tıbbi yardım aldıkları sağlık problemleri arasında ikinci sırada yer almakta ve 45 yaş altındaki bireylerde en sık geçici iş göremezlik nedeni olmaktadır (Zileli ve Korfalı, 2010; Greenberg 2012). Bel ağrılarının ömür boyu prevalansı %60-80 arasında olup doktora başvuru nedenlerinde ikinci, yatarak tedavi edilen hastalıklarda beşinci, ameliyat edilen hastalıklar arasında ise üçüncü sırada yer almaktadır (Kutsal ve ark., 2008). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2012 verilerine göre; bel ağrısı, bel fıtığı ve diğer bel defektlerinin toplam görülme sıklığı % 10,9'dur. Naderi (2014)'nin Sosyal Güvenlik Kurumu verilerine göre yaptığı analiz çalışmasında; 2010, 2011, 2012 yıllarında sırasıyla toplam 91.662, 110.520, 137.756 omurga ameliyatı yapılmıştır. Yapılan toplam lomber diskektomi ve mikrodiskektomi sayısı ise; 2010'da 60.868 iken, 2011'de bu sayı 71.397'ye, 2012 yılında ise 82.426'ya ulaşmıştır.

2.2. Lomber Disk Hernisinin Fiziopatolojisi

İntravertebral disk yaklaşık 18 yaşına kadar arteriyel kanla beslenmektedir. 30'lu yaşların başında nükleus pulpozusun tamamı ile annulus fibrozusun periferel kısmının vasküler beslenmesi bozulmaktadır. Nükleus pulpozus annulusu gererek aksiyel yüklerin periferel doğru dağılmasını sağlar. Jelatinöz nükleus pulpozusun su içeriğinin yaşla birlikte azalması intervertebral diskin aksiyel yükleri dağıtma kabiliyetini de azaltır. Bu da ilerleyen fibrozise ve hem annulusun hem de nükleusun kolagen bileşenlerinin değişimine neden olur. Sonuçta bu iki yapı arasındaki sınır, kademeli olarak kaybolur ve annuler fibriller arasında nükleer materyalin geçebileceği geniş fissürler oluşur. Nükleus fibrozus bozulmuş annulusu iterek ya da

oluşan çatlaklardan arkaya doğru çıkararak herniasyonlara ve bunun sonucunda ise rekürren sinirleri etkileyerek lumbalji, sinir köklerini etkileyerek de radikülopatiyeye neden olur. Bu nedenle disk hernisi 40-50'li yaşlarda yoğunluk gösterir (Zileli ve Korfalı, 2010; Zileli ve Özer, 2014).

Lomber disk hernilerinin %90-95'i L4-L5 veya L5-S1 seviyesinde görülür. L3-L4 ve diğer seviyelerde fitikleşme oranı daha düşüktür. Disk hernilerinin en sık alt lomber bölgede görülmesinin nedeni bu bölgenin daha hareketli ve aksiyel yüklerinin daha fazla olmasıdır (Greenberg, 2012; Topçuoğlu ve ark., 2014; Zileli ve Özer, 2014; Hickey, 2014).

2.3. Lomber Disk Hernisinin Belirtileri

LDH'nin en önemli belirtileri, bel ve bacak ağrısı, duysal kayıplar, kauda ekuina sendromudur. En sık yakınma bel ve bacak ağrısıdır (Ay ve Evcik, 2008; Akça ve ark., 2013). Tek başına bel ağrısı ya da bacak ağrısı olabileceği gibi ikisi aynı anda da görülmektedir. Ağrı karakteristik olarak oturmak, dolaşmak, öksürmek, hapşırma ve gerinmek gibi intradiskal basıncı arttıran hareketler ile birlikte artar. Ağrının şiddeti herniasyonun yeri, miktarı ve basınç etkisine bağlıdır. Ağrının normal spinal mekanikleri değişikliğe uğratması nedeniyle postural deformite ortaya çıkar. Hasta birey sırt üstü yattığında ve bacağını düz pozisyonda kaldırmaya çalıştığında ağrı bacağa yayılım gösterir. Bu manevra "düz bacak kaldırma testi" olarak da adlandırılır (Greenberg, 2012; Zileli ve Özer, 2014).

Ağrıya eşlik eden ikinci sıklıktaki şikayet duysal kayıplardır. Sıklıkla fitikleşen bölgenin sinir köküne bası yaptığı alana ve etkilenen seviyeye göre bacak lateralinden, ayak başparmak veya tabanına kadar uyuşma, karıncalanma ya da keçeleşme gibi yakınmalar olabilir. Bazı hastalarda duysal kayıplarla birlikte güçsüzlüğü gösteren yürürken ayağın takılması ya da bileğin içe dönmesi gibi şikayetler de görülür. Tendon reflekslerindeki değişiklikler ise daha nadir görülen durumlardır (Zileli ve Korfalı, 2010; Topçuoğlu ve ark., 2014; Hickey, 2014).

Diğer önemli bir belirtide kauda ekuina sendromudur. Kauda ekuina sendromu semptomatik lomber disk hernilerinin %1-2.4'ünü oluşturur. Barsak veya mesane sorunları, eğer tipi anestezi, rektal tönüste azalma, alt ekstremitede duyu ve motor defisit şeklinde semptom ve bulgular verir. Sfinkter kusuru olan ve perianal duyu

kusuru gelişen hastalarda acil ameliyat gereklidir. Maksimum 48 saate kadar opere edilmeyen olgularda sfinkter kusuru kalıcı olur. Ameliyat sonrası 48 saat içinde olumlu sonuç alınır (Zileli ve Özer, 2014).

2.3.1. Lomber Disk Hernisinin Başlıca Yerleşim Yerleri;

Posterolateral herniasyon: Disk herniasyonları içinde en sık görülür ve mesafeden geçmekte olan sinir köküne basar.

Santral disk herniasyonu: Kanalı ciddi olarak daraltabilir ve kauda ekuina köklerine basarak ciddi sfinkter sorunları yaratabilir.

Far lateral disk herniasyonu: Kanalın dışındaki disk herniasyonu olup mesafeden çıkmakta olan sinir köküne basar (Kutsal ve ark., 2008; Zileli ve Korfalı, 2010).

2.4. Lomber Disk Hernisinin Risk Faktörleri

Vücut ağırlığı ve uzun boy: Mesleki nedenle uygunsuz pozisyonda zorlanma ve dejenerasyona neden olmaktadır. Obezite’de özellikle kadınlarda başlıca risk faktörleri arasındadır. Fizik kondüsyonu iyi olanlarda kronik bel ağrısı riskinin daha az olduğu bildirilmiştir (Kutsal ve ark., 2008).

Sigara: Nikotin vazokonstrüksiyona, arterosklerotik değişikliğe, fibrinolitik aktivite bozukluğuna, kan akışkanlığında azalmaya ve diskte beslenme bozukluğuna neden olmaktadır. Ayrıca sigara kronik öksürüğü arttırarak intradiskal basıncın artmasına neden olmaktadır (Dönmez ve ark., 2010; Malak ve ark., 2013).

Bel ağrısına zemin oluşturduğu ifade edilen spor dalları: Jimnastik, futbol, halter, güreş ve kürektir (Kutsal ve ark., 2008).

Sosyoekonomik durum: Alt sosyoekonomik statüdeki kişilerde daha fazla fiziksel güç gerektiren işlerde çalıştıkları için bel ağrısı fazladır (Kutsal ve ark., 2008).

Psikososyal faktörler: Anksiyete, depresyon, psikososyal stres, alkol, trankilizan kullanımı, işte monotonluk, memnuniyetsizlik gibi faktörler arasında neden-sonuç ilişkisi vardır. Psikososyal gereksinimlere stres cevap kas gerginliği şeklinde olabilmekte, kasların statik yüklenmesi ile ağrı ortaya çıkmaktadır (Malak ve ark., 2013).

Mesleki faktörler: Uzun süreli ayakta durmak, dizleri bükmeden ve tek taraflı ağır yük kaldırmak, ağır fiziksel koşullarda çalışmak, uygun olmayan iş yeri şartları, büro

işleri gibi hareketsiz çalışma koşulları, iş memnuniyetsizliği mesleki faktörlerin başında gelmektedir (Dönmez ve ark., 2010).

Fiziksel faktörler: Ağır iş, ağır kaldırma, uzun süre oturma veya ayakta durma, eğilme, dönme, vibrasyondur (Dönmez ve ark., 2010).

Lomber disk hernisi risk faktörlerinden uzak durmak, hastalığa yakalanma riskini de azaltmaktadır. Hemşire, LDH risk faktörlerinden uzak durma ya da azaltma konusunda danışmanlık yaparak, bireylerin hastalığa yakalanma riskini azaltabilir. Hemşireler; normal kilonun sağlanması ve sürdürülmesi, ağır fiziksel aktiviteden uzak durulması, yapılan fiziksel aktivitelerde vücut mekaniğinin korunması, boyun ve bel hareketlerini düzenleme, kas güçlendirme egzersizleri, sedanter yaşam tarzının değiştirilmesi ve sigara içiminin engellenmesi konularında bireylere danışmanlık yaparak lomber disk hernisi gelişiminin azaltılmasını ve bireylerin yaşam kalitesinin artırılmasını sağlayabilir (Dönmez ve ark., 2010; Malak ve ark., 2013).

2.5. Lomber Disk Hernisinde Kullanılan Tanı Yöntemleri

2.5.1. Hasta öyküsü

Ameliyat öncesinde, hastanın nörolojik durumunun değerlendirilmesine ilişkin temel bulgular ameliyat sonrası bulgularla karşılaştırılmak için saptanmalıdır.

Hastalardan öykü alınırken;

Daha önce bel ağrısı öyküsü/atakları var mı?

Daha önce bacak ağrısı öyküsü/atakları var mı?

Ağrının yeri neresi?

Ağrı yatmakla, yürümekle artıyor mu?

Ağrı öksürmek/ıkınmak ile artıyor mu?

Ayağında güçsüzlük var mı?

Ayağında uyuşukluk var mı?

Ayağında soğukluk, karıncalanma var mı?

İdrara çıkma sayısında artış var mı?

İdrar-dışkı kaçırmaları var mı? sorularına yanıt alınmalıdır (Topçuoğlu ve ark., 2014; Zileli ve Özer, 2014; Hickey, 2014).

2.5.2. Fizik Muayene

Lomber disk hernilerinde hasta bireyde düşük ayak yürüyüşü ve antalgik yürüyüş görülür. Hasta genellikle ağrıyan tarafın ters yönüne doğru eğilir, etkilenen bacağına fleksiyona getirir ve mümkün olduğu kadar ağrı olan bacağına az yük vermeye çalışarak antalgik yürüyüş yapar. Topuklar üzerinde yürüme (L4-L5 sinir kökü) parmak uçlarında yürüme (S1 sinir kökü) ve yere çömelip kalkma hareketi (L4 sinir kökü) ile kas gücü değerlendirilir. Düz bacak kaldırma testi, braggard testi, naffziger testi gibi testler ile hastaların sinir kökünün sıkışık olduğu bölgeler tespit edilir. Bununla birlikte duyu kusurları, patella refleksi (L4 sinir kökü) ve aşıl refleksi (S1 sinir kökü) değerlendirilmesi ile de tespit edilebilir (Kalkan ve Keskin, 2008; Hickey, 2014).

2.5.3. Radyolojik İncelemeler

- **Direk Grafi:** Tanı koymada yetersizdir. Omurgadaki yapısal değişiklikler (lordoz, skolyoz, stenoz vb.) hakkında bilgi verdiği için kullanılır.
- **Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG):** Yumuşak dokuları kemiğe göre daha iyi tanır. Birçok planda ve farklı sinyallerde görüntü elde edebilme, daha geniş alanı inceleyebilme, sıvı dinamiğini tespit edebilme (MR miyelografi) özelliklerinden dolayı en çok tercih edilen yöntemdir (Zileli ve Korfalı, 2010; Greenberg, 2012; Topçuoğlu ve ark., 2014; Zileli ve Özer, 2014).

2.6. Lomber Disk Hernisinde Kullanılan Tedavi Yöntemleri

Lomber disk hernilerinde tedavinin amacı; ağrıyı kontrol altına almak, fonksiyonel aktiviteyi artırmak, iş gücü kaybını azaltmak, sakatlığı önlemek ve kronik olgularda rehabilitasyonu sağlamak, hastayı bilgilendirmek, nöksleri önlemek, erken aktivite ve normal yaşama dönmesini sağlamaktır (Demirdağ ve ark., 2011). Lomber disk hernilerinde konservatif ve cerrahi olmak üzere iki temel tedavi yöntemi kullanılmaktadır;

2.6.1. Konservatif Tedavi

Lomber disk hernisinde hastanın ilerleyici nörolojik fonksiyon kaybı olmadıkça başlangıçta konservatif tedavi uygulanmaktadır (Zileli ve Korfalı, 2010; Yavuz ve ark., 2012). Demirdağ ve arkadaşları (2011) disk cerrahisinin yüksek maliyeti ve riskleri yönünden konservatif tedavi yöntemlerinin günümüzde daha belirgin olarak

kullanıldığını belirtmişlerdir. Sabuncuoğlu ve arkadaşları (2008), kauda ekuina sendromu olmayan lomber disk hernili hastalarda konservatif tedavi ile semptomların gerilediğini belirtmişlerdir. Hastalara verilecek olan konservatif tedavi; ilaç tedavisi, yatak istirahati, fizik tedavi, egzersiz ve eğitimi kapsamaktadır.

İlaç tedavisi: Disk hernisinin konservatif tedavisinde hastalara ilaç olarak kortizon, nöromodülatör ilaçlar (gabapentin, pregabalin), trisilik antidepresanlar, antiinflamatuvar ilaçlar, miyorelaksanlar, opioidler verilebilmektedir. Trisiklik antidepresanlar, ağrı kesici ve kas gevşetici etkilerinin yanında nöropatik ağrının ortadan kaldırılmasında etkilidir (Zileli ve Korfalı, 2010; Zileli ve Özer, 2014; Hickey, 2014).

Yatak istirahati: Sırt kasları ve vertebralar üzerindeki basıyı azaltarak hastaların rahatlamasına yardımcı olmaktadır. Hasta prone pozisyonunda yatmalı ve uyurken kalın yastıklar kullanmamalıdır. Yatak istirahatinde en çok dikkat edilmesi gereken durum tromboflebit gelişimini önlemektir. Bunun için hastalara varis çorabı giydirilmelidir ve belirli aralıklarla ayaklara fleksiyon-ekstansiyon yapmasının gerekliliği anlatılmalıdır. Hastalara bir hafta yatak istirahati vermek yeterlidir. Uzamış hareketsizliğin aerobik kapasitede azalma, kaslarda kuvvet kaybı, kas ve bağ dokusu esnekliğinde azalma, kemik ve mineral kaybında artma, disk beslenmesinde bozulma ve psikolojik gerilim, depresyon gibi olumsuz sonuçlara yol açacağı unutulmamalıdır. Erken aktivite ise ağrının daha hızlı gerilemesine ve fonksiyonların daha hızlı düzelmesine olanak sağlar. Ancak bu süreçte hastalara ağır kaldırma, eğilme ve bükülme gibi hareketlerden kaçınmaları gerektiği anlatılmalıdır (Zileli ve Korfalı, 2010; Zileli ve Özer, 2014; Hickey, 2014).

Fizik tedavi: Fizik tedavi girişimleri genel olarak; hasar görmüş dokunun korunması ve enflamasyonun azaltılması, ağrının kontrolü, terapötik egzersizlerin uygulanması, erken mobilizasyon, normal aktiviteye ve daha üretken bir yaşama dönüşü kolaylaştırma, hasar artışı ve nükslerin engellenmesi amacı ile kullanılabilir (Zileli ve Özer, 2014).

- **Sıcak Uygulaması:** Fizyolojik olarak vazodilatasyon, ağrı eşiğini arttırma, metabolik aktiviteyi azaltma etkilerine sahip olup, maliyeti düşük, hasta memnuniyeti yüksek, zararlı etkileri az olan bir yöntemdir. Kronik bel ağrısında sıcak uygulaması daima

yararlıdır. Ancak akut ağrılı fazda sıcak uygulama, masaj ve elektroterapi zararlıdır. (Zileli ve Özer, 2014).

- **TENS (Transkütanöz elektriksel sinir stimülasyonu):** Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini bozan kronik ağrının tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. TENS uygulaması hastaların kendilerini daha iyi hissetmeleri sonucu mental durumlarında da iyileşme sağlamaktadır (Karayurt ve ark., 2014). Demirdağ ve arkadaşları (2011) yaptıkları çalışmada TENS ve Elektroakupunkturun bel ağrısının tedavisinde yararlı olduğunu belirtmişlerdir.
- **Manuel Tedavi:** Halk arasında bel çekmek ya da bel masajı olarak adlandırılır. Manuel tedavi daha çok faset eklemleri üzerinde etkili olup, lomber disk hastalarının çoğunda uygulanmaz (Zileli ve Özer, 2014).
- **Korseler:** Korse bel kaslarına olan yükü %25 oranında azaltır, postürü düzeltir, hipermobilitiyi önler, lokal ısıyı artırır, emniyet hissi sağlar. Ancak bel korselerinin bir aydan uzun süre kullanılması önerilmemektedir. Korse kullanılırken abdominal izometrik egzersizler yapılarak kondisyon bozulması ve uzun süreli sakatlık önlenmelidir (Zileli ve Özer, 2014).

Egzersiz: Bel ağrılı hastada egzersiz programı, kas iskelet sistemi ayrıntılı olarak değerlendirildikten sonra ihtiyaçlara göre düzenlenmeli ve özellikle lomber ve dorsal bölgenin ve alt ekstremitelerin kas gücünü, mobilitesini, fleksibilitesini (esneklik) ve dayanıklılığını arttırmaya ve aerobik kapasiteyi iyileştirmeye yönelik olmalıdır. Tek başına veya diğer eğitim programları ile beraber yapılan egzersiz programları kronik bel ağrılı hastaların rehabilitasyonunda fonksiyonel ölçütler ve işe dönüş açısından önemlidir.

Egzersizler cerrahi öncesi olduğu gibi lomber disk cerrahisi sonrasında da kullanılmaktadır. Cerrahi planlanan hastaların tutulan sinir kökü basısına bağlı olarak kas gücü ve dayanıklılığında azalma meydana gelmekte olup bu durum cerrahiden sonrada devam etmektedir. Lomber disk cerrahisi sonrası, egzersiz programlarını planlamadan önce hastaların tanısı, sistemik ve nörolojik muayene bulguları, uygulanan operasyonun cinsi, ağrının varlığı, instabilite durumu, hastaların mevcut sistemik hastalıkları dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir (Hickey, 2014; Zileli ve Özer, 2014).

Eğitim: Lomber disk hernili hastaların bel bölgesini koruma ve güçlendirmeye yönelik eğitimi çok önemlidir. Eğitim programlarında; belini daha iyi tanıma, çalışma ve dinlenme sırasında omurgaya binen yükü azaltma, uygun postür, uyku pozisyonu, yatağa yatma ve kalkma teknikleri, intervertebral disk basıncını arttıracak hareketlerden (ıkınma, öksürme, hapşırma gibi), uzun süre oturmaktan ya da ayakta durmaktan sakınma, uygun beden kitle indeksini koruma, kilolu hastalarda kilo vermenin önemi, fiziksel aktiviteler ele alınarak bireylerin bel problemleri ile başa çıkma yetenekleri geliştirilmelidir (Akby, 2008; Greenberg, 2012; Hickey, 2014; Zileli ve Özer, 2014).

2.6.2. Cerrahi tedavi

Lomber disk hernilerinde konservatif tedavi yeterli olmadığında cerrahi tedaviye başvurulmaktadır. Yapılan çalışmalarda genel olarak cerrahi tedavinin konservatif tedavilere göre daha etkili olduğu belirtilmektedir (Weinstein ve ark., 2007). Ancak lomber disk hernisi cerrahisi için uygun zaman henüz net değildir (Peul ve ark., 2008). Cerrahinin amacı; hastanın disk herniasyonuna bağlı sinir basısını ortadan kaldırmak ve buna bağlı gelişebilecek komplikasyonları önlemek, yaşam kalitesini hastalık öncesi dönemine hızlı bir biçimde kavuşturmaktır. Cerrahi tedavinin yararlarının ve komplikasyonlarının dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi cerrahinin risklerini azaltmada etkilidir (Kluba ve ark., 2009). Uygun ve iyi seçilmiş olgularda cerrahi tedavi %90'ın üzerinde başarı sağlamaktadır (Zileli ve Özer, 2014).

Lomber disk herniasyonlarında cerrahi endikasyonları:

- Cevap alınamayan konservatif tedavi,
- Geçmeyen ağrı,
- İleri veya ilerleyen nörolojik defektler (örn: düşük ayak),
- Tekrarlayan nörolojik defisit, kauda ekuina sendromu'dur (Zileli ve Korfalı, 2010; Greenberg, 2012; Zileli ve Özer, 2014).

Lomber disk hernisinde kullanılan cerrahi yöntemler

Lomber Laminektomi veya Hemilaminektomi; Lamina, ligamentum flavum ve fasset eklemler dahil posterior vertebral elemanların bir kısmı veya tamamı çıkarılır. Disk materyalinin herniye kısımlarını çıkarmak için genellikle diskektomi ile beraber uygulanır (Topçuoğlu ve ark., 2014). Çapraz ve arkadaşları (2012) çalışmalarında

lomber disk hernisi vakalarında laminektomiyle birlikte diskektominin daha başarılı sonuç verdiğini belirtmişlerdir.

Diskektomi; Anulusun herniye olup spinal sinir kökünü deprese eden ekstrüde nükleus pulposus parçasının çıkarılmasıdır. Diskin tamamının çıkarılması, anterior yüzdeki kan damarlarının pozisyonuna bağlı olarak nadiren endikedir. Sıklıkla, lamine ve spinöz prosesi ve spinal fasyadan yapılan kas disseksiyonunu sınırlandıran endoskopik ve mikro cerrahi tekniklerle uygulanır. Böylelikle perioperatif dura yırtılması, çevreleyen kan damarlarındaki lokal travma veya enfeksiyon riskini azaltır. Postoperatif dönemde kas spazmı ve ağrı daha az olduğu için hastalar daha erken mobilize olurlar (Zileli ve Korfalı, 2010; Topçuoğlu ve ark., 2014; Zileli ve Özer, 2014).

Mikrodiskektomi; Daha iyi bir görüş alanı, minimum doku hasarı, düşük komplikasyon oranları ve erken mobilizasyona imkan sağlaması nedeni ile mikrodiskektomi disk cerrahisinde en çok tercih edilen yöntemdir. Herni rekürrensini engellemek ve postoperatif ağrıyı azaltmak için hastalar vücut mekaniği konusunda eğitilmelidir. Aktivite seviyesini saptamada ağrı yol göstericidir. Lomber fleksiyon olmadan dengeli nötral pozisyonda durulduğu sürece, aktiviteler ağrının izin verdiği ölçüde hızlı olarak arttırılabilir. Birkaç yüz metre yürüme ve normal günlük yaşam aktivitelerine geçiş birkaç günde mümkün olur (Zileli ve Özer, 2014; Öztekin, 2015).

Endoskopik Lomber Diskektomi; Kas hasarını minimuma indirgemesi en önemli avantajı olmasına rağmen cerrahi endikasyonu %1-2'lerle sınırlıdır (Zileli ve Korfalı, 2010).

Füzyon; Genellikle dejeneratif değişiklikler veya cerrahi işlem özellikle birden çok düzeyde laminektomi ile birlikte instabiliteye yol açacağı durumlarda uygulanır. Füzyon spinal kanalı güçlendirmek amacıyla kemik grefti ya da çelik rodler, teller ve pedikül gibi metal enstrümanlarla kemik yapıların desteklenmesidir. Hastaların iyileşme konusunda gerçekçi beklentilere sahip olması önemlidir. Füzyon ameliyat sonrasında hastaların bir derece katılık ve kısıtlanmış spinal mobilyete sahip olacakları bilinmelidir (Topçuoğlu ve ark., 2014).

Lomber Disk Hernisi Ameliyatlarından Sonra Görülen Komplikasyonlar

LDH ameliyatlarından sonra bazı komplikasyonlar görülebilir. Erken dönemde ortaya çıkan komplikasyonlar; kanama, nöral yapılara direkt hasar, artmış motor defisit, BOS fistülü, pulmoner tromboemboli riski ile beraber tromboflebit ve derin ven trombozudur. Geç dönemde ortaya çıkan komplikasyonlar ise; enfeksiyon ve nadir olarak görülen menenjit, diskitis, spinal epidural abse gibi enfeksiyonlar, pozisyon verilmesi ile ilgili komplikasyonlar (bası nöropatileri, anterior tibial kompartman sendromu), rekürrent lomber disk hernisi, kauda ekuina sendromu (ameliyat sonrası spinal epidural abseye bağlı olabilir), ameliyat sonrası araknoidit (epidural hematoma ve ameliyat sonrası diskitis başlıca risk faktörlerdir) (Greenberg, 2012; Hickey, 2014; Öztekin, 2015).

2.7. Lomber Disk Hernisinde Hemşirelik Bakımı

Lomber disk hernili hastaların hastanede kalma süresi genellikle kısadır. Bu kısa süre içerisinde hastaların gereksinimlerinin belirlenmesi ve karşılanması oldukça önemlidir (Köçkar ve Uzun, 2007). Hemşireler, bakımı planlamadan önce hastanın temel gereksinimlerini karşılayabilme durumunu ve bağımlılık düzeyini değerlendirmelidir (Korhan ve ark., 2013). Ameliyat olmak üzere hastaneye kabul edilen hastada, cerrahi yöntemlerle gerçekleştirilecek tedavinin başarısı; cerrahi teknik, bilgi, beceri kadar, ameliyat öncesi hazırlık ve ameliyat sonrası bakım ile uygulamaların kusursuzluğuna da bağlıdır (Aksoy ve ark., 2012).

2.7.1. Cerrahi Öncesinde Hazırlık ve Bakım

Bireyin, fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel açıdan ameliyat girişiminin oluşturabileceği olası olumsuz etkilerle başa çıkmasını ve erken iyileşmesini destekleyerek, genel sağlık durumunun en üst düzeye çıkarılması, ameliyat öncesi hazırlıkların ve bakımın temel amacıdır (Akyolcu ve ark., 2011; Aksoy ve ark., 2012). Ameliyat öncesi verilen eğitimler ameliyat sonrasında hastanın kendi bakımına mümkün olan en aktif şekilde katılmasını sağlar, iyileşme sürecini kısaltır ve hastanın içinde bulunduğu duruma adaptasyonunu kolaylaştırır (Akyolcu ve ark., 2011; Karadakovan ve Eti Aslan, 2014). Bu nedenle hemşirelerin, hastanın ameliyata hazırlanması, hasta memnuniyetinin ve çalışma veriminin artırılması için uygun, açıklayıcı bilgiler vermesi önemlidir (Cihan ve ark., 2013; Reiter, 2014). Bu amaçla;

- Hemşire öncelikle hasta ve ailesinin kendilerini daha güvende hissederek kaygılarını azalmak için hasta ve ailesine kendini ve ortamı tanıtmalıdır.
- Hastaya ve ailesine; cerrahi girişim, ameliyat öncesi hazırlıklar ve ameliyat sonrası uygulamalar, güvenli mobilizasyon ve yatağa transfer konusunda bilgi verilmelidir.
- Ameliyat öncesinde hastanın nörolojik durumu ameliyat sonrası süreçle karşılaştırmak üzere mutlaka değerlendirilmelidir.
- Pulmoner komplikasyonları önlemek için ameliyat sonrası derin solunum, öksürme, dönmenin yararları açıklanmalı, uygun pozisyonların korunması ve egzersizler hastaya öğretilmelidir.
- Hasta bir yandan diğer yana dönerken (fleksiyon, ekstansiyon, bükme) hareketlerini sınırlamasının ve zorlamamasının cerrahi alanın korunmasındaki önemi vurgulanmalı ve uygulamalı olarak gösterilmelidir.
- Hastanın dışkılamada zorlanmasını önlemek için diyeti düzenlenmelidir.
- Hasta sigara içiyorsa, bırakmasının önemi anlatılmalıdır.
- Hastanın yazılı olarak ameliyat izninin alınması ise yasal hazırlık kapsamında hasta ve sağlık personeli açısından güvence sağlayacağı unutulmamalıdır.
- Ambulasyon, tuvalet ve banyo için yardımcı cihazlara gereksinim varlığı değerlendirilmelidir.
- Hastanın ev çevresinde düzenleme yapılması gerekebilir, yapılması gereken düzenleme ile ilgili hasta yakınları bilgilendirilmelidir (Akyolcu ve ark., 2011; Karadakovan ve Eti Aslan, 2014; Hickey, 2014; Öztekin, 2015).

2.7.2. Cerrahi Sonrasında Bakım

Ameliyat sonrası dönemde hemşirelik bakımının amacı; bozulan homeostatik dengeyi yeniden oluşturmak, ağrıyı gidermek, komplikasyonları önlemek, hastanın öz bakımına olabildiğince katılımını sağlamak ve kısa sürede normal yaşama geri dönüşünü sağlamak için hastaya yardımcı olmak ve desteklemektir (Akyolcu ve ark., 2011; Aksoy ve ark., 2012). Bu amaçla; hastanın ağrısı ve analjeziklere yanıtı değerlendirilir, pansuman ve drenleri kontrol edilir, bacak hareketi ve nörolojik değerlendirmesi yapılır, duyu değişiklikleri saptanır, ödeme bağlı parestezi gelişebileceğinden ödem takibi yapılır, derin ven trombozu (DVT) riski olan hastalar ağrı, bacakta şişme, solukluk gibi DVT belirti bulguları yönünden izlenir ve varis çorabı giydirilir, yara yeri kanama, akıntı ve serebrospinal sıvı sızması yönünden izlenir, alt ekstremitelerde kas güçsüzlüğü, anal sfinkter kaybı veya üriner retansiyon

(kauda ekina sendromu) durumunda hemen hekime haber verilmelidir. Kauda ekina sendromu acil cerrahi dekompresyonu gerektirebilir. Füzyon ameliyatı uygulanan hastaların daha uzun süreli yatak istirahatine gereksinimleri olduğu unutulmamalıdır (Akyolcu ve ark., 2011; Aksoy ve ark., 2012; Karadakovan ve Eti Aslan, 2014; Hickey, 2014). Lomber diskektomi sonrası hasta birey ilk bir saat döndürülmemelidir. Daha sonra hasta iki saat ara ile bir yandan diğer yana döndürülmelidir. Dönme işlemi sırasında sırt bölgesi bükülmeden bedenin tek parça halinde döndürülmesi için hasta desteklenmelidir (Karadakovan ve Eti Aslan, 2014; Hickey, 2014; Öztekin, 2015). LDH nedeni ile cerrahi tedavi uygulanan hastaların postoperatif süreçte çeşitli sorunlarla karşı karşıya kaldıkları bilinmektedir. Bu sorunlar; ağrı, yara yerinde enfeksiyon (akıntı, şişlik, kızarıklık, ısı artışı), yetersiz sıvı ve besin alımı, konstipasyon, kişisel bakımını gerçekleştirememe, ağrı nedeni ile yeterince yürüyememe, egzersiz yapamama, yatak-sandalyeden kalkarken, merdiven çıkarken, cinsel yaşamda zorlanmadır. Bu sorunların azaltılmasında taburculuk eğitiminin önemli olduğu bildirilmektedir (Dal ve ark. 2012; Bayrak ve ark. 2013).

2.7.3. Taburculuk Eğitimi

Taburculuk eğitimi, hastanın hastaneden ayrılması ve bakımını evde sürdürebilmesi için sistemli bir yaklaşımla hazırlanması olup, hastanın hastaneye yatması ile başlar (Karadakovan ve Eti Aslan, 2014). Amerikan Hemşireler Birliği taburculuk eğitimini “Hastayı kendisi, aile üyeleri ya da bir kurum tarafından bakılmak üzere bir sonraki bakım aşamasına hazırlamak ve bu aşama için gerekli düzenlemelerin yapılmasına yardımcı olmak için tasarlanmış bir süreç” olarak tanımlamıştır. Taburculuk eğitimi ile hasta ve yakınlarının bakımları ile ilgili konularda bilgi ve becerilere sahip olmaları hedeflenir (Karadakovan ve Eti Aslan, 2014; Öztekin, 2015). Hastanın eğitimi, bireyin kendi sağlığı ile ilgili konularda bilgilenmesi; hastalığı ya da sorunlarıyla baş edebilmesi, tedavi ve uygulamalara yardımcı olabilmesi, gelişebilecek komplikasyonların en aza indirilmesi, bakım maliyetinin azaltılması ve hastanede kalış süresinin kısaltılması gibi birçok konuda yarar sağlamaktadır (Yıldırım ve Özkahraman, 2011).

Hasta ile doğrudan ve en fazla zaman geçiren sağlık personeli olan hemşire, bakımdan sorumlu olduğu, iletişim ve güven geliştirdiği için diğer sağlık elemanlarına göre hasta eğitiminde daha etkin rol oynar. Hasta eğitimi hemşirelik uygulayımının en önemli girişimlerinden biridir. Resmi gazetede 19 Nisan 2011 günü

“Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” ile hemşirelerin görev yetki ve sorumlulukları belirlenmiştir. Buna göre hemşirelerin görev yetki ve sorumlulukları hemşirelik bakımı, tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılma, eğitim ve danışmanlık olarak üç gruba ayrılmıştır. Yönetmeliğe göre hemşirelerin hastanın gelişim düzeyi, öğrenme istekliliği, bilgilenme ihtiyacı, kültürel yapısı ve inançlarını göz önüne alarak sağlık eğitimini ve hasta eğitimini planlama görevleri bulunmaktadır. Tüm bunlar profesyonel hemşirenin eğitici rolünün öne çıkmasına yol açmaktadır (Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2011). Sağlık eğitimcisi olarak hemşire, tedavi ve yaşam biçimindeki değişimler hakkında hem hastaya ve hasta ailesine, hem de topluma bilgi aktarmaktadır. Verilen bilginin anlaşılıp anlaşılmadığını belirlemek ve mümkün olan en üst düzeyde anlaşılmasını sağlamak eğitim alanın bilgi düzeyindeki ilerlemeyi değerlendirmek, kullanılacak eğitim yöntemlerini seçmek bu rolün parçalarıdır (Taylan ve ark., 2011).

Özcan (2008)’ın aktardığına göre; JCAHO’nun (Sağlık Bakım Organizasyonu Birleşik Güven Komisyonu) standartları ile hasta eğitiminin standartları şu şekilde belirlenmiştir;

1. Hasta ve ailesine iyileşmenin sağlanması ve fonksiyonlarının düzenlenmesi için gerekli bilgi ve beceriyi sağlayacak bir eğitim planının oluşturulması,
2. Hastanın bakım verme sürecine katılımının sağlanması ve eğitim sürecine ailenin de dahil edilmesi,
3. Tanılama ile başlayan ve belirlenmiş bilgi gereksinimlerine yönelik tercihlerine uygun bir eğitim programının vurgulanması,
4. Hastanın güvenli ve etkili ilaç kullanımı ile ilgili eğitilmesi,
5. Hastanın kullandıkları araç gereç ve desteklerin güvenli ve etkili kullanımı ile ilgili eğitilmesi,
6. Hastaya besin-ilaç etkileşimleri, hastalığa uygun diyet önerilerinin açıklanması,
7. Hastaya sağlık kontrolleri ve ulaşabilecekleri toplumsal kaynaklar hakkında bilgi verilmesi esas alınmıştır.

Günümüzde cerrahi ve tıp alanındaki gelişmelerle birlikte, hastaların hastanede yatış süreleri giderek kısaltılmakta, hasta ve ailesinin öz bakımla ilgili sorumlulukları artmaktadır. Bu durum hasta ve ailesinin gerekli eğitimi almalarını ve bu eğitimin sistematik, sorun çözümleyici, kaliteli bir şekilde yerine getirilmesini zorunlu

kılmaktadır. Bu doğrultuda ele alındığında sağlık eğitimi kapsamı içinde yer alan hasta eğitimi; hastaya istenilen bilgi ve davranışı kazandırıp hastanın davranışlarında gerekli değişimleri elde etme sürecidir (Yıldırım ve Özkahraman, 2011).

Ameliyat olacak hastalar genellikle anesteziye uyanamama, sakat kalma, ağrı yaşama kaygısı, iş yapma yeteneğini kaybetme ve ölüm korkuları yaşarlar. Hasta, hastalığından kurtulma umut ve beklentisinin yanında kendi bedenini ve yaşantısını denetleyemeyeceği endişesine kapılır (Öztekin, 2015). Hasta bireylerin yeterli bilgiye sahip olmamaları da önemli bir stres etkenidir (Köçkar ve Uzun, 2007). Bilinmezliğin yarattığı korku, endişe ve stresin giderilmesinde eğitimin, olumlu etkisi olduğu bilinmektedir (Taşdemir ve ark., 2013). Hastanın geçireceği operasyonun endikasyonları, kontrendikasyonları, gelişebilecek komplikasyonlar ve hastada görülen belirti bulguların bilinmesi, hastaya verilecek olan eğitimin içeriğini belirler ve hastaya maksimum yarar sağlayacak eğitimin planlanmasına yardımcı olur (Walker, 2012).

Lomber disk hernileri, omurilik bölgesiyle beraber hareket mekanizmalarının bazılarını da etkiler. Hareket sistemi etkilenen hasta, kişisel gereksinimlerini karşılamak için yardıma gereksinim duyar. Ülkemizde mevcut sağlık sisteminde, evde bakım hizmetleri henüz tam olarak gerçekleştirilemediği için hastaların evde bakımı profesyonel bir bakım verici tarafından değil, daha çok kişinin kendine yakın hissettiği bireyler (aile, eş veya arkadaş) tarafından verilmektedir. Bu nedenle bakımın evde devamlılığı için taburculuk eğitimi hem hastayı hem de hastanın evde bakımını üstlenecek yakınlarını kapsmalıdır (Köçkar ve Uzun, 2007; Karadakovan ve Eti Aslan, 2014; Öztekin, 2015).

Lomber disk hernisi ameliyatı sonrası verilecek eğitim; ağrı kontrolü, yara bakımı, beslenme, ilaç kullanımı, günlük yaşam aktiviteleri, vücut mekaniklerinin uygun kullanımı, egzersizler, banyo yapma, araba kullanma, cinsel ilişkiye başlama zamanı, işe geri dönüş, ameliyat sonrası ilk kontrol, gelişebilecek komplikasyonlar ve doktora başvurulması gereken durumlara ilişkin bilgileri içermelidir (Aydoğan, 2005; Akyolcu ve ark., 2011; Bayrak ve ark., 2013; Öztekin, 2015). Bayrak ve arkadaşları (2013) taburculuk eğitimi almayan hastalarda kilo kaybı, giyinme, boşaltım, kişisel hijyen, ve cinsel aktivitede zorlanma görüldüğünü belirtmişlerdir. Lomber disk hernisi nedeniyle opere olan hastalara taburculuk öncesi süreçte verilen planlı sağlık

eğitiminin, hastaların ev işi ve egzersiz yaparken yaşadıkları sorunlarla baş etmelerinde faydalı ve hastalara taburcu olurken verilen eğitim broşürlerinin de evdeki durumlarını yönetmede faydalı olduğu ifade edilmektedir (Konuskaner ve ark., 2012). Hasta ve ailesine ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemler için hemşirelik bakımı kapsamında yapılacak planlı eğitim, hastanın hastaneden çıktıktan sonra yaşam kalitesinin yükselmesinde etkili olacaktır (Köçkar ve Uzun, 2007).

Cerrahi kliniklerde hasta eğitimi hastanede kalış süresini kısaltmakta, hastalığın seyrini ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir. Cerrahi hastasının eğitiminde günümüzde sözel eğitim modeli, yazılı materyal/broşürler, multimedya tabanlı eğitim (video, CD-ROM, DVD ya da internet) yöntemleri kullanılmaktadır. Hasta eğitiminde sözel anlatımın yanı sıra anlatılanların görsel olarak da desteklenmesi önem kazanmakta ve günümüzde yöntemlerin kombine kullanımı yaygınlaşmaktadır (Yıldız 2015). Kolay ulaşılabilir, etkili ve ucuz bir yöntem olması nedeniyle biz çalışmamızda hastara eğitim vermek için eğitim kitapçığını kullanmayı tercih ettik.

2.8. Lomber Disk Hernisinde Anksiyete ve Depresyon

Anksiyete somatik belirtilerin de eşlik ettiği normal dışı, nedensiz bir tedirginlik ve korku halidir. Kaygı, sıkıntı, endişe veya bunaltı olarak da adlandırılır. Fizyolojik olarak çarpıntı, nefes almada zorluk, hızlı hızlı nefes alma, ellerde ve ayaklarda titreme, aşırı terleme gibi belirtilerin yanında psikolojik özellikler olarak sıkıntı, heyecan, aniden çok kötü bir şey olacakmış hissi ve korkusu sayılabilir. Hastalar bu durumu "kötü bir şey olacakmış hissi", "hoş olmayan bir endişe hali" ya da "nedensiz bir korku" şeklinde ifade edebilirler (Özen ve Temizsu, 2010).

Depresyon ise bir duygudurum bozukluğudur. Duygudurum içsel olarak yaşantılanan, kişinin davranışları ve dünyayı algılamasını değiştiren hakim ve sürekli duygu tonudur. Depresyonda çökkün duygulanım, enerji azlığı ve ilginin ya da alınan zevkin kaybı ana özelliklerdir. Konsantrasyon azlığı, özgüven azalması, suçluluk duyguları, karamsarlık, kendine zarar verme ya da özkıyım düşünceleri, uyku düzeninde bozulma, iştah değişiklikleri ve libido azalması ise diğer sık görülen belirtilerdir. Sosyal ve mesleki işlev bozulur. Depresyon ve anksiyete bozukluklarının en yaygın görülen psikiyatrik bozukluklar olup, sıklıkla birlikte görülürler. Depresyon ve anksiyete bozuklukları diğer tıbbi hastalıklarla da çok sık

birliktelik gösterirler ve birliktelik gösterdikleri hastalıkların seyrini ve tedavi yanıtını olumsuz olarak etkilerler (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011).

LDH'nde alt ekstremitelerin etkilenmesi sonucu bireylerin ağrı ve fiziksel fonksiyonlarındaki değişiklikler nedeniyle günlük yaşam aktiviteleri kısıtlanır. Bu durum kişinin iş yapma gücünde kayıplara yol açar (Greenberg, 2012; Santos ve ark., 2014; Snekkevik, 2014). Ağrı yaşayan, yaşam kalitesi olumsuz etkilenen bireylerde ise anksiyete-depresyon oranı artmaktadır (Atalay, 2008; Yılmaz ve ark., 2014). Lomber disk hernisinin cerrahi tedavisi de hastayı hem fiziksel olduğu hem de ruhsal olarak etkilemektedir. Bu nedenle özellikle cerrahi işlemlerden önce hastaların psikolojik taramadan geçirilmesi değerlendirmenin rutin bir parçası olmalıdır (Atalay, 2008; Yılmaz ve ark., 2014). Hastanın bilgi düzeyi, tedaviyi uygulayan ekibe duyduğu güven, verilen açıklayıcı bilgiler iyileşme ve tedavi sürecini etkilemektedir. Fiziksel rahatsızlığa bağlı olarak gelişen ruhsal travmanın en sık belirtisi de anksiyete ve depresyondur (Atalay, 2008).

Anksiyete ve depresyon hastanın yaşam beklentilerini olumsuz etkileyerek hastanın tedaviye verdiği yanıtı ve tedavi sürecini olumsuz etkilemektedir. LDH nedeni ile hastanede yatan ve cerrahi planlanan hastalarda anksiyete depresyon gelişmesi normal popülasyondan daha fazladır (Yılmaz ve ark., 2014). Ameliyat sürecinde hastaneye yatma, ağrı ve rahatsızlık, bağımsızlığını kaybetme, anestezi ve ölüm korkusunun anksiyeteyi tetikleyen faktörler arasında olduğu belirtilmektedir (Aksoy ve ark., 2012; Taşdemir ve ark., 2013; Hickey, 2014). Yapılan bir çalışmada hastaların ilk üç sıradaki kaygı nedenlerinin; ameliyat sonrası ağrı duyma, ameliyat sırasında uyanma ve ameliyat sonrası uyanamama olduğu görülmüştür (Yıldız, 2011). Ağrı, cerrahi sonrası anksiyetenin en önemli nedenlerinden birisi olup yönetilemeyen ağrı postoperatif komplikasyonlara ve hastanın memnuniyetsizliğine yol açabilir.

Özellikle hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları daha iyi hasta sonuçları için önemlidir (Abdalrahim ve ark., 2011). Hemşirelerin diğer sağlık ekibi üyelerinden daha uzun süre hasta ile birlikte olması, hastayı daha yakından gözlemeleme imkanına sahip olması, ağrı ile baş etmede hastaya rehberlik yapması, uygulamaların sonuçlarını izlemesi ve empati becerisini kullanması gibi nedenler, ağrı kontrolünde etkin rol üstlenmelerini gerektirmektedir (Özveren ve Uçar, 2009;

Ay ve Alpar, 2010). Ameliyat sonrası ağrı tüm hastalar için bir endişe kaynağıdır ve efektif ağrı yönetimi bireylerin konfor ve iyilik hali ile doğrudan ilgilidir. Düzenli ağrı kontrolü ve tedavisiyle, hastada ağrının yeniden başlama düşüncesinin yarattığı anksiyete ve korku azalır, gereksinimi olduğunda yardım alamayacağına ilişkin endişesi azalır ve yaşam kalitesi artar (Eti Aslan ve Çavdar, 2014). Hastanın anksiyetesinin azaltılması, memnuniyetinin ve çalışma veriminin artırılması için hemşireler hastaya uygun açıklayıcı bilgiyi vermeli ve güven duygusu aşılayabilmelidir (Cihan ve ark., 2013; Reiter, 2014; Hickey, 2014).

Hastaların taburcu oldukları zaman karşılaşılabilecekleri problemleri bilmeden, çeşitli sorun ve endişe ile evlerine gitmeleri hastalığı ile baş etmesinde olduğu kadar psikolojik açıdan da zorluklara neden olmaktadır (Alaca ve ark., 2012). Anksiyete ve depresyonun yeterince değerlendirilmemesi ve tedavi edilmemesi, hastalığın seyrinin kötüleşmesine, sağlık bakım maliyetlerinin artmasına ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır (Atalay, 2008). Hasta birey taburcu olurken korku ve kaygılarına ilişkin destek olunmalı ve savunma mekanizması geliştirmesi sağlanmalıdır (Çetinkaya, 2008; Aksoy ve ark., 2012). Cerrahi girişim uygulanan hastalara verilen taburculuk eğitimi ve danışmanlık hizmetinin hastaların anksiyete-depresyonlarının hafifletilmesi açısından yararlı olduğu gösterilmiştir (Cebeci ve Şenol, 2011).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışma, LDH nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan hastalara verilen taburculuk eğitiminin anksiyete-depresyon durumuna ve yaşanan sorunlara etkisini belirlemek için yarı deneysel olarak yapılmıştır. Araştırma müdahale ve kontrol gruplarını içermektedir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Araştırmanın Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde yapılmış olup; çalışmaya etik kurul ve kurum izinleri alındıktan sonra başlanmıştır. Hastane toplamda 975 yatak kapasitesine sahiptir. Araştırmanın yürütüldüğü Nöroşirurji Kliniği 36 yatak kapasitesine sahip olup bu yatakların 10'u Ortopedi ve Beyin Cerrahi Karma Kliniğinde bulunmaktadır. Klinikte yedi öğretim üyesi, sekiz asistan, karma klinikte biri sorumlu, yedi hemşire ve Beyin Cerrahi Kliniği'nde ise, biri sorumlu, sekiz hemşire çalışmakta olup; ortalama hemşire başına düşen hasta sayısı 13-15'dir. Kliniklerde planlı bir taburculuk eğitimi uygulanmamaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Nöroşirurji Kliniği'nde Temmuz 2015-Kasım 2016 tarihleri arasında LDH nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan bireyler oluşturmuştur.

Araştırmanın Örneklemi

LDH'li hastalarla yapılan önceki çalışmalarda (Torun ve ark. 2010) HADS ölçeğinin standart sapmasının 3,3 olduğu görülmüştür. İki grup arasında üç puanlık bir fark saptayabilmek için; çalışmanın anlamlılık düzeyi %99, alfa=0.05 alındığında kontrol ve müdahale grubu için 46'şar hasta seçilmesinin yeterli olacağı belirlenmiştir.

LDH Ameliyatı yapılan birden fazla hasta aynı anda aynı yataklı servislerde izlenmektedir. Taburculuk eğitimi alan ve almayan hastaların birbirleriyle karşılaşma, iletişim kurarak bilgilerini, deneyimlerini paylaşma ihtimali bulunmaktadır. Bu nedenle araştırmanın yanlılığını ortadan kaldırmak için hastaların geliş sırası üzerinde zamanın etkisi göz ardı edilerek, hastalar kontrol ve müdahale gruplarına blok şeklinde (önce kontrol grubuna 48 hasta, sonra müdahale grubuna 46 hasta) alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul edip onamı alınan hastalar kontrol

grubunun örnekleme tamamlanana kadar kontrol grubuna, müdahale grubunun örnekleme tamamlanana kadar müdahale grubuna alınmıştır. Müdahale grubu LDH operasyonu ile ilgili taburculuk eğitimi verilen hastalar, kontrol grubunu ise sadece ameliyat sonrası rutin bakım alan hastalar oluşturmuştur. Çalışma verileri sonucunda güç (0.99) yeterli bulunmuştur.

3.4. Örneklem Alınma Kriterleri

- Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden,
- 18 yaşından büyük olan,
- LDH'nden ilk kez ameliyat olan,
- Son altı ayda anksiyete ya da depresyon tanısı ve buna bağlı tedavi almamış olan,
- İşitme, anlama, konuşma problemi olmayan,
- Okur-yazar olan,
- ICD-10 Koduna göre: S33.0 İntravertebral Disk Travmatik Yırtığı tanısı konmuş olan,
- ICD-10 Koduna göre: G55 Sinir kökü ve Pleksus Basıları tanısı konmuş olan hastalar alınmıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Anksiyete- Depresyon ve yaşanan sorunlar.

Bağımsız Değişkenler: Sosyodemografik özellikler, taburculuk eğitimi.

3.6. Ön uygulama

Verilerin toplanmasına başlanmadan önce veri toplama formunun anlaşılabilirliğini değerlendirmek için örnekleme alınma kriterlerine uygun 5 kişiye ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında veri toplama formları hastalar tarafından anlaşılır bulunmuştur ve herhangi bir düzeltme yapılmasına gerek görülmemiştir. Ön uygulama verileri çalışmada kullanılmamıştır.

3.7. Eğitim Kitapçığı Geliştirilmesi

Bu çalışmada; LDH nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan müdahale grubundaki hastalara uygulanacak taburculuk eğitiminde kullanılmak üzere Eğitim Kitapçığı geliştirilmiştir.

Konuya ilişkin literatür incelemesi sonucunda hazırlanan Eğitim Kitapçığının içeriği;

1) Genel Bilgiler

- Omurganın yapısı
- Bel fitiği ve ameliyatı

2) Ameliyat Öncesi

- Ameliyattan önce rutin olarak yapılan testler ve tetkikler
- Ameliyat öncesi bel omurlarında oluşan hasarı, spazmı ve ağrıyı azaltmak için
- Solunum ve öksürük egzersizleri
- Yasal hazırlık
- Ameliyattan önceki akşam
- Ameliyat günü

3) Ameliyat sonrası

- Ameliyat sonrası ağrı kontrolü
- Ameliyat sonrası erken dönem mobilizasyon
- Yara bakımı
- Korse kullanımı (önerilen hastalar için)
- Yeterli beslenme ve sıvı alımının önemi
- Dinlenme
- Banyo yapma

4) Eve Dönüş

- Evde ağrı kontrolü
- Kabızlığın (konstipasyonun) önlenmesinin önemi ve yapılması gerekenler
- Ameliyattan sonra yapılması ve yapılmaması gereken aktiviteler
- Bel fitiğından (Lomber disk hernisinden) korunmada egzersiz uygulama
- Günlük yaşam aktivitelerinde doğru vücut mekanikleri
- Duruşu iyileştirme
- Düzgün oturma
- Düzgün uyuma
- Konforlu araba kullanma
- Uzanma, eğilme
- Doğru ağırlık kaldırma ve taşıma
- Ayakkabı giyme

- Öksürme-hapşırma
- Sigara
- Kontrole gelme zamanı
- Hastaneye başvurulması gereken durumları içermektedir.

3.8. Eğitim Kitapçığının Değerlendirilmesi

Bu çalışmada geliştirilen eğitim kitapçığı, LDH'li hastaların operasyon öncesi ve sonrasında bilgi gereksinimlerine ilişkin literatür incelenerek 15 uzman tarafından değerlendirilmiştir. Eğitim kitapçığı “Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi” formu ve “DISCERN” değerlendirme ölçeği, dikkate alınarak hazırlanmıştır. Geliştirilen eğitim kitapçığı, 15 kişiden oluşan uzmanlar grubu tarafından birbirlerinden bağımsız olarak incelendikten sonra, gerekli düzeltmeler yapılarak kullanılmaya başlanmıştır. “Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi Formu” ve DISCERN’in kullanımı için e-posta yoluyla izin alınmıştır. Eğitim kitapçığının uygunluğunun değerlendirilmesinde “Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi” formu, güvenilirlik ve bilgi kalitesinin değerlendirilmesinde ise Quality Criteria for Consumer Health Information (DISCERN) kullanılmıştır.

a) “Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi” formu:

Doak ve arkadaşlarının (1996) kullandığı ve ülkemizde Gökdoğan ve arkadaşları (2003) ile Demir ve arkadaşlarının (2008) çalışmalarında kullandığı formdur. Bu form, içerik (4 soru), okur-yazarlık durumu (5 soru), resim, grafik, tablo, liste (5 soru), plan ve tipi (8 soru), öğrenme ve motivasyon (3 soru), kültürel uygunluk (2 soru) olmak üzere altı bölüm ve toplam 27 sorudan oluşmaktadır. Maddelerin uygunluğuna “evet” için 1 puan, “hayır” için 0 puan verilerek toplam 1 ile 27 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Çalışmamızda geliştirilen kitapçığın 15 uzman tarafından uygunluk ortalaması 21.53 olarak değerlendirilmiştir. Toplam puanın yüksek olması materyalin okunabilirlik derecesinin yüksek olduğunu göstermektedir.

b) DISCERN (Quality Criteria for Consumer Health Information):

“DISCERN” değerlendirme ölçeği, 1999 yılında Charnock ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. DISCERN’de materyallerin içeriğini sorgulayan 16 soru bulunmakta ve sorular 1’den 5’e kadar puanlanmaktadır. Her bir soruda “5” materyalin uygunluğuna “1” ise materyalin uygunsuzluğuna işaret etmektedir. Genel

değerlendirmeyi veren 16. madde ayrı değerlendirildiği için, DISCERN'den toplamda 15-75 aralığında bir puan elde edilmektedir. Düşük puan kalitenin kötü, yüksek puan iyi olduğunu göstermektedir (Charnock ve ark. 1999). Araştırmamızda 15 uzmanın güvenilirlik ve kalite ortalaması 69.3 olarak bulunmuştur. Eğitim kitapçığının güvenilirlik ve kalitesi genel anlamda yüksek bulunmuştur (%95). DISCERN 2003 yılında Gökdoğan tarafından Türkçeye çevrilmiştir (Gökdoğan, 2003). Demir ve arkadaşları (2008) cerrahi kliniklerde kullanılmakta olan 59 yazılı eğitim materyalinin kalitesini DISCERN ile değerlendirmişlerdir. Akçay ve Gözüm'ün (2012) çalışmasında meme kanserli hastalar için kemoterapi semptomlarının evde yönetimi amacıyla hazırlanan eğitim materyalini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Hazırlanan eğitim kitapçığının uzman grup tarafından uygunluğunun, güvenilirlik ve kalitesinin değerlendirilmesine ilişkin bulgular Tablo 3.1, 3.2, 3.3, 3.4'te verilmiştir.

Tablo 3. 1. Yazılı eğitim materyallerinin uygunluğunun değerlendirilmesi formuna göre eğitim kitapçığının uygunluğunun değerlendirilmesi

	N	Minimum	Maximum	Ort.	SS
İçerik Durumu	15	2	4	3.80	0.56
Okuryazarlık Durumu	15	2	5	4.27	0.88
Resim Grafik Durumu	15	4	5	4.93	0.26
Yazı ve Plan Durumu	15	2	7	3.53	1.13
Öğrenme ve Motivasyon Durumu	15	3	3	3.00	0.00
Kültürel Uygunluk Durumu	15	2	2	2.00	0.00
Eğitim Kitapçığının Uygunluğunun Değerlendirilmesi	15	17	25	21.53	1.81

Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi formuna göre, Eğitim kitapçığı için 15 uzmanın puan ortalaması 21.53'tür. Buna göre eğitim kitapçığı uzmanlar tarafından uygun bulunmuştur.

Tablo 3.2. Yazılı eğitim materyallerinin uygunluğunun değerlendirilmesi ölçeğinin Cochran's Q testi sonuçları

N	15
Cochran's Q	269.765
SD	26
P.	.000*

*P<0.05

Uzmanların Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi maddelerine verdikleri cevapların uyumunun incelenmesi amacıyla yapılan Cochran's Q testi sonucuna göre uzman görüşleri arasında uyum bulunmuştur (P=0.000).

Tablo 3.3. Eğitim kitapçığının güvenilirlik ve kalitesinin ölçülmesi-DISCERN Kendall W Testi sonuçları

N	15
Kendall's W	.336
X ²	70.545
SD	14
P	.000

*P<0.05

Eğitim Kitapçığının Güvenirlik ve Kalitesinin Ölçülmesi-DISCERN Kendall W testi sonuçlarına göre 15 uzmanın ölçeğe verdiği cevaplar arasında uyum görülmektedir (W=0.336). Tablo3.3'te yer almamakla birlikte Eğitim Kitapçığının Güvenirlik ve Kalitesinin Ölçülmesi-DISCERN puanı 60 ile 75 puan arasında değişmekte olup 15 uzmanın puan ortalaması 69.33'tür. Buna göre Eğitim Kitapçığının güvenilirlik ve kalitesi uzmanlar tarafından yeterli bulunmuştur (%92).

Tablo 3.4. Eğitim kitapçığının güvenilirlik ve kalitesinin ölçülmesi-DISCERN genel değerlendirme

	N	Minimum	Maximum	Ort.	SS
Eğitim kitapçığının güvenilirlik ve kalitesinin genel anlamda değerlendirilmesi	15	4	5	4.73	0.46

Eğitim kitapçığının güvenilirlik ve kalitesi 15 uzman tarafından yapılan değerlendirme sonucunda genel anlamda yüksek bulunmuştur (%95).

3.9. Araştırma Planı

Araştırmaya, kurum izni ve etik kurul onayının alınmasından sonra **kontrol grubu** verilerinin toplanması ile başlanmıştır. Kontrol grubundaki hastalara kliniğe kabul edildikleri ilk 24 saat içinde Kişisel Bilgi Formu Bölüm A, VAS ve HADS, taburculukta (hastalar ortalama 3-4 günde taburcu olmaktadır) Bölüm B, Bölüm D, VAS ve HADS, taburculuktan sonraki izlemde (1. ay) Bölüm D, VAS ve HADS uygulanmıştır. Kontrol grubundaki hastalara klinikteki rutin uygulamalar dışında herhangi bir müdahale yapılmamıştır. Ancak araştırma sürecinde hastaların sorduğu sorular yanıtlanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların en çok ameliyat sonrasında ağrı ve uyuşukluğun geçip geçmeyeceği, ne zaman mobilize olacakları, banyo yapma, dikiş aldırma zamanı ve kontrole gelme zamanı ile ilgili sorular sordukları grlmştir.

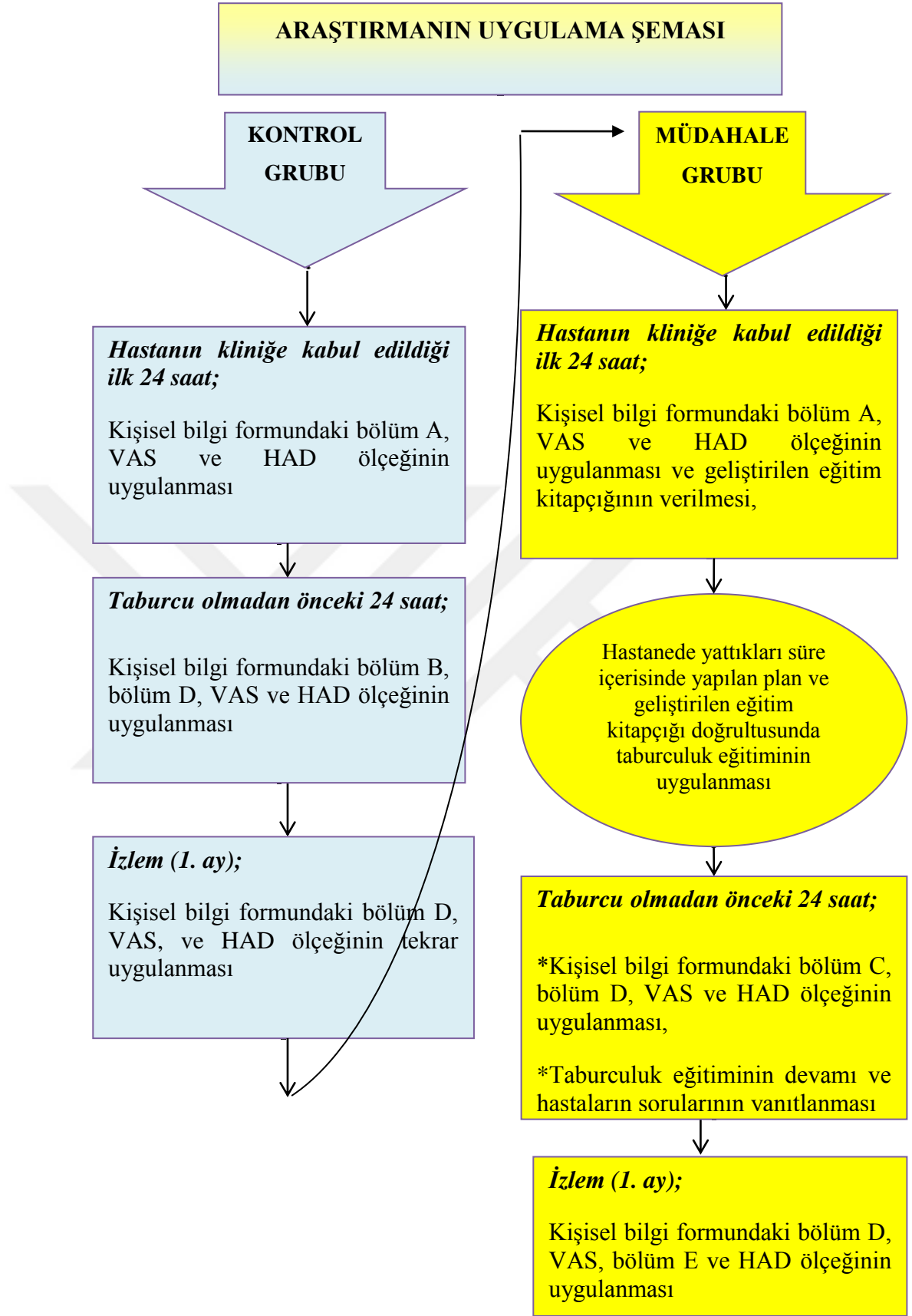
Kontrol grubundaki bireylerin verilerinin tamamlanmasından sonra **müdahale grubundaki** bireylere ilişkin veriler toplanmıştır. Müdahale grubuna dahil edilen 46 hasta ile ilk görüşme kliniğe kabul edildikleri gün gerçekleştirilmiş ve yüz yüze görüşme tekniği kullanılmıştır. Hastalara bireysel olarak eğitim uygulanmış ve araştırmacı tarafından geliştirilen ‘‘Bel Fıtığı (Lomber Disk Hernisi) Sonrası Yaşam’’ isimli kitapçık verilmiştir. Müdahale grubuna verilen eğitimde düz anlatım, uygulama ve soru-cevap yöntemleri kullanılmıştır. Eğitim sırasında araştırmacı tarafından geliştirilen, uygunluğu, kalitesi ve güvenirliği 15 uzman tarafından değerlendirilmiş olan eğitim kitapçığı kullanılmıştır.

Müdahale grubundaki hastalara kliniğe kabul edildiği andan itibaren geliştirilen kitapçık ve bireysel ihtiyaçlar doğrultusunda planlı taburculuk eğitimi verilmiştir. Ameliyat öncesinde yapılması gerekenler, ameliyattan sonra yatak içinde yatma-dönme, yataktan kalma ve yatağa yatma pozisyonları, solunum ve öksürük egzersizleri hastalara uygulamalı olarak anlatılmıştır. Geliştirilen eğitim kitapçığının tüm ğretim yeleri, araştırma görevlileri ve hemşireler tarafından bilinmesi nedeniyle hastalara eğitim uygulandıktan sonra Kişisel Bilgi Formu, VAS ve HADS doldurulmuştur. Eğitimin uygulanması ortalama 30 dakika, formların doldurulması ise yaklaşık 20 dakika srmştir. Eğitim hasta odalarında uygulanmıştır. Hasta odaları tek ve iki yataklıdır. Hastalara danışmanlık alabilmeleri ve sorularının cevaplanabilmesi için araştırmacının telefon numarası verilmiş ve ihtiyaç halinde arayabilecekleri belirtilmiştir.

Taburcu olacakları gün hastalarla yüz yüze görüşülerek, banyo yapma, yara bakımı, beslenme, evde dikkat etmeleri gereken durumlar, günlük yaşam aktivitelerinde doğru vücut mekanikleri, kontrole gelme zamanı, hastaneye başvurması gereken acil durumlar anlatılmış, Kişisel Bilgi Formundaki bölüm C, bölüm D, VAS ve HADS uygulanmıştır.

İzlemde (1.ay); (hastalar birinci ayda rutin olarak kontrole çağrılıyor) hastaların soruları cevaplanmış, Kişisel Bilgi Formundaki bölüm D, VAS, HADS ve eğitim kitapçığı ile ilgili bölüm E uygulanmıştır.





Şekil 3.1. Araştırmanın Uygulama Şeması (Kontrol grubunun verileri toplandıktan sonra müdahale grubunun verileri toplanmıştır)

3.10. Araştırmanın Zorlukları ve Sınırlılıkları

Zorluklar:

- Hastalarla üç görüşme yapılması nedeniyle verilerin toplanması ve hasta sayısına ulaşmada zorluk yaşanması,

Sınırlılıklar:

- Araştırmanın tek merkezde yapılmış olması,
- Hastaların eğitimi için ayrı bir oda olmaması nedeni ile eğitimin hasta odalarında verilmiş olması,
- Müdahale grubundaki hastalara kliniğe yatar yatmaz öğretim üyeleri, araştırma görevlileri ve hemşireler tarafından eğitim kitapçığı verilmesi ve bilgilendirmenin hastaların başlangıç anksiyete ve depresyon puanlarının bilinmemesine yol açmasıdır.

3.11. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından ilgili literatür taranarak (Aydoğan, 2005; Bayrak ve ark., 2013) geliştirilen Kişisel Bilgi Formu, Visüel Analog Skala (VAS) ve HADS kullanılarak araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

3.11.1. Kişisel Bilgi Formu:

Araştırmacı tarafından literatür taranarak (Aydoğan, 2005; Bayrak ve ark., 2013) oluşturulan kişisel bilgi formu beş bölüm ve 32 maddeden oluşmaktadır, bölüm A'da sosyo-demografik özellikler (yaş, cinsiyet, boy, kilo, beden kitle indeksi (BKİ), medeni durum, öğrenim durumu, sosyal güvence, ekonomik durum, sosyal destek, çalışma durumu, sigara içme durumu) ve hastalığa ilişkin (hastaneye hangi şikayetlerle başvurduğu, kullanılan ilaçlar, kronik hastalık varlığı, düzenli spor/egzersiz yapma durumu, ağrısının yeri ve VAS düzeyi) 18 soru yer almaktadır. Bölüm B'de kontrol grubuna taburculukta uygulanacak olan hastalığına yönelik, eğitim/bilgi alıp almadığını değerlendiren sorular, bölüm C'de müdahale grubuna taburculukta uygulanacak hastalığına yönelik, araştırmacı tarafından verilen eğitim dışında eğitim/bilgi alıp almadığını değerlendiren sorular bulunmaktadır. Bölüm D'de taburculukta ve taburculuktan sonraki kontrolde müdahale ve kontrol grubuna uygulanacak olan karşılaşılan sorunlara ilişkin tablo, bölüm E'de ise müdahale grubuna taburculuk sonrası kontrolde uygulanacak olan eğitim kitapçığı ile ilgili sorular yer almaktadır.

3.11.2. Vizüel Analog Skala (VAS):

VAS genel bir ağrı skalası olup, tedavi öncesi ve sonrası ağrıyı değerlendirmek için kullanılmaktadır. Düz bir çizgi çizilir ve bir tarafına “0 puan”, diğer tarafına “10 puan” verilir. Hastaya hiç ağrısı yoksa “0 puan” ve dayanılamayacak kadar ağrısı varsa “10 puan” olarak değerlendirmesi anlatılır. Daha sonra mevcut olan ağrısını çizgi üzerinde işaretlemesi istenir (Çoşar, 2008).

3.11.3. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADS):

Ölçek Zigmond ve Snaith (1983) tarafından geliştirilerek geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçeğin amacı, bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu kısa sürede tarayarak risk grubunu belirlemektir. HAD ölçeğinden elde edilen puanın bedensel hastalığın varlığından etkilenmediği belirtilmiştir. Ölçek yedisi depresyon, yedisi anksiyete belirtilerini araştıran 14 maddeden oluşmakta olup, tek sayılı maddeler anksiyete, çift sayılı maddeler ise depresyonu araştırmaktadır. Cevaplar dörtlü likert olarak 0-3 puan şeklinde değerlendirilmektedir. Puanlama 1., 3., 5., 6., 8., 10., 11., ve 13. maddelerde giderek azalan (3-2-1-0), 2., 4., 7., 9., 12., ve 14. maddelerde ise giderek artan (0-1-2-3) biçimdedir. Alt ölçeklerin toplam puanları bu maddelerin puanların toplanması ile elde edilir. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan sıfır, en yüksek puan ise 21'dir. HADS anksiyete alt ölçeği için kesme noktası 10 ve depresyon alt ölçeği için 7 olup, bu puanların üzerinde alan hastalar risk grubu olarak değerlendirilir (Aydemir 1997). Türkiye'de ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Aydemir (1997) tarafından yapılmıştır. Aydemir (1997) çalışmasında Cronbach Alfa değerini anksiyete alt ölçeği için 0.85, depresyon alt ölçeği için ise 0.77 olarak bulmuştur.

3.12. Verilerin Analizi

Veriler SPSS (Statistics 23.00- IBM Corporation) paket programında analiz edilmiştir. İstatistik hesaplamalar ve yorumlamalar %95 güven aralığında ve $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir. Eğitim kitapçığı için DISCERN'e göre değerlendirme yapan uzman görüşleri arasındaki uyum Kendal Uyuşum Katsayısıyla değerlendirilmiştir. Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi maddelerine göre uzman görüşleri arasındaki uyum Cochran's Q testi ile değerlendirilmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen verilerin değerlendirilmesinde;

sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, varyans analizi (ANOVA), t-testi, korelasyon analizi, Mann Whitney U, ki-kare ve Fisher's kesin ki-kare testleri, kullanılmıştır.

3.13. Araştırma Etiği

Araştırmaya başlamadan önce Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (EK-1), araştırmanın yapılacağı hastaneden yazılı izin (EK-2) alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan bireylere araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce, araştırmanın yapılma amacı, süresi ve araştırma süresince yapılacak işlemler açıklanarak 'Aydınlatılmış Onamları' yazılı olarak alınmıştır (EK-10). HAD ölçeğini kullanmak için Ö. Aydemir'den 31.12.2014 tarihinde (EK-3), "Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi" formu için Feray GÖKDOĞAN'dan 13.08.2015 tarihinde (EK-5) ve DISCERN'i kullanmak için S. Shepperd'den 09.01.2015 tarihinde (EK-4) e-posta yoluyla izin alınmıştır. Eğitim Kitapçığında yer alan fotoğraflar için yazılı izin alınmıştır (EK-6). Araştırma boyunca mahremiyet, edinilen bilgilerin gizlilik ve gizliliğinin korunması etik ilkesine özen gösterilmiştir. Ayrıca elde edilen bilgilerin ve cevaplayanın kimliğinin gizli tutulacağı belirtilerek 'Kimliksizlik ve Güvenlik' etik ilkesi yerine getirilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan kontrol ve müdahale grubundaki hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular ile HADS-anksiyete- depresyon ve yaşanan sorunlara ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı

TANITICI ÖZELLİKLER	Kontrol (N:48)		Müdahale (N:46)		DEĞERLENDİRME
	N	%	N	%	
Cinsiyet					
Kadın	21	43.8	17	37.0	X²=0.450 P=0.502
Erkek	27	56.3	29	63.0	
Yaş					
21-35	7	14.6	14	30.4	X²=3.407 P=0.182
36-50	17	35.4	13	28.3	
51 ve üzeri	24	50.0	19	41.3	
Eğitim Durumu					
Okur-yazar	4	8.3	-	-	X²=6.288 P=0.179
İlkokul	18	37.5	20	43.5	
Ortaokul	6	12.5	3	6.5	
Lise	10	20.8	8	17.4	
Yüksekokul ve üzeri	10	20.8	15	32.6	
Medeni Durum					
Evli	41	85.4	36	78.3	X²=0.812 P=0.368
Bekar	7	14.6	10	21.7	
Çalışma Durumu					
Tam gün	18	37.5	24	52.2	X²=2.069 P=0.355
Kısmi zamanlı	13	27.1	10	21.7	
Çalışmıyor	17	35.4	12	26.1	
Ekonomik Durum					
Gelir giderden az	7	14.6	3	6.5	X²=1.606 P=0.205
Gelir ve gider eşit	41	85.4	43	93.5	
BKİ					
Normal kilolu	15	33.3	14	30.4	X²=2.433 P=0.487
Fazla kilolu	24	47.9	19	41.3	
1. derece obez	8	16.7	9	19.6	
2. derece obez	1	2.1	4	8.7	

Tablo 4.1. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (Devamı)

TANITICI ÖZELLİKLER	Kontrol (N:48)		Müdahale (N:46)		DEĞERLENDİRME
	N	%	N	%	
<i>Bakmakla yükümlü olunan birey</i>					
Var	25	52.1	27	58.7	X²=0.416 P=0.519
Yok	23	47.9	19	41.3	
<i>Algılanan destek</i>					
Çok iyi	18	37.5	27	58.7	X²=7.575 P=0.056
İyi	27	56.3	16	34.8	
Yetersiz	3	6.3	3	6.5	
<i>Düzenli egzersiz</i>					
Yapan	17	35.4	17	37.0	X²=0.024 P=0.877
Yapmayan	31	64.6	29	63.0	

Tablo 4.1’de hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %56.3’ü, müdahale grubundaki hastaların ise %63’ü erkektir. Kontrol grubundaki hastaların %50’si, müdahale grubundaki hastaların ise %41.3’ü 51 ve üzeri yaştaadır. Eğitim düzeyi yönünden yapılan değerlendirmede, kontrol grubunda yüksek okul ve üzeri okul mezunu olanların oranı %20.8, müdahale grubunda ise %32.6 olup; kontrol grubunun %37.5’i müdahale grubunun ise %43.5’i ilkokul mezunudur. Kontrol grubundaki hastaların %85.4’ü, müdahale grubundaki hastaların %78.3’ü evlidir. Ekonomik açıdan bakıldığında zaman kontrol grubunda gelir-gider eşit olanların oranı %85.4, müdahale grubunda ise bu oran %93.5’dir. Kontrol grubundaki hastaların %27.1’i, müdahale grubundaki hastaların ise %21.7’si kısmi zamanlı çalışmaktadır. Hastaların beden kitle indeksi (BKI) incelendiğinde, kontrol grubundaki hastaların %47.9’unun, müdahale grubundaki hastaların ise %41.3’ünün fazla kilolu olduğu ve kontrol grubundaki hastaların %16.7’sinin, müdahale grubundaki hastaların %19.6’sının 1. derece obez olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların %52.1’nin, müdahale grubundaki hastalarında %58.7’sinin bakmakla yükümlü olduğu birey bulunmaktadır. Aile ve çevre tarafından verilen desteği kontrol grubunun %56.3’ü iyi bulurken, müdahale grubundakilerin %34.8’ü iyi bulmuştur. Kontrol grubundaki hastalarda düzenli egzersiz yapanların oranı %35.4 iken müdahale grubundaki hastalarda bu oran %37’dir. Tabloda yer

almamakla birlikte kontrol grubundaki hastaların %58.4'ü, müdahale grubundaki hastaların ise %52.1'i sigara içtiği ve çalışmaya katılan tüm hastaların sosyal güvencelerinin bulunduğu görülmüştür. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların tanıtıcı özelliklerine göre benzer oldukları ve yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki farkların anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.2. Hastaların hastalık durumlarına ilişkin bilgiler

Hastalık durumları	Kontrol (N:48)		Müdahale (N:46)		DEĞERLENDİRME
	N	%	N	%	
Disk Herni Seviyeleri					
L5-S1	11	22.9	16	34.8	X²=7.581 P=0.056
L4-L5	30	62.5	24	52.2	
L3-L4	3	6.3	5	10.9	
L2-L3	4	8.3	1	2.2	
Kliniğe geliş şikayeti *					
Bel ağrısı	43	89.58	39	84.78	t=0.621 P=0.536
Bacak ağrısı	42	87.5	46	100.0	
Bacakta uyuşukluk	31	64.58	34	73.91	
Kuvvet kaybı	11	22.91	8	17.39	
İdrar kaçırma	6	12.5	7	15.21	
İlaç kullanma durumu					
Kullanan	30	62.5	29	63.0	X²=0.003 P=0.957
Kullanmayan	18	37.5	17	37.0	
İlaç kullanımı					
Tekli ilaç kullanımı	14	48.3	13	43.3	X²=0.145 P=0.703
Çoklu ilaç kullanımı	15	51.7	17	56.7	
Hastanede kalma süresi					
1-4 gün	22	45.8	17	37.0	X²=0.781 P=0.677
5-8 gün	21	43.8	23	50.0	
9 gün ve üzeri	5	10.4	6	13.0	

*Hastalar birden fazla cevap vermiştir.

Tablo 4.2'de hastaların ameliyattan önceki durumlarına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Hastaların çoğunluğunun (kontrol grubunun %62.5'inin, müdahale grubunun %52.2'sinin) disk seviyelerinin L4-L5'te olduğu belirlenmiştir. Kliniğe geliş şikayeti ve ilaç kullanma açısından iki grubun benzer olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların %51.7'sinin çoklu ilaç kullanımı var iken, müdahale grubundaki hastaların %56.7'si çoklu ilaç kullanmaktadır. Tabloda verilmemekle

birlikte LDH dışında başka hastalığı bulunanların kontrol grubundaki oranı %35.4, m¼dahale grubundaki oranı ise, %37'dir.



Tablo 4.3. Hastaların anksiyete-depresyon puan ortalamalarının dağılımı

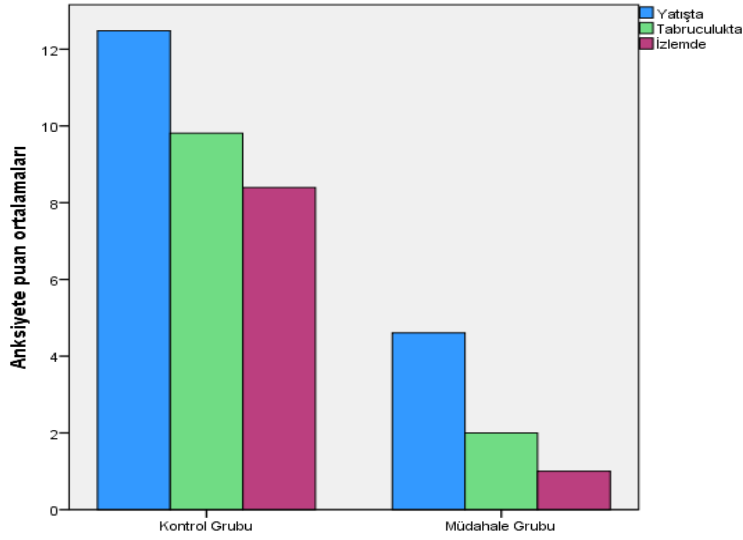
Ölçeğin uygulanma zamanı	ANKSİYETE				Değerlendirme	DEPRESYON				Değerlendirme
	Kontrol (48)		Müdahale (46)			Kontrol (48)		Müdahale (46)		
	\bar{x}	ss	\bar{x}	ss		\bar{x}	ss	\bar{x}	ss	
Yatış	12.48	4.94	4.61	3.71	t=-8.709 P=0.006	9.42	4.34	2.63	3.23	t=-8.572 P=0.044
Taburculuk	9.81	4.61	2.00	2.13	t=-10.478 P=0.000	7.17	3.47	1.00	1.69	t=-10.877 P=0.000
İzlem*	8.4	3.76	1.00	1.49	t=-12.443 P=0.000	6.17	3.49	0.33	0.9	t=-11.004 P=0.000

*Birinci ayda yapılmıştır.

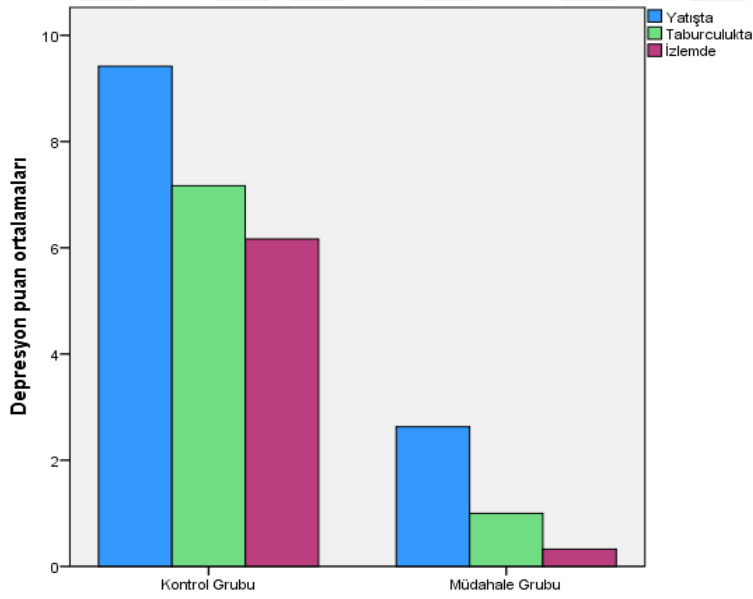
Tablo 4.4. Hastaların anksiyete-depresyon puan ortalamalarının yatış, taburculuk ve izlemdeki farkları

		Grup	\bar{x}	SS	t	Faktör (p)	Faktör*Grup (p)	Fark
Anksiyete	Yatış	Kontrol	12.48	4.94	t=-8.709 P=0.006	F=69.663 P<0.001	P>0.05	Yatış>Taburculuk>İzlem
		Müdahale	4.61	3.71				
	Taburculuk	Kontrol	9.81	4.61	t=-10.478 P=0.000			
		Müdahale	2.0	2.13				
	İzlem	Kontrol	8.4	3.76	t=-12.443 P=0.000			
		Müdahale	1.0	1.49				
Depresyon	Yatış	Kontrol	9.42	4.34	t=-8.572 P=0.044	F=242.052 P<0.001	P>0.05	Yatış>Taburculuk>İzlem
		Müdahale	2.63	3.23				
	Taburculuk	Kontrol	7.17	3.47	t=-10.877 P=0.000			
		Müdahale	1.0	1.69				
	İzlem	Kontrol	6.17	3.49	t=-11.004 P=0.000			
		Müdahale	0.33	0.9				

*Kontrol ve müdahale grubunun yatış, taburculuk ve izlemdeki ölçümlerde anksiyete-depresyon puanlarının azalışı arasındaki fark



Şekil 4.1. Hastaların yatış, taburculuk ve izlemde anksiyete puan ortalamaları



Şekil 4.2. Hastaların yatış, taburculuk ve izlemde depresyon puan ortalamaları

Tablo 4.3'de hastaların yatış, taburculuk ve izlemdeki anksiyete ve depresyon puan ortalamaları verilmiştir. Kontrol grubu anksiyete puanının her üç ölçümde de (sırayla; 12.48, 9.81, 8.4) müdahale grubundan (sırayla; 4.61, 2.00, 1.00) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Farklar istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p < 0.05$).

Hastaneye yattığı süre içerisinde eğitim verilen müdahale grubundaki hastaların ve rutin klinik bilgilendirme alan kontrol grubunun yatıştaki anksiyete puan

ortalamalarının taburculuk ve izlemde düştüğü ve aradaki farkların anlamlı olduğu görülmektedir. Müdahale grubundaki hastaların taburculuk ve izlemdeki anksiyete puan ortalamalarının kontrol grubundan daha düşük olduğu görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yatış, taburculuk ve izlemdeki depresyon puan ortalamaları kontrol grubunda sırayla; 9.42, 7.17, 6.17 müdahale grubunda ise 2.63, 1.00, 0.33 olduğu ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.4'te kontrol ve müdahale grubundaki hastaların yatış, taburculuk, izlemdeki anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Yatış, taburculuk ve izlemde anksiyete ve depresyon puanları karşılaştırıldığında ölçümlerde fark olduğu ($p<0.05$), ancak gruplara göre bu azalışın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Araştırmanın anksiyete ve depresyon ile ilgili H1 ve H2 hipotezlerinin doğrulanmadığı görülmüştür.

Tabloda verilmemekle birlikte (Ek tablo 13.1-2); hem müdahale hemde kontrol grubundaki tüm ölçümlerde kadın hastaların erkek hastalardan daha yüksek anksiyete ve depresyon puan ortalamalarına sahip oldukları görülmektedir. Yaş gruplarına göre anksiyete ve depresyon puan ortalamalarına bakıldığında, her iki grupta da aktif çalışan grup olan 36-50 yaş arasındaki bireylerin yatışta anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının yüksek olduğu bulunmuş olup aradaki farkın anlamsız olduğu görülmüştür ($p>0.05$).

Müdahale ve kontrol gruplarında yer alan hastaların eğitim düzeyi ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Medeni durumlarına göre anksiyete ve depresyon puan ortalamalarına bakıldığında ise kontrol grubundaki hastaların tüm ölçümlerde evli olanların puan ortalamaları yüksek iken, müdahale grubundaki hastalarda bekar olanların puan ortalamaları yüksektir.

Hastaların çalışma durumlarına göre anksiyete puanları incelendiğinde yatışta ve taburculukta yarım gün ya da belirli saatlerde çalışanların anksiyete puan ortalamaları yüksek iken, izlemde çalışmayan hastaların puan ortalamaları yüksektir. Sigara içen hastaların anksiyete ve depresyon puan ortalamaları daha yüksek olup,

sadece yatışta kontrol grubunda depresyonda istatistiksel olarak anlamlı sonuç saptanmıştır ($p<0.05$).

BKİ açısından depresyon puan ortalamaları değerlendirildiğinde kontrol grubunun yatışta puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görülmüştür ($p<0.05$). Bakmakla yükümlü olunan birey açısından bakıldığında tüm ölçümlerde anksiyete-depresyon puan ortalamalarının bakmakla yükümlü olunan kişi bulunanlarda yüksek olduğu, fakat sadece izlemde müdahale grubunun depresyon puan ortalaması açısından fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Çalışmaya alınan hastaların tüm anksiyete-depresyon ölçümlerinde verilen sosyal destek düzeyi yetersiz olan hastaların anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının yüksek, destek düzeyi çok iyi olanlarda ise düşük olduğu bulunmuştur. Kontrol grubunda taburculukta ve izlemde, müdahale grubunda ise yatışta fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.5. Hastaların yatış, taburculuk ve izlemde grup içi ve gruplar arası VAS ağrı puan ortalamalarının karşılaştırılması

VAS Değerlendirme Zamanı	GRUP	Bel ağrısı		Bacak ağrısı		DEĞERLENDİRME*
		\bar{x}	ss	\bar{x}	ss	
Yatış	Kontrol	7.70	2.59	8.24	1.91	Z=-1.377 P=0.169
	Müdahale	6.90	2.48	8.35	1.90	Z=-3.120 P=0.002
	DEĞERLENDİRME*	U=635.50 P=0.054		U=942.50 P=0.839		
Taburculuk	Kontrol	1.63	2.17	1.65	2.14	Z=-0.046 P=0.963
	Müdahale	0.63	1.14	0.82	1.33	Z=-1.787 P=0.074
	DEĞERLENDİRME*	U=886.00 P=0.048		U=379.50 P=0.011		
İzlem	Kontrol	2.00	2.30	1.69	2.34	Z=-1.235 P=0.217
	Müdahale	0.28	0.75	0.43	1.20	Z=-6.244 P=0.000
	DEĞERLENDİRME*	U=974.50 P=0.248		U=656.00 P=0.000		

*Satır önemlilik değerleri grup içi, sütun önemlilik değerleri gruplar arasıdır.

Kontrol ve müdahale grubundaki hastaların yatışta bel ağrıları ve bacak ağrıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Taburculukta ve izlemde müdahale grubundaki hastalar kontrol grubundaki hastalara göre daha az bel ve bacak ağrısı yaşamışlar ve bu farklar istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Yatış, taburculuk, izlemde; kontrol grubundaki hastaların bel ve bacak ağrısı arasında fark bulunmazken ($p>0.05$), müdahale grubundaki hastaların yatışta ve izlemde bel ve bacak ağrıları arasında fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.6. Hastaların VAS ağrı puanları ile anksiyete-depresyon puan ortalamaları arasındaki ilişki

	Ölçeğin uygulanma zamanı	VAS Ağrı	Değerlendirme		
				HADS-A	HADS-D
Kontrol Grubu	Yatış	Bel ağrısı	r p	.306 0.046	.313 0.041
		Bacak ağrısı	r p	0.081 0.61	0.189 0.231
	Taburculuk	Bel ağrısı	r p	.390 0.006	0.143 0.334
		Bacak ağrısı	r p	.436 0.002	0.228 0.119
	İzlem	Bel ağrısı	r p	0.271 0.062	-0.028 0.85
		Bacak ağrısı	r p	.335 0.02	.365 0.011
Müdahale Grubu	Yatış	Bel ağrısı	r p	0.277 0.088	0.242 0.138
		Bacak ağrısı	r p	0.168 0.265	0.159 0.291
	Taburculuk	Bel ağrısı	r p	.500 0.00	.382 0.009
		Bacak ağrısı	r p	.303 0.041	0.103 0.494
	İzlem	Bel ağrısı	r p	.400 0.006	.453 0.002
		Bacak ağrısı	r p	.457 0.001	0.264 0.076

Tablo 4.6’de kontrol ve müdahale grubundaki hastaların HADS Ölçeği Depresyon ve Anksiyete alt boyutlarına ait puan ortalamalarının yatış, taburculuk ve izlemdeki VAS puanları ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan korelasyon testi sonuçları yer almaktadır.

Kontrol grubunda;

Yatışta; bel ağrısı VAS puanı ile HADS-A arasında pozitif yönlü, düşük düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0.306$, $p<0.05$).

Taburculukta; bel ağrısı-HADS-A ($r=0.390$, $p<0.05$) ve bacak ağrısı-HADS-A ($r=0.436$, $p<0.05$) arasında pozitif yönlü, düşük düzeyde ve anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir.

İzlemde; bacak ağrısı ve HADS-A ($r=0.335$, $p<0.05$) pozitif, düşük düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Yatışta; HADS-D ve bel ağrısı arasında ($r=0.313$, $p<0.05$), izlemde ise HADS-D ve bacak ağrısı arasında ($r=0.365$, $p<0.05$) pozitif yönlü, düşük düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

Müdahale grubunda;

Yatışta; bel ve bacak ağrısı ile HADS ölçeği alt boyutları arasındaki ilişki anlamlı değildir ($p>0.05$).

Taburculukta; Bel ağrısı-HADS-A arasında ($r=0.500$, $p<0.05$) orta düzeyde, bacak ağrısı-HADS-A ($r=0.303$, $p<0.05$) arasında düşük düzeyde, pozitif yönlü, anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

İzlemde; Bel ağrısı ve HADS-A arasında pozitif yönlü, düşük düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=0.400$, $p<0.05$).

Taburculukta ve izlemde; Bel ağrısı ve HADS-D arasında, pozitif yönlü ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (sırayla; $r=0.382$, $p<0.05$ ve $r=0.453$, $p<0.05$).

Tablo 4.7. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların taburculukta ve izlemde yaşadıkları sorunların karşılaştırılması

Sorunlar		TABURCULUK						İZLEM					
		Kontrol		Müdahale		Değerlendirme		Kontrol		Müdahale		Değerlendirme	
		N	%	N	%	X ²	P	N	%	N	%	X ²	P
Hareket etmekten korkma	Evet	33	68.8	5	10.9	X ² =32.67	P=0.000	14	29.2	1	2.2	X ² =12.76	P=0.000
	Hayır	15	31.2	40	89.1			34	70.8	45	97.8		
Halsizlik, güçsüzlük, yorgunluk	Evet	28	58.3	6	13.0	X ² =20.87	P=0.000	20	41.7	2	4.3	X ² =18.24	P=0.000
	Hayır	20	41.7	40	87.0			28	58.3	44	95.7		
Bacak ağrısı	Evet	24	50.0	16	34.7	X ² =2.22	P=0.136	25	52.1	7	15.2	X ² =14.21	P=0.000
	Hayır	24	50.0	30	65.3			23	47.9	39	84.8		
Bel ağrısı	Evet	22	45.8	12	26.1	X ² =3.96	P=0.046	30	62.5	6	13.0	X ² =26.28	P=0.000
	Hayır	26	54.2	34	73.9			18	37.5	40	87.0		
Sinirlilik	Evet	21	43.8	4	8.7	X ² =14.78	P=0.000	22	45.8	3	6.5	X ² =18.59	P=0.000
	Hayır	27	56.2	42	91.3			36	54.2	43	93.5		
Kabızlık	Evet	18	37.5	5	10.9	X ² =9.01	P=0.03	21	43.8	2	4.3	X ² =19.73	P=0.000
	Hayır	30	62.5	41	89.1			27	56.2	44	95.7		
Uykusuzluk	Evet	17	35.4	5	10.9	X ² =7.89	P=0.005	15	31.3	3	6.5	X ² =9.27	P=0.002
	Hayır	31	64.6	41	89.1			33	68.7	43	93.5		
Kolay incinme ve ağlama	Evet	17	35.4	4	8.7	X ² =9.66	P=0.002	12	25.0	2	4.3	X ² =7.90	P=0.005
	Hayır	31	64.6	42	91.3			36	75.0	44	95.7		
Başkalarıyla görüşme isteğinin olmaması	Evet	12	25.0	4	8.7	X ² =4.42	P=0.035	14	29.2	2	4.3	X ² =10.24	P=0.001
	Hayır	36	75.0	42	91.3			34	70.8	44	95.7		
İdrar yaparken yanma	Evet	9	18.8	4	8.7	X ² =1.99	P=0.158	5	10.4	-	-	*	P=0.056
	Hayır	39	81.2	42	91.3			43	89.6	46	100		
Gaz çıkaramama	Evet	7	14.6	3	6.5	X ² =1.606	P=0.205	5	10.4	2	4.3	*	P=0.436
	Hayır	41	85.4	43	93.5			43	89.6	44	95.7		

*Fisher's kesin ki-kare testleri kullanılmıştır.

Tablo 4.7. Hastaların taburculukta ve kontrolde yaşadıkları sorunların dağılımı (Devamı)

Sorunlar		TABURCULUK				Değerlendirme		İZLEM				Değerlendirme	
		Kontrol		Müdahale		N	P	Kontrol		Müdahale		X ²	P
		N	%	N	%			N	%	N	%		
İştahsızlık	Evet	6	12.5	2	4.3	*	P=0.268	2	4.2	1	2.2	*	P=1.000
	Hayır	42	87.5	44	95.7	46		95.8	45	97.8			
Öksürük	Evet	6	12.5	3	6.5	*	P=0.487	7	14.6	-	-	*	P=0.012
	Hayır	42	87.5			41		85.4	46	100			
Baş dönmesi	Evet	5	10.4	2	4.3	*	P=0.436	5	10.4	2	4.3	*	P=0.436
	Hayır	43	89.6	44	95.7	43		89.6	44	95.7			
Karar vermede güçlük	Evet	4	8.3	2	4.3	*	P=678	6	12.5	1	2.2	*	P=0.111
	Hayır	44	91.7	44	95.7	42		87.5	45	97.8			
Bulantı	Evet	2	4.2	2	4.3	*	P=1.00	2	4.2	1	2.2	*	P=1.000
	Hayır	46	95.8	44	95.7	46		95.8	45	97.8			
Dikkat ve konsantrasyonda azalma	Evet	2	4.2	1	2.2	*	P=1.000	1	2.1	1	2.2	*	P=1.000
	Hayır	46	95.8	45	97.8	47		97.9	45	97.8			
Hafızada azalma	Evet	2	4.2	1	2.2	*	P=1.000	3	6.3	1	2.2	*	P=0.617
	Hayır	46	95.8	45	97.8	45		93.7	45	97.8			
Cinsel isteğin olmaması	Evet	2	4.2	1	2.2	*	P=1.000	4	8.3	-	-	*	P=0.117
	Hayır	46	95.8	45	97.8	44		91.7	46	100			
Ameliyat yarasında akıntı	Evet	1	2.1	-	-	*	P=1.000	3	6.3	-	-	*	P=0.242
	Hayır	47	97.9	46	100	45		93.7	46	100			
DVT	Evet	1	2.1	-	-	*	P=1.000	1	2.1	-	-	*	P=1.000
	Hayır	47	97.9	46	100	47		97.9	46	100			

*Fisher's kesin ki-kare testleri kullanılmıştır.

Tablo 4.7. incelendiğinde hastalar tarafından dile getirilen en önemli sorunların hareket etmekten korkma, halsizlik-güçsüzlük-yorgunluk, ağrı, sinirlilik, kabızlık ve uykusuzluk olduğu görülmüştür. Taburculukta kontrol grubundaki hastaların %68.8'i müdahale grubunun ise %10.9'u hareket etmekten korktuklarını belirtmişlerdir. Hareket etmekten korkma oranının kontrol grubunda müdahale grubuna göre hem taburculukta hem de izlemde yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmutur ($p<0.05$).

Müdahale grubunun taburculukta ve izlemde bel ağrısı yaşama oranının, kontrol grubuna göre düşük olduğu görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirme de anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Müdahale grubunun taburculuktaki bel ağrısı ve bacak ağrısı izlemde azalırken kontrol grubunun ağrısı artmıştır. Kontrol grubundaki hastaların %58.3'ü, müdahale grubundaki hastaların ise %13'ü halsizlik, güçsüzlük, yorgunluk yaşamışlardır. Taburculukta kontrol grubundaki hastaların %35.4'ünün, müdahale grubundaki hastaların ise %10.9'unun uykusuzluk yaşadığı belirlenmiştir. İzlemde her iki grupta uyku probleminde azalma olmasına rağmen aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Kontrol grubundaki hastalar (%37.5) taburculukta müdahale grubuna (%10.9) göre daha fazla kabızlık yaşamışlardır. Tablo 4.7'ye bakıldığı zaman; kolay incinme ve ağlama, başkalarıyla görüşme isteğinin olmaması, sinirlilik sorunlarını kontrol grubundaki hastaların daha fazla yaşadığı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Müdahale grubundaki hastaların idrarda yanma sorununu kontrol grubuna göre daha az yaşadıkları ancak, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Kontrol grubundaki hastalar müdahale grubuna göre daha fazla öksürük yaşamışlardır. Dikkat ve konsantrasyonda azalma, hafızada azalma, karar vermede güçlük, cinsel isteğin olmaması sorunlarını müdahale grubundaki hastaların daha az yaşadığı görülmektedir. Fakat yapılan istatistik analizde farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Müdahale grubundaki hastalar, ameliyat yarasında akıntı, DVT sorunlarını yaşamazken, kontrol grubundaki hastalar bu sorunları yaşamıştır.

Tablo 4.8. Müdahale grubundaki hastaların verilen eğitimden memnun olma durumları ve kontrol grubundaki hastaların bilgi alma durumları

Grup		N	%	
Müdahale	Eğitimden memnun olma durumu	Memnun	45	97.8
		Kısmen memnun	1	2.2
		Memnun değil	-	-
Kontrol	Bilgi alma	Evet	32	66.7
		Hayır	16	33.3
	Bilgiyi yeterli bulma	Evet	9	28.1
		Kısmen	15	46.9
		Hayır	8	25.0
	Bilgi alınan kaynak	Doktor	26	42.6
		Hemşire	1	1.6
		İnternet	8	13.1
		Başka bir hasta	7	11.5
Medya		1	1.6	

Tablo 4.8’de hastaneye yattıkları andan itibaren ihtiyaçlara göre hazırlanan eğitim kitapçığı kapsamında eğitim verilmiş ve soruları cevaplanmış olan müdahale grubundaki hastaların tamamının aldıkları eğitimden memnun kaldıkları görülmektedir. Klinikte planlı olarak taburculuk eğitimi uygulanmamasına karşın kontrol grubundaki hastaların %66.7’sinin hastalığı, ameliyatı ve tedavisi ile ilgili bilgi aldığı, %46.9’unun aldığı bilgiyi kısmen yeterli bulduğu saptanmış, hastaların %42.6’sının doktordan, %13.1’inin internetten, %11.5’inin başka bir hastadan, %1.6’sının ise hemşireden bilgi aldığı görülmüştür.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde; LDH'si ameliyatı geçiren kontrol ve müdahale grubundaki hastaların tanıtıcı özellikleri, hastalık durumlarına ilişkin bilgileri, HADS-Anksiyete ve HADS-Depresyon puan ortalamaları, VAS puan ortalamaları, VAS ile anksiyete-depresyon puan ortalamaları arasındaki ilişki ile taburculukta ve izlemde yaşadıkları sorunlar tartışılmıştır. Ayrıca hastaların aldıkları eğitimden memnun olma durumlarına ilişkin tartışmalar da yer almaktadır.

5.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Hastalık Durumlarına İlişkin Bilgiler

Araştırmamızda kontrol ve müdahale grubundaki hastalar tanıtıcı özellikler bakımından karşılaştırılmış ve farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($P>0.05$) (Tablo 4.1). Bu sonuç kontrol ve müdahale gruplarının benzer nitelikte olduğunu göstermesi bakımından önemlidir.

Genç-orta yaş, erkek cinsiyet, ailesel yatkınlık, fiziksel özellikler, çevresel faktörler, geçirilmiş travma ve sigara içme LDH'nin yaygın risk faktörleri arasındadır (Demir, 2008). Araştırmamızda kontrol ve müdahale grubundaki hastaların yaklaşık yarısının 51 ve üzerinde, üçte birinin ise 36-50 yaş arasında olduğu belirlenmiştir. Yaş ilerledikçe disk yapısı bozulmakta ve herniasyona yol açabilmektedir. Yapılan diğer çalışmalarda da lomber disk hernisi ameliyatı geçiren hastaların yaş ortalamalarının 36-50 yaş arasında değiştiği belirlenmiştir (Torun ve ark., 2010; Uluğ ve Yılmaz, 2012; Yıldırım, 2013; Yılmaz ve ark., 2014; Yıldız, 2015; Kashani ve ark., 2016).

LDH oluşumunda cinsiyetin etkisini inceleyen araştırma sonuçları farklılık göstermekle birlikte, erkekler ağır işlere daha fazla maruz kaldıkları için LDH gelişme sıklığı daha fazladır (Demir, 2008; Kutsal ve ark., 2008). Çalışmamızda, kontrol grubundaki hastaların %56.3'ü, müdahale grubundaki hastaların ise %63'ü erkektir. Benzer şekilde, Yıldız (2015), lomber disk hernisi nedeniyle cerrahi girişim uygulanan hastalarda (taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerini belirlemek amacıyla) yaptığı çalışmada erkek hastaların çoğunlukta olduğunu belirtmiştir.

Hastaların BKİ incelendiğinde, kontrol grubundaki hastaların %66.7'sinin, müdahale grubundaki hastaların ise %69.6'sının fazla kilolu ya da obez olduğu saptanmıştır. Konuya ilişkin çalışmalarda da lomber disk hernisi nedeniyle ameliyat olan

hastaların fazla kilolu ya da obez olduğu bildirilmiştir (Aydoğan, 2005; Uluğ ve Yılmaz, 2012; Yıldırım, 2013).

LDH oluşumu ile sigara içme arasındaki ilişki incelendiği zaman; sigaranın damarlar üzerinde meydana getirdiği değişiklikler nedeniyle vertebral kan akımını azaltarak diskin beslenmesini bozduğu belirtilmektedir. Ayrıca sigara içmenin kronik öksürüğe yol açarak disk içi basıncı yükselttiği böylece herniasyon riskini arttırdığı vurgulanmaktadır (Demir, 2008; Dönmez ve ark., 2010; Malak ve ark., 2013). Bizim çalışmamızda da hastaların yarısından fazlasının sigara içtiği düşünüldüğünde (kontrol grubundaki hastaların %58.4'ü, müdahale grubundaki hastaların ise %52.1'i), sigaranın bu hastalarda LDH gelişimini etkilemiş olabileceği söylenebilir.

Uygun egzersiz kasları kuvvetlendirmekte ve beta endorfin düzeyini artırarak ağrıyı azaltmakta yararlıdır (Karadakovan ve Eti Aslan 2014). Bizim çalışmamızda egzersiz açısından kontrol (%64.6) ve müdahale (%63) grubuna bakıldığında; her iki grubunda düzenli egzersiz yapmadıkları görülmektedir. Çerezci ve ark. (2011)'nin belirttiğine göre; bel ve karın kaslarının güçlü ve fizik kondüsyonunun iyi olmasının, bel travmalarında kas iskelet sistemi hasarlarını azalttığı gösterilmiştir. Lee ve arkadaşlarının (2001) üç bin erkek çiftçi üzerinde yaptıkları çalışmada, egzersiz alışkanlığı olanlarda bel ağrısı oranlarının daha düşük olduğu bildirilmiştir.

Vücut ağırlığının büyük kısmını lomber omurgalar taşır. Bu nedenle disk hernisi lomber bölgede daha sık görülür. Lomber mesafeler arasındaki sıklığa bakıldığında hareketliliğin ve yüklenmenin en fazla olduğu L4-L5 ve L5-S1 seviyeleri bütün lomber disk hernileri içinde %95'lik bir orana sahiptir. Hastaların %4'ünde L3-L4 seviyelerinde, geri kalan %1 hastada ise diğer üst mesafelerde disk hernileri görülmektedir (Zileli ve Korfalı, 2010; Greenberg, 2012; Öztekin, 2015; Sarı ve Aydoğan, 2015). Aydoğan (2005) ile Fang ve ark. (2016)'nın çalışmalarında LDH nedeniyle ameliyat geçiren hastaların disk seviyelerinin çoğunlukla L4-L5/L5-S1 seviyesinde olduğu belirtilmiştir. Araştırmamız, literatür ile benzerlik göstermekte olup, lomber disk hernisinin %85.4'ünün L4-5, L5-S1 seviyesinde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Literatürde LDH'ye bağlı yakınmaların bel ağrısı, bacak ağrısı, kasılma, uyuşma, kuvvet kaybı, ayak düşmesi, idrar/gaita kaçırma olduğu belirtilmektedir (Eseoğlu,

2008; Kalkan ve Keskin, 2008; Zileli ve Korfalı, 2010; Greenberg, 2012). Araştırma bulgularımızın, literatür bilgisi doğrultusunda olduğu söylenebilir (Tablo 4.2).

5.2. Hastaların Anksiyete-Depreyon Durumları

Hastaların hastaneye yatıştaki anksiyetelerinin yüksekliği, hastaneye yatma, yabancı bir ortama girme, ameliyattan korkma, ameliyat sonrasında ayağa kalkamama düşüncesi, LDH ameliyatına ilişkin bilgilerinin yetersiz olmasından kaynaklanabilir. Cerrahi girişim, bireylerin kendilerini fiziksel olarak risk altında hissetmelerine neden olmaktadır. Hasta, hastalığından kurtulma umut ve beklentisinin yanında kendi bedenini ve yaşantısını denetleyemeyeceği endişesine, duyu kaybı ve ölüm korkusuna kapılmaktadır (Öztekin, 2015). Ameliyat sürecinde hastaneye yatma, ağrı ve rahatsızlık, bağımsızlığını kaybetme, anestezi ve ölüm korkusunun anksiyeteyi tetikleyen faktörler arasında olduğu belirtilmektedir (Aksoy ve ark., 2012; Taşdemir ve ark., 2013). Yapılan bir çalışmada; hastaların ilk üç sıradaki kaygı nedenlerinin; ameliyat sonrası ağrı duyma, ameliyat sırasında uyanma ve ameliyat sonrası uyanamama olduğu görülmüştür (Yıldız, 2011). Hasta bireylerin içinde buldukları durum hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları önemli bir anksiyete kaynağı olup (Köçkar ve Uzun, 2007), ameliyat öncesi eğitim hastanın cerrahi girişimin her bir evresinde ne olacağını bilmesine, fiziksel ve ruhsal olarak kendini daha iyi hissetmesine, ameliyat sonuçlarının olumlu olmasına (Gürlek ve Yavuz, 2012) ve hastaların korkularının giderilmesine katkı sağlamaktadır (Taşdemir ve ark., 2013). Özellikle spinal ameliyatlarda nörolojik defisit tüm bireyler için endişe yaratan bir durumdur. Hastanın tekrar eski sağlıklı haline dönüp dönemeyeceği, oluşan sekele göre ne gibi kayıpları olacağı düşüncesi anksiyete yaratır (Güz ve ark., 2003). Araştırmamızda kontrol grubu anksiyete puanının yatış, taburculuk ve izlemde (sırayla; 12.48, 9.81, 8.4) müdahale grubundan (sırayla; 4.61, 2.00, 1.00) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Müdahale grubunun yatıştaki anksiyete puan ortalamalarının kontrol grubundan daha düşük olduğu görülmekle birlikte bu farkın müdahale grubundaki hastalara verilen taburculuk eğitiminin, kendilerini ifade etmelerine, endişelerini söylemelerine olanak tanınması ve sorularının yanıtlanmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bahçeli (2014), progresif gevşeme egzersizlerinin, lomber disk hernisi ameliyatı olan hastaların anksiyete, ağrı ve uyku kalitesine etkisini incelemek amacıyla 97 hasta (50 kontrol, 47 deney) üzerinde yaptığı çalışmada; ameliyat sonrası 2. ve 3. günde deney ve kontrol

grubunun durumluk kaygı puan ortalamalarının farklı olduğu ve arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu belirtmiştir. Çetinkaya ve Karabulut (2010) batın cerrahisi geçiren hastalarla yaptıkları çalışmada, ameliyattan 24 saat önce deney ve kontrol grubundaki hastaların kaygı puanlarının deney grubu lehine anlamlı olduğunu bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda da müdahale grubundaki hastaların taburculuktaki anksiyete puan ortalamalarının kontrol grubundaki hastalardan daha düşük olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.3). Yatış, taburculuk ve izlemde anksiyete- depresyon puanları karşılaştırıldığında en az bir ölçümün arasında fark olduğu, ancak gruba göre bu azalışın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.4). Kontrol grubundaki hastaların anksiyete puan ortalamalarının yüksek olmasının nedeni, taburcu olduktan sonra evde ortaya çıkabilecek sorunlar ile nasıl baş edeceklerini bilmemeleri olabilir. Kontrol grubunda yatışta bel ağrısı VAS ve anksiyete, depresyon puanları arasında pozitif yönlü düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiş ($p<0.05$), müdahale grubunda ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.6). Bu durumun kontrol grubundaki hastaların yatışta anksiyete ve depresyon puan ortalamalarını arttırmış olabileceğini düşündürmektedir.

Taşdemir ve ark. (2013) ameliyat sonrası dönemde kadınların anksiyete düzeylerinin, erkeklerden daha yüksek olduğunu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını belirtmişlerdir. Tander ve arkadaşları (2005)'nin başarısız bel cerrahisi sendromlu 35 hastanın özürülük, anksiyete ve depresyonları arasındaki ilişkiyi değerlendirdikleri çalışmada; cinsiyetler arasında anksiyete ve depresyon açısından istatistiksel olarak fark saptamamışlardır. Bizim çalışmamızda da cinsiyet açısından anksiyete ve depresyon puan ortalamalarına bakıldığında kadınların puan ortalamaları yüksek olmasına rağmen aradaki fark anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 4.5-6). Yapılan benzer çalışmalarda kadınlarda daha sık anksiyete ve depresyon bulgularının geliştiği görülmüştür (Güz ve ark., 2003; Yılmaz ve ark., 2014).

Çalışmamızda eğitim düzeyi ile anksiyete ve depresyon puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Oysa Yılmaz ve arkadaşları (2014) ile Güz ve arkadaşları (2003)'nin çalışmalarında eğitim düzeyi yüksek olanlarda daha sık ruhsal problemlerin ortaya çıktığı görülmüştür. Araştırmamızda çalışmayan veya yarı zamanlı çalışan hastalar, ekonomik gelir düzeyi düşük olan hastaların anksiyete

düzeyleri yüksek bulunmuştur. Bu sonuç yapılan diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Yılmaz ve ark., 2014; Xu ve ark., 2016).

Medeni duruma göre hastaların anksiyete depresyon durumlarına bakıldığında; kontrol grubundaki hastalarda evli olanların puan ortalaması yüksek iken, müdahale grubundaki hastalarda bekar olanların puan ortalaması yüksektir ($p<0.05$). Okanlı ve ark. (2006)'nın yaptığı çalışmada medeni durum ile anksiyete ve depresyon belirtileri arasında ilişki saptanmazken, Kelleci ve ark. (2009)'nın çalışmasında bekar olan hastaların anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Hastaların anksiyete düzeylerinin çalışma durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde, yatışta ve taburculukta kontrol ve müdahale grubundaki kısmi zamanlı çalışan hastaların anksiyete puanlarının yüksek olduğu, ancak sadece taburculukta müdahale grubundaki hastaların puan ortalamalarında anlamlı bir fark saptandığı görülmektedir ($p<0.05$) (Ek Tablo 13.1). İzlemde ise her iki gruptaki hastalarda çalışmayan hastaların anksiyete puan ortalamalarının yüksek olduğu, fakat anlamlı bir fark saptanmadığı görülmektedir.

Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların BKİ ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları incelendiğinde, fazla kilolu ve obez olan hastaların anksiyete ve depresyon puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede bu farkların yalnızca kontrol grubundaki hastaların yatışta depresyon puan ortalamalarında anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Ek Tablo 13.1-2). Wood ve ark. (2016) BKİ 30 ve üzerinde olan bireylerde anksiyete belirtisi görülme oranının %47.1; depresyon belirtisi görülme oranının ise %55.8 olduğunu saptamışlardır.

Kontrol ve müdahale grubundaki hastalarda yatışta ve taburculukta sigara içen hastaların içmeyenlere göre anksiyete ve depresyon puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmamız Cebeci ve Şenol (2011)'un çalışmasını desteklemektedir.

Hem müdahale hemde kontrol grubunda bakmakla yükümlü oldukları bireyleri olan hastaların anksiyete puan ortalamalarının yüksek olduğu bulunmuştur. Taburculukta ve izlemde bakmakla yükümlü bireyi olan hastaların depresyon puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve izlemde müdahale grubundaki hastalarda anlamlı bir fark

saptandığı görülmektedir ($p<0.05$). Sonucun literatür doğrultusunda olduğu söylenebilir (Cebeci ve Şenol, 2011).

Algılanan sosyal destek düzeyi yetersiz olan hastaların anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının tüm ölçümlerde yüksek olduğu bulunmuştur (Ek Tablo 13.1-2). Algılanan sosyal destek düzeyi ile depresyon puan ortalamaları arasında kontrol grubunda taburculukta ve izlemde, müdahale grubunda ise yatışta anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Tristaino (2016) da psikolojik destek arttıkça depresyon düzeyinin düştüğünü belirtmiştir. Oysa Cebeci ve Şenol (2011)'un çalışmasında sosyal destek düzeyi ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Kontrol ve müdahale grubunda düzenli egzersiz yapmadığını bildiren hastaların tüm ölçümlerde HADS anksiyete ve HADS depresyon (Ek Tablo 13.1-2) puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmekle birlikte farkın, yatışta kontrol grubunda istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

5.3. Hastaların Ağrı Durumları ve Ağrı ile Anksiyete- Depresyon İlişkisi

Ağrı LDH'de en önde gelen yakınmalardan biridir. Çalışmamızda taburculukta ve izlemde müdahale grubunun VAS ağrı puan ortalamasının kontrol grubundan daha düşük olduğu görülmektedir ($p<0.05$) (Tablo 4.5). Müdahale grubundaki hastalara verilen taburculuk eğitiminin VAS ağrı puan ortalama düzeyinin azaltılmasında etkin olduğu düşünülebilir. Çetinkaya ve Karabulut (2010)'un çalışmalarında da ameliyat sonrası deney ve kontrol grubundaki hastaların VAS ağrı puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Bahçeli (2014)'nin progresif gevşeme egzersizlerinin LDH ameliyatı olan hastalarda anksiyete, ağrı ve uyku kalitesine etkisini incelemek amacı ile yaptığı çalışmada, deney ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası 2. ve 3. günde VAS ağrı puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğunu ve progresif gevşeme egzersizlerinin hastaların ağrı düzeyini olumlu yönde etkilediğini belirtmiştir. Müdahale grubundaki hastaların VAS ağrı puan ortalamalarının değerlendirilmesinde, taburculuktaki ağrı düzeyinin izlemde azaldığı görülmektedir (Tablo 4.5). Müdahale grubundaki hastalara hastaneye kabul edildikleri andan itibaren ağrı kontrolü, doğru pozisyonlar ve mobilizasyon ile ilgili bilgi verilmiş olmasının VAS ağrı puan ortalamalarının düşmesini sağladığı düşünülmektedir. Literatürde taburculuk eğitimi alan hastaların eğitim almayanlara oranla daha az ağrı yaşadıkları belirtilmektedir (Bayrak ve ark., 2013). Taşdemir ve ark. (2013) yüksek

düzyeyde anksiyete ile operasyona giren hastaların postoperatif dönemde ağrı skorlarının da daha yüksek olduğunu, bilgilendirmeden fayda gören hastaların ise postoperatif dönemdeki ağrı skorlarının daha düşük olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızda hastaneye yattıkları andan itibaren taburculuk eğitimi verilen ve soruları yanıtlanan müdahale grubundaki hastaların anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının düşük olduğu, taburculukta ve izlemde daha az ağrı yaşadıkları saptanmıştır. Çalışmamız Bilgin ve ark. (2012), Taşdemir ve ark. (2013)'nın çalışmalarını da desteklemektedir.

Çalışmamızda; yatışta, taburculukta ve izlemde müdahale grubunun depresyon puan ortalaması kontrol grubundan daha düşük olup aradaki fark anlamlıdır ($p < 0.05$). Kişilerin yaşadıkları ağrı ve buna bağlı gelişen hareket kısıtlılıklarının depresif duygulanıma yol açabileceği düşünülebilir. Depresyon kişinin günlük yaşam aktivitelerinde engeller yarattığı için yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Ay ve Evcik (2008)'in yaptığı çalışmada da kronik bel ağrısı olan hastaların depresif belirti düzeylerinin yüksek olduğu ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği görülmüştür.

LDH düşünülen hastalarda kronik ağrı gelişimini önlemek için hastalığın her aşamasında psikolojik risk faktörlerinin değerlendirilmesi, bu hastaların klinik idaresinin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Özellikle cerrahi işlemlerden önce hastaların psikolojik bir taramadan geçirilmesi değerlendirmenin rutin bir parçası olmalıdır. Fiziksel rahatsızlığa bağlı gelişen ruhsal travmanın en sık yansıması anksiyete ve depresyondur (Atalay, 2008). Yılmaz ve ark. (2014), yaptıkları çalışmada; LDH'li hastaların anksiyete ve depresyon oranlarının normal popülasyona göre yüksek olduğunu, anksiyete-depresyon yatkınlığı saptanan hastaların psikiyatri değerlendirilmesi sonucu gerekli durumlarda hastalara ek tedaviler verilerek yaşam kalitelerinin arttırıldığını, tedavi sürelerinin kısaldığını ve tedavi maliyetlerinin azaldığını belirtmişlerdir. Depresyonun ağrı algılanmasını arttırarak ağrıyla ilişkili işlev bozukluklarını arttırdığı, anksiyetenin ise ağrı eşiğini ve ağrıya toleransı azalttığı bildirilmektedir (Atalay, 2008). Zieger ve ark. (2010) LDH nedeniyle ameliyat geçiren hastaların anksiyete-depresyon düzeylerinin normal popülasyona göre yüksek olduğunu, bu durumun da ameliyat sonrası dönemde ağrı ve işe dönmeyi olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir. Hastaların anksiyete-depresyon durumlarının yeterince değerlendirilmemesi ve tedavi edilmemesi, hastalığın seyrinin kötüleşmesine, hem hastalarda hem de sağlık çalışanlarında düş kırıklığına, sonuçta

sağlık bakım maliyetlerinin artmasına ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır (Atalay, 2008). Bizim çalışmamızda kontrol grubunda yatışta bel ağrısı ile anksiyete arasında ($r=0.306$, $p<0.05$) ve bel ağrısı ile depresyon HADS-D arasında ($r=0.313$, $p<0.05$) pozitif yönlü, düşük düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (Tablo 4.6). Yapılan çeşitli çalışmalarda da ağrı şiddeti ile anksiyete arasında pozitif ilişki olduğu bildirilmektedir (Güz ve ark., 2003; Çetinkaya ve Karabulut, 2010).

5.4. Hastaların Yaşadığı Sorunlar

Araştırmamızda kontrol grubundaki hastaların müdahale grubundaki hastalara göre daha fazla sorun yaşadıkları görülmüştür (Tablo 4.7). Hastaların, en fazla hareket etmekten korkma, halsizlik-güçsüzlük-yorgunluk, ağrı, sinirlilik, kabızlık ve uykusuzluk yaşadıkları belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede tüm bu semptomlarda farkların anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.7). Müdahale grubundaki hastalara hastaneye yattıkları andan itibaren mobilizasyon, beslenme ve ağrı ile baş etme yöntemlerinin anlatılması bu sorunları daha az yaşamalarının nedeni olabilir. Cebeci ve Şenol (2008)'un KABG ameliyatı geçiren hastalarla yaptıkları çalışma da eğitim verilen hastaların diğer gruptaki hastalara göre daha az sorun yaşadıkları görülmüştür.

Taburculukta kontrol grubundaki hastaların %35.3'ünün, müdahale grubundaki hastaların ise %10.9'unun uykusuzluk yaşadığı belirlenmiştir. İzlemde her iki grubun uyku probleminde azalma olmasına rağmen sorunun devam ettiği, müdahale grubundaki hastalarda daha az yaşandığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu sorunun fazla yaşanmasının nedeni bel ve bacak ağrısı, yatış pozisyonundaki zorlanma olabilir. Kontrol grubundaki hastaların daha fazla uykusuzluk yaşamalarının nedeni ise; bu gruptaki hastaların uykusuzluk ve ağrı ile nasıl başedeceklerini bilememeleri olabilir.

LDH operasyonu sonrasında, hareket esnekliği kısıtlanmakta, ağrı, yorgunluk ve depresyonu tetikleyerek cinsel isteği azaltabilmektedir. Özellikle opiyat içerikli bazı ağrı kesiciler merkezi sinir sistemini baskılayarak cinsel isteği ve uyarılmayı azaltabilirler (Akbaş 2008). Saritaş (2011), lomber disk hernili hastalarla yaptığı çalışmada deney grubundaki hastalara verilen eğitimin, aktivite, uyku bozukluğu, iştah, cinsel fonksiyon açısından olumlu etkilediğini belirtmiştir. Bizim

çalışmamızda; dikkat ve konsantrasyonda azalma, hafızada azalma, karar vermede güçlük, cinsel isteğin olmaması sorunlarını müdahale grubundaki hastaların daha az yaşadığı görülmektedir (Tablo 4.7).

Kabızlık, ıkınma nedeniyle disk içi basıncı arttırarak hastaların ağrı yaşamalarına neden olabilir. Kabızlık anestezi ajanlarının, immobilitenin, opiyat analjeziklerin yan etkilerinin bir sonucu olarak ortaya çıkan yaygın bir sorundur (Topçuoğlu ve ark., 2014). Çalışmamızda; kontrol grubundaki hastalar (%37.5) taburculukta müdahale grubuna (%10.9) göre daha fazla kabızlık yaşamışlardır. Müdahale grubundaki kabızlık yaşayan hasta oranı izlemde azalırken, kontrol grubunda bu oran artmıştır ve aradaki fark anlamlıdır ($p<0.05$). Müdahale grubunda daha az kabızlık yaşanmasının nedeni, düzenli ve dengeli beslenme, sıvı alımının önemi, kabızlığı önlemeye yönelik yapılan eğitim olabilir. Cebeci ve Şenol (2008) da çalışmalarında kontrol grubundaki hastaların daha fazla kabızlık yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4.7'ye bakıldığı zaman; kontrol grubundaki hastaların kolay incinme ve ağlama, başkalarıyla görüşme isteğinin olmaması, sinirlilik sorunlarını daha fazla yaşadığı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Müdahale grubundaki hasta ve ailelerine kendilerini rahatça ifade edebilmesi için uygun ortamın sağlanması ve sorularının cevaplanmasının bu sorunların azaltılmasında etkili olduğu düşünülebilir. Bu sorunlar anksiyete ve depresyonun belirti-bulguları arasındadır. Uluğ ve Yılmaz (2012)'in belirttiğine göre; uzun süreli bel ağrısı yaşayan bireylerde genellikle, ağrıya depresyon bulguları da eşlik etmektedir. Depresif duygu durumu olan kişide uyku bozukluğu, konsantrasyonda bozulma, umutsuzluk, karamsarlık, çaresizlik gibi belirtiler oluşur. Bizim çalışmamızda da taburculukta ve izlemde daha fazla ağrı yaşayan kontrol grubundaki hastaların depresyon bulgularını da daha fazla yaşadıkları görülmektedir.

Cerrahi planlanan hastalara; hastalığın niteliği, cerrahi girişim ve ameliyat sonrası dönemle ilgili eğitim verilmesi, hastaların bilgi düzeyini arttıracak, yaşam kalitesine olumlu etki edecektir (Sarıtaş, 2011). Mcgregor ve diğerleri (2010), spinal cerrahi geçiren hastalara rehabilitasyon programı uygulanması veya kanıt temelli bir eğitim kitapçığı verilmesinin ya da her ikisinin bir arada verilmesinin hastaların bilgi eksikliklerini gidereceği ve ameliyat sonrası süreci nasıl yöneteceklerini bilmelerini sağlayacağını belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda da geliştirdiğimiz eğitim kitapçığı

doğrultusunda eğitim verilen müdahale grubundaki hastarın taburculukta ve izlemde daha az sorun yaşadıkları görülmektedir (Tablo 4.7). Özkan ve Yavuz (2009) materyal kullanarak yapılan eğitimin hastalarda olumlu davranış değişikliği oluşturduğunu ve hasta memnuniyetini arttırdığını saptamışlardır.

LDH, omurilik bölgesiyle beraber hareket mekanizmalarının bazılarını da etkilemektedir. Hareket sistemi etkilenen hasta, kişisel gereksinimlerini karşılamak için yardıma gereksinim duymaktadır. Hastaların yaşam kalitesini yükseltmek için fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden kendilerini iyi hissetmelerinde ve kısıtlanan aktivitelerini sürdürmelerinde sosyal destek gereksinimlerinin karşılanması önemlidir. Ülkemizde mevcut sağlık sisteminde, evde bakım hizmetleri henüz tam olarak gerçekleştirilemediği için hastaların evde bakımı profesyonel bir bakım verici tarafından değil, daha çok kişinin kendine yakın hissettiği bireyler (aile, eş veya arkadaş) tarafından verilmektedir. Bu nedenle hemşire taburculuk eğitimini planlarken; sadece hastayı değil, evde bakımını üstlenecek olan yakınlarını da eğitime dahil etmelidir (Köçkar ve Uzun, 2007; Karadakovan ve Eti Aslan, 2014). Hastaların taburcu oldukları zaman karşılaşılabilecekleri problemleri bilmeden, çeşitli sorun ve endişe ile evlerine gitmeleri ruhsal açıdan olduğu kadar hastalığı ile baş etmesinde de zorluklara neden olmaktadır. Doğru bakımın evde devamlılığı için hastalara taburculuk öncesi eğitim verilmesi önemlidir (Alaca ve ark., 2012). Bayrak ve ark. (2013)'nın yaptıkları bir çalışmada taburculuk eğitimi alan ve telefonla izlemleri yapılan hastaların ameliyattan sonraki iki aylık dönemde hastaneye başvuru yapmadığı, tekrarlı yatışlarının olmadığı, ev ve iş yaşamlarına kısa sürede döndükleri ve memnuniyet düzeylerinin arttığı görülmüştür. LDH'nden opere olan hastalara taburculuk öncesi süreçte verilen planlı taburculuk eğitiminin, hastaların ev işi ve egzersiz yaparken yaşadıkları sorunlarla baş etmelerinde faydalı ve hastalara taburcu olurken verilen eğitim broşürlerinin de evdeki durumlarını yönetmede faydalı olduğu ifade edilmektedir (Konuşkaner ve ark., 2012).

Taburculuk eğitimi alan müdahale grubunun daha az sorun yaşadığı görülmektedir. Eğitim almayan hastaların yara yerinde kızarıklık, şişlik, ısı artışı oluşma oranının eğitim alan hastalara oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur (Aydoğan, 2005; Bayrak ve ark., 2013). Bayrak ve arkadaşları (2013)'nın yaptıkları çalışmada da taburculuk eğitimi almayan hastalarda çeşitli sorunlar görüldüğü belirtilmiştir. Hemşirelerin yaptığı hasta eğitiminin komplikasyonları ve hastanede kalma süresini

azalttığını belirten çalışmalar mevcuttur (Cebeci ve Şenol, 2008; Avşar ve Kaşıkçı, 2009; Bayrak ve ark., 2013). Ameliyat öncesi dönemde bireylere yapılan bilgilendirme ameliyat sonrası dönemde ağrıyı azaltmakta (Bilgin ve ark., 2012), ve hasta memnuniyetini arttırmaktadır (Taşdemir ve ark., 2013).

5.5. Hastaların Eğitimden Memnun Olma ve Bilgi Alma Durumları

Hastaneye yattığı andan itibaren başlanarak taburculuk eğitimi verilen müdahale grubundaki hastaların tamamının eğitimden memnun kaldıkları görülmektedir. Kontrol grubundaki hastaların da hastalığı, ameliyatı ve tedavisi ile ilgili bilgi aldığı (%66.7), bilgi edinme kaynağının çoğunlukla doktor olduğu (%42.6) ve %46.9'unun, aldığı bilgiyi kısmen yeterli bulduğu görülmüştür. Kontrol grubundaki hastaların hemşireden bilgi alma oranının çok düşük (%1.6) olduğu saptanmıştır (Tablo 4.8). Aygül ve Ulupınar (2012)'in çalışmasında hastaların büyük çoğunluğunun (%72.3) ameliyatı ile ilgili bilgiyi doktordan aldığı bildirilmiştir. Yapılan başka çalışmalarda da ameliyat öncesi eğitimin çoğunlukla doktor ve hemşire tarafından uygulandığı görülmüş olup (Dolgun ve Dönmez, 2010; Gürlek ve Yavuz, 2012), hemşire başına düşen hasta sayısının hemşirelerin hasta ve ailesinin eğitim gereksinimlerinin belirlenmesinde ve eğitim uygulamasında etkili olduğu belirtilmiştir (Gürlek ve Yavuz, 2012).

LDH'li hastaların hastanede kalma süresi genellikle kısadır ancak bu kısa süre içerisinde hemşireyle doğrudan iletişim içinde bulunmalarını gerektirecek birçok durum vardır. Hastaların gereksinimlerinin belirlenmesi ve karşılanmasında bu süre oldukça önemlidir. Hasta ve ailesine ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemler için yapılacak planlı eğitim, verilecek sosyal destek ve uygulanacak hemşirelik bakımı, hastanın hastaneden çıktıktan sonra yaşam kalitesinin yükselmesinde etkili olacaktır (Çetinkaya ve Karabulut, 2010). Çalışmamızda, planlı olarak eğitim verilen müdahale grubundaki hastaların tamamının aldıkları eğitimden memnun olduğu, kontrol grubunun ise %66.7'sinin bilgi almasına rağmen sadece %28.1'inin aldığı bilgiyi yeterli bulduğu görülmüştür. Bu nedenle, planlı taburculuk eğitimi önemlidir.

Cerrahi geçiren hastaların çoğunluğu temel bakım gereksinimlerini karşılamada kısmen ya da tamamen bir başkasına bağımlı olabilmektedirler. Hasta bakımından primer sorumlu olan hemşire, hasta bakımını planlarken bireylerin ihtiyaçlarını değerlendirmelidir (Korhan ve ark., 2013). Cerrahi geçirecek hemen her hasta

anksiyete yaşamakta olup, klinik hemşiresi bu durumun önlenmesi için gerekli desteği verebilmelidir. Hasta memnuniyetinin ve çalışma veriminin artırılması için hemşireler hastaya uygun, açıklayıcı bilgiyi vermelidir (Cihan ve ark., 2013). Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası karşılaşacakları durumlarla ilgili bilgi eksikliği, kaygı düzeyini arttırmakta, yüksek olan kaygı düzeyide ameliyat sonrası dönemde çeşitli sorunların da artmasına neden olmaktadır.

Taburculuk eğitimi hasta ve yakınlarının gereksinimleri dikkate alınarak planlanmalıdır. LDH ameliyatı öncesi planlanan eğitim; ameliyat öncesi dönemde hastalara yatak içindeki yatış-kalkış ve dönüş pozisyonları, ameliyat öncesi yapılması gerekenler, ameliyat hakkında bilgi, doğru vücut mekanikleri, egzersizler, ameliyat sonrasındaki ağrı kontrolü, yara bakımı, ilaç kullanımı, beslenme, günlük yaşam aktiviteleri, vücut mekaniklerinin uygun kullanımı, egzersizler, banyo yapma, araba kullanma, cinsel ilişkiye başlama zamanı, korse kullanma, işe geri dönüş, ameliyat sonrası ilk kontrol, gelişebilecek komplikasyonlar ve doktora başvurulması gereken durumlar gibi bilgileri içermelidir. Özbakım yetersizliği nedeniyle yeniden başvuru riskini azaltmak için bireyin hastanede hazırlanarak evine eksiksiz bir şekilde geçişi sağlanmalıdır (Aydoğan, 2005; Topçuoğlu ve ark., 2014; Öztekin, 2015). Araştırma sonucunda H1 ve H2 hipotezi reddedilirken H3 hipotezi doğrulanmıştır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

LDH nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan hastalara geliştirilen eğitim kitapçığı ve ihtiyaçları doğrultusunda verilen taburculuk eğitiminin bireyin anksiyete-depresyon durumuna ve yaşanan sorunlara etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır;

- Geliştirilen eğitim kitapçığına yönelik 15 uzmanın puan ortalaması 21.53 (17±25) olup, kitapçık yazılı eğitim materyali olarak uygun bulunmuştur (Tablo 3.1). Eğitim kitapçığı için 15 uzmanın Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi'ne ilişkin görüşleri arasında uyum bulunmuştur (Cochran's Q: 269.76, $p<0.05$) (Tablo 3.2).
- DISCERN'e göre uzmanların puan ortalaması 69.3 (60±75) olup, eğitim kitapçığının güvenilirlik ve kalitesi uzmanlar tarafından yeterli bulunmuş (%92), uzmanların ölçeğe verdiği cevaplar arasında da uyum görülmüştür ($W=0.336$, $p<0.05$) (Tablo 3.3). DISCERN'e göre eğitim kitapçığının güvenilirlik ve kalitesinin genel anlamda yüksek bulunduğu saptanmıştır (%95) (Tablo 3.4).
- Araştırma kapsamına alınan müdahale ve kontrol grubundaki hastaların tanıtıcı özelliklerine göre benzer oldukları saptanmış ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki farkın önemli olmadığı ortaya çıkmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.1).
- Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların hastalık özellikleri açısından da benzer oldukları saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.2).
- Hastaların yatış, taburculuk ve izlemdeki anksiyete puan ortalamalarına bakıldığında, kontrol grubunun her üç ölçümde de (sırayla: 12.48, 9.81, 8.4) müdahale grubundan (sırayla: 4.61, 2.00, 1.00) daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan istatistiksel değerlendirmede de bu farkların anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.3).
- Çalışma kapsamına alınan hastaların yatış, taburculuk ve izlemdeki depresyon puan ortalamaları; kontrol grubunda (sırayla: 9.42, 7.17, 6.17), deney grubunda ise (sırayla: 2.63, 1.00, 0.33) olduğu ve bu farkların yapılan istatistiksel değerlendirmede önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.3).
- Kontrol ve müdahale grubundaki hastaların yatış, taburculuk, izlemde anksiyete ve depresyon puanları karşılaştırıldığında en az bir ölçümün arasında fark olduğu, ancak gruba göre azalışın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

- **Kontrol grubunda;** HADS-Anksiyete ile yatışta bel ağrısı, taburculukta bel ve bacak ağrısı, izlemde ise bacak ağrısı arasında pozitif, düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

HADS-Depresyon ile yatışta bel ağrısı, izlemde ise bacak ağrısı arasında pozitif, düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki de saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.6).

- **Müdahale grubunda;** Yatışta HADS-Anksiyete ve Depresyon ile VAS arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Taburculukta; HADS-Anksiyete ile bel ağrısı arasında orta düzeyde, bacak ağrısı ile düşük düzeyde, pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Müdahale grubunda, izlemde; HADS-Anksiyete ile bel ağrısı arasında pozitif, düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Taburculuk ve izlemde HADS-Depresyon ile bel ağrısı arasında pozitif yönlü, düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.6).

- Yatışta, kontrol ve müdahale grubunun bel ve bacak ağrıları arasında fark saptanmamıştır ($p<0.05$). Taburculukta ve izlemde hastaların bel ve bacak ağrısı VAS ağrı puan ortalamaları incelendiğinde ise; kontrol grubundaki hastaların VAS ağrı puan ortalamalarının müdahale grubundan daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.5). Kontrol grubundaki hastaların yatış, taburculuk, izlemde bel ve bacak ağrısı arasında fark bulunmazken ($p>0.05$), müdahale grubundaki hastaların yatışta ve izlemde bel ve bacak ağrıları arasında fark saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.5).
- Taburculukta hem müdahale hem de kontrol grubundaki hastalar hareket etmekten korkma, halsizlik-güçsüzlük-yorgunluk, ağrı, sinirlilik, kabızlık, uykusuzluk yaşamışlar ve bu sorunları müdahale grubundaki hastalar daha az yaşamışlardır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede de bu farkların anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.7).
- Hastaneye yattıkları andan itibaren yapılan plan doğrultusunda eğitim verilen ve soruları cevaplanan müdahale grubundaki hastaların tamamının verilen eğitimden memnun kaldıkları saptanmıştır (Tablo 4.8). Kontrol grubunda bilgilendirme alan hasta oranının %66.7 olduğu, bilgiyi büyük oranda doktordan aldığı ve dörtte birinin aldığı bilgiyi yeterli bulmadığı belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Araştırma sonucunda elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Geliştirilen, uygunluğu, güvenilirlik ve kalitesi değerlendirilmiş olan eğitim kitapçığının klinikte rutin kullanımına geçilmesi,
- Anksiyete-depresyon ve ameliyat sonrasında yaşanan sorunları azalttığı belirlenen taburculuk eğitiminin planlı olarak verilmesi,
- Hastaların taburcu olduktan sonra sorularının yanıtlanabilmesi amacı ile taburculuk eğitiminin evde bakım kapsamında da devam ettirilmesi,
- Yapılacak yeni çalışmalarda müdahale grubundaki hastalara girişim yapılmadan önce ilk ölçümlerin yapılması,
- Araştırmanın büyük gruplarda, daha uzun süreli, randomize kontrollü olarak tekrarlanması ve sonuçlarının karşılaştırılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

Abdalrahim MS, Majali SA, Stomberg MW, Bergbom I. The effect of postoperative pain management program on improving nurses' knowledge and attitudes toward pain. Nurse Education Practice. 2011; 11(4), 250-255.

Akbay A. Lomber Disk Hastalığında Tıbbi Tedavi. Lomber Dejeneratif Disk Hastalığı, Türk Nöroşirurji Derneği Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi Öğretim ve Eğitim Grubu Yayınları. Koç K. Ed. Ankara. 2008, s: 126-137.

Akbaş NB. Lomber Disk Hastalığında Cinsel Sorunlar, Türk Nöroşirurji Derneği Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi Öğretim ve Eğitim Grubu Yayınları. Koç K. Ed. Ankara. 2008, s: 68-72.

Akça N, Aydın G, Gümüş K. Lomber Disk Hernili Hastaların Vücut Mekanikleri Bilgi Düzeyleri ile Ağrı Şiddeti Arasındaki İlişki. Gümüşhane University Journal of Health Sciences. 2013; 2(1): 66-77.

Akçay D, Gözüm S. Kemoterapi Alan Meme Kanserli Hastalarda Kemoterapinin Yan Etkilerine İlişkin Verilen Eğitim ve Evde izlemin Yaşam Kalitesine Etkisi. Meme Sağlığı Dergisi. 2012; 8(4): 191-200.

Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N. Cerrahi Hemşireliği I. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi. 2012, s: 257-366.

Akyolcu N, Aksoy G, Kanan N. Cerrahi Hemşireliği Uygulama Rehberi. İstanbul Tıp Kitabevi. 2011, s: 9-59.

Alaca N, Demir H, Atalay B. Spinal Cerrahi Hastaları İçin Taburculuk Yönergesi Geliştirme ve Etkinliğinin Değerlendirilmesi, Yeditepe Üniversitesi Hastanesi, Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğü, Türk Nöroşirurji Dergisi. 2012; 22: 347.

Avşar G, Kaşıkçı M. Ülkemizde Hasta Eğitiminin Durumu. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2009; 12(3): 67-73.

Ay F. ve Ecevit Alpar Ş. Postoperatif ağrı ve hemşirelik uygulamaları. Ağrı. 2010; 22(1): 21-28.

Ay S, Evcik D. Kronik Bel Ağrılı Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesi, Yeni Tıp Dergisi. 2008; 25: 228-231.

Aydoğan N. Lomber Disk Hernisi Nedeniyle Cerrahi Girişim Uygulanan Hastaların Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimleri, T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi. 2005, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Erdil F).

Aydemir Ö. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 1997; 8(4): 280-287.

Aygül S, Ulupınar S. Hemşirenin Hasta Eğitimindeki Rolüne Yönelik Hastaların Görüşleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012; 15(1): 1-9.

Atalay H. Dejeneratif Disk Hastalıkları ve Kronik Bel Ağrısının Psikolojik Boyutları. Lomber Dejeneratif Disk Hastalığı. Koç K. Ed. Ankara. 2008, s: 59-67.

Bahçeli A. Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Lomber Disk Hernisi Ameliyatı Olan Hastaların Anksiyete Ağrı ve Uyku Kalitesine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. 2014, Erzurum (Danışman: Doç. Dr. Karabulut N).

Bayrak B, Bağcıvan E, Mertoğlu D, Aslan B. Sivas Numune Hastanesi Hasta Bakım Planlama ve Eğitim Birimi Tarafından Lomber Disk Hernisi Ameliyatı Olan Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin ve Evde Telefonla İzlemin Değerlendirilmesi, T.C. Sağlık Bakanlığı, 3. Ulusal Kalite ve Güvenlik Ödülleri, Ankara, 2013, s: 61-81.

Bilgin T, Altun T, Salyam B, Erdem E. Effects of preoperative information team on postoperative pain and patient satisfaction. Turkish Journal of Urology. 2012; 38(2): 91-94.

Cebeci F, Şenol S. Discharge Training and Counselling Increase Self-Care Ability and Reduce Postdischarge Problems in CABG Patients. Journal of Clinical Nursing. 2008; 17: 412-420.

Cebeci F, Şenol S. Effects of Discharge Teaching and Counselling on Anxiety and Depression Level of CABG Patients. Turkish Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. 2011; 19(2): 170-176.

Charnock D, Shepperd S, Needham G, Gann R. DISCERN: An Instrument for Judging the Quality of Written Consumer Health Information on Treatment Choices. Epidemiol Community Health. 1999; 53: 105-111.

Cihan B, Kozluk G, Sarı S, Başoğlu A, Reşit E, Yılmaz R, Gürer B. Beyin Cerrahi Servisinde Ameliyat Öncesi Hasta Hazırlanmasında ve Hasta Anksiyetesinin Giderilmesinde Servis Hemşirelerinin Rolü, Türk Nöroşirürji Dergisi. 2013; 23: 372.

Çerezci Ö, Nazan Canbulat N, Alper Tura A. Bel Egzersizlerinin Lomber Stabilizasyonda Önemi ve Seçilecek Egzersiz Programı. Lomber Dejeneratif Disk Hastalığı ve Dinamik Stabilizasyon. 2011; 14: 144-157.

Çetinkaya F. Lomber Disk Hernili Hastalarda Egzersiz ve Elektrik Stimülasyonunun Etkinliği, T.C. Sağlık Bakanlığı 70.Yıl İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi -Uzmanlık Tezi. 2005, İstanbul.

Çetinkaya F, Karabulut N. Batın ameliyatı olacak yetişkin hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin kaygı ve ağrı düzeyine etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2010; 13(2): 20-26.

Çoşar M. Lomber Dejeneratif Disk Hastalığında Kullanılan Ölçekler. Ankara. Lomber Dejeneratif Disk Hastalığı. Koç K. Ed. Ankara. 2008, s: 80-90.

Demir F, Ozsaker E, İlce A. The Quality And Suitability Of Written Educational Materials for Patients. Journal of Clinical Nursing. 2008, s: 259-265.

Demirdağ F, Ediz L, Özgür A, Tekeoğlu İ. (2011) Kronik Lomber Disk Hernili Hastaların Tedavisinde Tens ile Elektroakupunktur Tedavisinin Karşılaştırılması, Van Tıp Dergisi. 2011; 18(1):15-19.

Doak LG, Doak CC, Meade CD. Strategies to improve cancer education materials Oncol Nurs. Forum. Sep. 1996; 23(8):1305-12.

Dönmez Y, Dolgun E, Kabataş M, Özbayır T. Lomber Disk Hernili Hastalarda Risk Faktörlerinin İncelenmesi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi. 2010; 24(2):89-92.

Ergün A. Taburculuk Planlaması ve Evde Bakım. In: A. Karadakovan, F. E. Aslan Ed. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Ankara Akademisyen Tıp Kitabevi. 2014, s: 25-34.

Eseoğlu M. Lomber Disk Heniasyonunda Başarısız Bel Cerrahisi; Epidural Fibrozis ve Nüks Olgularının Reopersayondaki Başarı Skorlamasının Retrospektif İncelenmesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi II. Nöroşirurji Kliniği İstanbul. 2008.

Eti Aslan F, Çavdar İ. (2014). Cerrahi Ağrı. Eti Aslan F. Ed. Ağrı Doğası ve Kontrolü, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara. 2014, s:185-212.

Fang G, Zhou J, Liu Y, Sang H, Xu X, Ding Z. Which Levels Is Responsible for Gluteal Pain in Lumbar Disk Hernia. BMC Musculoskeletal Disorders. 2016; 17-356.

Fanian H, Ghassemi G, Jourkar M, Malik S, Mousavi M. Psychological Profile of Iranian Patients With Low-back Pain. Eastern Mediterranean Health Journal. 2007; 23(2): 335-346.

Greenberg M. (2012). Omurga ve Omurilik. Nöroşirurji El Kitabı. Oruçkaptan H. Ed. Güneş Kitabevi. 2012, s:289-318.

Gökdoğan F. Yazılı Materyallerin Kalitesinin Gözden Geçirilmesi, Onkoloji Hemşireliği Derneği Bülteni. 2003; 16-17:2-16.

Gürlek Ö, Yavuz M. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ameliyat Öncesi Hasta Eğitimi Uygulama Durumları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013;16(1): 8-15.

Güz H, Doğanay Z, Güz T. Lomber Disk Hernisi Nedeniyle Ameliyat Olan Hastalarda Ameliyat Öncesi Anksiyete. Nöropsikiyatri Arşivi. 2003; 40(1-2): 36-39.

İplikçioğlu A. Lomber Disk Hernisinde Cerrahi Tedavi Endikasyonlar ve Zamanlama. Lomber Dejeneratif Disk Hastalığı. Koç K. Ed. Ankara. 2008, s:175-180.

İş M, Zileli M. Lomber Disk Hernilerinde Yakınma ve Bulgular. Zileli M. (Ed.). Omurilik ve Omurga Cerrahisi, İntertıp yayınevi. 2014, s: 608-616.

Kalkan E, Keskin F. Lomber Dejeneratif Disk Hastalığında Semptom ve Bulgular. In Lomber Dejeneratif Disk Hastalığı. Koç K. Ed. Türk Nöroşirurji Derneği Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi Öğretim ve Eğitim Grubu Yayınları, Ankara. 2008, s: 51-58.

Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni. 2011; 45(2): 65-74.

Karayurt Ö, Gürbüz H, Bilik Ö, Vural F, Fırat F, Ordin Y. Kronik Ağrılı Hastaların Tens Uygulaması Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitesi,Ağrı ve Hemşirelerden Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi,Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2014; 7(1):26-32.

Kashani FO, Faridhoseini F, Ariamanesh S, Kazar MH, Baradan A. Failure Rate of Spine Surgeons in Preoperative Clinical Screening of Severe Psychological Disorders. Clinics in Orthopedic Surgery. 2016; 8: 164-167.

Kelleci M, Aydın D, Sabancıoğulları S, Doğan S. Hastanede Yatan Hastaların Bazı Tanı Gruplarına Göre Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri. Klinik Psikiyatri. 2009; 12: 90-98.

Kluba T, Dikmenli G, Dietz K, Giehl JP, Niemeyer T. Comparison Of Surgical and Conservative Treatment For Degenerative Lumbar Scoliosis. Arch Orthop Trauma Surg. 2009; 129:1-5.

Konuşkaner İ, Ceylan D, Yıldız C,Kızılçay G. Lomber Disk Hernisi Ameliyatı Olan Hastalarda Taburcu Olurken Verilen Eğitim Formunun Etkinliğinin Araştırılması, Yeditepe Üniversitesi Hastanesi, Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğü, Türk Nöroşirurji Dergisi. 2012; 22: 343-344.

Korhan E, Hakverdioğlu G, Tokem Y, Karadağ Ö, Sarıoğlu E,Yıldız K. Dahiliye ve Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastaların Bakım Bağımlılığı Düzeylerinin Belirlenmesi, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013; 16(4):199-204.

Koçkar Ç, Uzun Ö. Lomber Disk Hernisi Ameliyatı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2007; 10(4): 30-41.

Köse G, Hatipoğlu S. The Effect of Low Back Pain on the Daily Activities of Patients With Lumbar Disc Herniation: A Turkish Military Hospital Experience, Journal of Neuroscience Nursing. 2012; 44(2): 98-104.

Kutsal YG, İnanıcı F, Karlı K, Alanay A, Palaoğlu S. Bel Ağrıları, Hacettepe Tıp Dergisi. 2008; 39: 180-193.

Ladeira C. Evidence Based Practice Guidelines for Management of Low Back Pain: Physical Therapy Implications. Practice Guidelines: Implications for Physical Therapy. 2011; 15(3): 190-199.

Lee MD, Goldsmith CH, Ontario HA. Low back pain industry prevalence risk factors. J. Rheumatol. 2001; 28(2): 346-351.

Malak A, Yıldız T, Göktaş B.S. Verilen Danışmanlık Hizmeti İle Lomber Disk Hernisi Engellenebilir Mi, Türk Nöroşirürji Dergisi. 2013; 23: 367.

McGregor A, Dore C, Morris T, Morris S, Jamrozik K. Function after spinal treatment, exercise and rehabilitation (FASTER): improving the functional outcome of spinal surgery. BMC Musculoskeletal Disorders. 2010; 11:17.

Naderi S. SGK Verilerine Göre Türkiye’de 2010, 2011 ve 2012’de Yapılan Spinal Cerrahi Operasyonlarının Analizi. Türk Nöroşirürji Dergisi. 2014; 24(1): 1-6.

Okanlı A, Özer N, Akyıl RÇ, Koçkar Ç. Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006; 9(4): 38-44.

Özbayır T. Nörolojik Travmalar. In: A. Karadakovan, F. E. Aslan Ed. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Ankara Akademisyen Tıp Kitabevi. 2014, s: 1199-1223.

Özcan H. Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Hemşireler Tarafından Verilen Taburculuk Eğitiminin Hastalar Tarafından Kullanılma Oranları. Trakya Üniversitesi Sağlık

Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. 2008, Edirne (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Yıldız Fındık Ü).

Özkan S. Hemşirelik Öğrencilerinin Eğitim Materyali Hazırlayarak Yaptıkları Öğretimin Hastalardaki Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi. 2008, İzmir (Danışman: Prof. Dr. Dıramalı A, Doç Dr. Yavuz M).

Özen DŞ, Temizsu E. Anksiyete ve Depresif Bozukluklarda Örtüşen ve Ayrışan Belirtiler Symptom Similarities and Differences in Anxiety and Depressive Disorders. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Current Approaches In Psychiatry. 2010; 2(1):114.

Özveren H, Uçar H. Öğrenci hemşirelerin ağrı kontrolünde kullanılan farmakolojik olmayan bazı yöntemlere ilişkin bilgileri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2009; 16(3): 59-72.

Öztekin S, Sunal N. Boyun ve Omurilik Yaralanmaları: Fiziksel Tanılama, Tedavi ve Temel İlkeler. In Nöroşirurji Hemşireliği. Öztekin S. Ed. 1. Baskı İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri. 2015, s: 105-138.

Peul CW, Hout BW, Brand R, Thomeer MWT, Koes WB. Prolonged conservative care versus early surgery in patients with sciatica caused by lumbar disc herniation: two year results of a randomised controlled. 2008, s:1-7.

Pritchard M. Using the Hospital Anxiety and Depression Scale in surgical patients. Art&Science. 2011; 25(34): 35-41.

Reiter K. A look at best practices for patient education in outpatient spine surgery, AORN Journal. 2014; 99(3): 376-384.

Sabuncuoğlu H, Özdoğan S, Timurkaynak E. Spontaneous Regression of Extruded Lumbar Disc Herniation: Report of Two Illustrative Case and Review of the Literature, Turkish Neurosurgery. 2008; 18(4): 392-396.

Santos M, Martins J, Oliveira L. Anxiety, depression and stress in the preoperative surgical patient. Revista de Enfermagem Referência. 2014, s: 7-15.

Sarı S, Aydoğan M. Bel ağrısının önemli bir sebebi: Lomber Disk Hernisi. Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği. 2015; 14: 298-304.

Sarıtaş S. Lomber Disk Hernisi Ameliyatı Olan Hastalara Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesi Öz-bakım Gücü ve Cinsel Doyum Üzerine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi. 2011, Erzurum (Danışman: Doç. Dr. Karabulut N).

Savaş E. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Yaşanan Anksiyete ile Ameliyat Sonrası Ağrı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2011, Sivas (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Yılmaz M).

Snekkevik H, Eriksen H, Tangen T, Chalder T, Reme S. Fatigue and Depression in Sick-Listed Chronic Low Back Pain Patients, Pain Medicine. 2014; 15: 1163-1170.

Strayer A, Hickey J. Back Pain and Spinal Disorders. In The Clinical Practice of Neurological and Neurosurgical Nursing. Hickey J. Ed. Philadelphia, PA 19103 USA. 2014, s: 430-460.

Taşdemir A, Erakgün A, Deniz M, Çertuğ A. Preoperatif Bilgilendirme Yapılan Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeylerinin State-Trait Anxiety Inventory Test ile Karşılaştırılması. Turk J Anaesth Reanim. 2013; 41: 44-9.

Tander B, Cengiz K, Cantürk F. Başarısız Bel Cerrahisi Sendromlu Hastalarda Özürlülük, Anksiyete ve Depresyon Arasındaki İlişki. 2005; 22(1): 1-6.

Torun F, Ören H, Gök H, Torun SD, Çevik S, Güleç İ, Naderi S. Lomber Disk Hernilerinde Anksiyete Depresyon ve Somatizasyon. The Journal of Turkish Spinal Surgery. 2010; 21(1): 59-68.

Toplamaoğlu H, Ofloğlu E. Lomber Disk Hernileri. In Temel Nöroşirurji. Zileli M, Korfalı E. Ed. Türk Nöroşirurji Derneği Yayınları. 2010; 2: 1489-1532.

Tristaino V, Lantieri F, Tornago S, Gramazino M, Carriere E, Camera A. Effectiveness of psychological support in patients undergoing primary total hip or knee arthroplasty: a controlled cohort study. Journal of Orthopaedics and Traumatology. 2016; 17: 137-147.

Uluğ N, Yılmaz T. Srevikal ve Lumbar Ağrı Problemi Olan Hastaların Ağrı, Emoyonel Durum ve Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması. *Fizyoterapi Rehabilitasyon*. 2012; 23(2): 90-99.

Waterhouse C, Pellatt G. Çeviren: Ege F, Öztürk Ş. Vertebral Kolon ve Spinal Kord Hastalıklarının Tedavisi. Topçuoğlu MA, Durna Z, Karadakovan A. Ed. *Nörolojik Bilimler Hemşireliği Kanıta Dayalı Uygulamalar*, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul. 2014, s: 585-606.

Walker J. Care of patients undergoing joint replacement, *Nursing Older People*. 2012; 24(1):14-20.

Weinstein JN, Lurie JD, Tosteson TD. Surgical Versus Nonsurgical Treatment for Lumbar Degenerative Spondylolisthesis. *N Engl J Med*. 2007; 356: 2257-70.

Wood TJ, Thornley P, Petruccelli D, Kabali C, Winemaker M de Beer J. Preoperative Predictors of pain Catastrophizing, Anxiety and Depression in Patients Undergoing Total Joint Replacement. *The Journal of Arthroplasty*. 2016: 1-7.

Xu X, Shen B, Zhang A, Liu J, Da Z, Liu H, Gu Z. Anxiety and Depression Correlate With Disease and Quality-Of-Life Parameters in Chinese Patients With Ankylosing Spondylitis. *Patient Preference and Adherence*. 2016;10: 879-885.

Yavuz S, Keskin F, Kalkan E. Lomber Disk Hernisinde Spontan Gerileme, *Türk Nöroşirurji Dergisi*. 2012; 22: 114.

Yıldız D. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Hastaların Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi. K.K.T.C. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2011, Lefkoşa (Yrd. Doç. Dr. Sala Razi G).

Yıldız T. Cerrahi Hasta Eğitiminde Kullanılan Güncel Yöntemler: Hastalık Merkezli Değil, Hasta Merkezli Eğitim. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2015; 5(2): 129-133.

Yıldırım B, Özkahraman Ş. Hasta Eğitiminde Hemşirenin Rolü Sağlık ve Toplum. 2011; 21(1): 7-14.

Yılmaz ER, Bulut SD, Eryılmaz F, Esre T, Alataş E, Eryılmaz G, Gürer B, Türkoğlu E, Dolgun H. Beyin Cerrahi Servisinde Lomber Disk Hernisi Tanısı İle Yatan Hastalarda Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Hasta İyileşmesi Üzerine Etkileri. Ortadoğu Tıp Dergisi. 2014; 6 (3):111-121.

Yıldırım M. Lomber Disk Hernisi Ameliyatı Olan Hastalar İçin Geliştirilen Hasta Güvenliği Öğretim Planının Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi. 2013, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Bayraktar N).

Zieger M, Schwarz R, König H, Harter M, Heller SG. Depression and Anxiety in Patients Undergoing Herniated Disc Surgery: Relevant but Underresearched - A Systematic Review. Cen Eur Neurosurg. 2010; 71(1): 26-34.

EKLER:**EK-1**

**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

Sayı: 70904504/
Konu:

2015

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Fatma CEBECİ	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Lomber Disk Hernisi Nedeniyle Cerrahi Tedavi Uygulanan Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin Anksiyete-Depresyon Durumuna ve Yaşanan Sorunlara Etkisi	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:92	Tarih: 25.02.2015
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	
Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz		

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL
Başkan

Öğr.Gör.Dr.M. Levent ÖZGÖNÜL
Başkan Yardımcısı (İznil)

Prof.Dr. Ali Aydın YAVUZ
Üye

Prof.Dr. Oktay ERAY
Üye

Prof.Dr. Bilge KARSAL
Üye

Prof.Dr.Can CEVİKOL
Üye

Prof.Dr. Murat CANPOLAT
Üye

Doç.Dr.Ebru Nur BARÇIN
Üye (İznil)

Doç.Dr. Yeşim SENOL
Üye

Doç.Dr.Hasan MUTLU
Üye

Doç.Dr.Doğa TÜRKKAHRAMAN
Üye (İznil)

Doç.Dr. Gülsüm Özge BAYSAL
Üye

Av.Mustafa AÇIKEL
Üye

Turgut ALTUN
Üye

EK-2

Evrak Tarih ve Sayısı: 02/04/2015-13566



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (Hastane)
Hastane Başmüdürlüğü, Personel İşleri Birimi



Sayı : 26708535-900/664
Konu : Tez Çalışması

30/03/2015

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi: 26/03/2015 tarih ve 36005147-100-27689 sayılı yazınız.

Enstitünüz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Arzu TAT'ın, "Lomber Disk Hernisi Nedeniyle Cerrahi Tedavi Uygulanan Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin Anksiyete-Depresyon Durumuna ve Yaşanan Sorunlara Etkisi" konulu tez çalışmasını, Hastanemiz Nöroşirurji Kliniğinde yapması tarafımızca uygun görülmüştür.

Gereğini rica ederim.

Doç.Dr. Murat B. URHAN
Yardımcı Dekan
Dekan Yardımcısı

Dumlupınar Bulvarı, Kampüs 07059 Konyaaltı/ANTALYA Ayrıntılı bilgi için: Şef H.A.BARDAK
Tel: (0 242) 249 62 90 Faks: (0 242) 249 60 40 <http://hastane.akdeniz.edu.tr> hastanepersonel@akdeniz.edu.tr

Form- 70 02 30 00 15

Rev.No:00

EK-3

Arzu Tat

Eylemler

Kime:

soaydemir@gmail.com
Gönderilmiş Öğeler

29 Aralık 2014 Pazartesi 12:40

Sayın Prof. Dr. Ömer AYDEMİR,
Ben Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Arzu TAT. Sayın Doç. Dr. Fatma CEBECİ danışmanlığında "Lomber Disk Hernili Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin Ağrı ve Anksiyete-Depresyona Etkisi" isimli yüksek lisans tez çalışmamı hazırlamaktayım. Çalışma için Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini Sizin yapmış olduğunuz Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'ni kullanmayı planlıyorum. Ölçeğin kullanımı için izninize ihtiyacım var. Ölçeğin kullanımı için izni uygun görürseniz, ölçeğin orijinali, kullanımı ve değerlendirilmesi için bilgilere ihtiyacım olacak. Cevabınızı bekliyorum. Şimdiden çok teşekkür eder saygılarımı sunarım.
İyi çalışmalar.

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Yüksek Lisans Öğrencisi Arzu TAT

Ömer Aydemir [soaydemir@gmail.com]

Eylemler

Kime:

Arzu Tat

Ekler:

(2)Tüm ekleri karşıdan yükle
[HAD-EK.DOC \(20 KB\)\[Web Sayfası Olarak Aç\]](#); [HADS.DOC \(21 KB\)\[Web Sayfası Olarak Aç\]](#)

31 Aralık 2014 Çarşamba 09:10

02.01.2015 16:34 tarihinde yanıtladınız.

Merhaba Arzu Hanım,
HAD Ölceğini tez çalışmanızda kullanmanızdan memnuniyet duyuyorum.
Ölçek ve değerlendirme yönergesi ektedir.
İyi yıllar.
Ömer

EK-4

Arzu Tat

Eylemler

Kime:

sahsa.shepperd@dph.ox.ac.uk

Gönderilmiş Öğeler

08 Ocak 2015 Perşembe 22:51

Dear Sasha Shepperd,

I am student at Akdeniz University , Health Sciences Institute at Surgical Disease Nursing Master class, with my Counselor Assoc. Dr. Fatma Cebeci, I'm preparing my thesis study about " The effect of Given Discharge Education at Anxiety -Depression Status and experienced problems on patients who are Applied Surgical Treatment due to Lumbar Disc Herniation", I am requesting your permission toward "DISCERN". I want to use it for the evaluation of educational booklets. When it is used with your permission, it will be cited.

Arzu TAT

Akdeniz University/ ANTALYA from TURKEY

Sasha Shepperd [sasha.shepperd@ndph.ox.ac.uk]

Eylemler

Arzu Tat kişisinden gelen iletiye yanıt olarak, 08.01.2015

Kime:

[Arzu Tat](#)

09 Ocak 2015 Cuma 18:35

No need to obtain permission for this
Good luck with your project
Best wishes
Sasha

EK-5

Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi ve DISCERN

Gelen Kutusu x

arzu tat <arzutatben@gmail.com>
Alıcı: gokdogan_f

11 Ağu (3 gün önce) ☆



Sayın Prof. Dr. Feray GÖKDOĞAN,
Ben Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Arzu TAT. Sayın Doç. Dr. Fatma CEBECİ danışmanlığında "Lomber Disk Hernili Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin Ağrı ve Anksiyete-Depresyona Etkisi" isimli yüksek lisans tez çalışmamı hazırlamaktayım. Çalışma kapsamında hastalara taburculuk eğitim kitapçığı hazırlıyorum. Kitapçığım uygunluğunun değerlendirilmesinde "Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi" formunu, güvenilirlik ve kalitesinin değerlendirilmesi için ise "DISCERN" i kullanmak istiyorum. Kullanım için iznimize ihtiyacım var. Cevabınızı bekliyorum. Şimdiden çok teşekkür eder saygılarımı sunarım. İyi çalışmalar.

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği
Yüksek Lisans Öğrencisi Arzu TAT

Feray Gökdoğan

12 Ağu (2 gün önce) ☆



Alıcı: bana

Sayın Arzu TAT,

Öncelikle Yüksek lisans tez çalışmanızda yazılı eğitim materyallerinin uygunluğunun değerlendirmesinde geçerlilik güvenilirliği tarafımdan yapılan DISCERN kullanırken kaynak gösterdiğiniz (aşağıda belirtilmiştir) ve aşamaları konusunda geribildirimde bulunduğunuz takdirde, DISCERN çalışmanızda kullanmanız bilgiyi paylaşma adına bir sakınca bulunmamaktadır. Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim. İyi çalışmalar ve iyi günler

Prof.Dr.Feray GÖKDOĞAN

Gökdoğan F."Etkili Bir Hasta İletişimi İçin Araç Geliştirme: Yazılı Materyallerin Uygunluğunun Değerlendirilmesi (DISCERN). Onkoloji Hemşireliği Derneği Bülteni. No:16-17 : 8-16 (2003).

Feray Gökdoğan

13 Ağu (1 gün önce) ☆



Alıcı: bana

Sayın Arzu TAT,
Yüksek lisans tezinizde kitapçığım uygunluğunun değerlendirilmesinde "Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi Formu"nu da kullanabilirsiniz. Kolaylıklar ve başarılar diliyorum.
Prof.Dr. Feray GÖKDOĞAN

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

Kimden: "arzu tat" <arzutatben@gmail.com>

Kime: "gokdogan" <gokdogan_f@ibu.edu.tr>

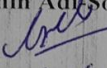
Gönderilenler: 12 Ağustos Çarşamba 2015 19:23:52

Konu: Re: Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi ve DISCERN

EK-6

İZİN BELGESİ

Lomber disk hernisi nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan hastalara verilen taburculuk eğitiminin anksiyete-depresyon durumuna ve yaşanan sorunlara etkisi isimli tez çalışması kapsamında hazırlanacak olan eğitim kitapçığında yer alması için fotoğraflarımın çekilmesine izin veriyor maddi ve manevi bir talebim olmadan kullanılmasını kabul ediyorum. Kendi rızamla, baskı altında kalmadan fotoğraflarımın çekilmesini ve bilimsel amaçlı kullanılmasında sakınca olmadığını beyan ederim.

Katılımcının Adı Soyadı: Ayşe Işık
İmzası: 
Adresi: Altınkum Mah - 6505k - Atatürk - B. Blok K.4. D.10
Konyoluğu,
Telefonu: 0505 666 9444
Tarih: 10.07.2015
E-mail: ayse.karadeli@hotmail.com

EK-7**Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi**

	Evet 1 puan	Hayır 0 puan
A. İçerik Durumu (1-4. maddeler) 1. Materyalin amacı kolayca anlaşılabilir mi? 2. Sorun çözücü davranışa özgü içerik açık mı? 3. Konu hedeflerle sınırlı mı? 4. Anahtar noktalara ilişkin özet ya da eleştiri var mı?		
B. Okuryazarlık Durumu (5-9. maddeler) 5. Materyaller okunabilir düzeyde mi yazılmıştır? 6. Materyaller konuşma biçiminde mi yazılmıştır? 7. Materyalde tıbbi kelimeler yerine net ve sık kullanılan kelimeler mi kullanılmıştır? 8. Yeni bilgiden önce yapısı verilmiş midir? 9. İleri organizasyon var mıdır?		
C. Resim Grafik Durumu (10-14. maddeler) 10. Grafikler/Resim/Tablo ilgi çekici mi? İstenen mesajı iletmekte mi? 11. Resimler basit, gerçekçi ve dikkat çekici mi? 12. Resimler anahtar noktaları görsel olarak anlatıyor mu? 13. Grafiklerin hepsinin yanında metinde açıklama yapılmış mı? 14. Duyuru/açıklayıcı grafik ve resimlerde manşet başlığı kullanılmış mı?		
D. Yazı ve Plan Durumu (15-22. maddeler) 15. Resimler ilgili metnin yanında mı? 16. Anahtar bilgiyi göstermek için oklar ya da kutular gibi ip uçları var mı? 17. Yeterli beyaz boşluk bulunmakta mı? 18. Materyal dağınık görünüyor mu? 19. Kağıt ve mürekkep arasında tezatlık var mı? 20. Aynı sayfa üzerinde altıdan daha fazla yazı tipi ya da yazı boyutu kullanılmış mı? 21. Hepsi büyük harfle mi yazılmış? 22. Alt başlıklar beş ila yedi alt başlıktan fazla mı?		
E. Öğrenme ve Motivasyon Durumu (23-25. maddeler) 23. Metin ile grafik arasında etkileşim var mı? 24. İstenilen davranışlar özellikli terimler ya da modellerle gösterilmiş mi? 25. Davranış uygulanabilir halde mi?		
F. Kültürel Uygunluk Durumu (26-27. maddeler) 26. Dili, mantığı, yaşantılar topluma uygunluk gösteriyor mu? 27. Kültürel görüntüler olumlu, gerçekçi ve uygun mu?		

EK-8

EĞİTİM KİTAPÇIĞININ GÜVENİRLİK VE KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİ-DISCERN

BÖLÜM 1: Bu Kitapçık Güvenilir mi?

1. Amacı açık mıdır? (1. soruya “Hayır” yanıtı verilmişse, 3. soruya geçiniz.)

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

7. Ne hakkında?
8. Hangi konuları kapsıyor (ve hangi konuları kapsamıyor)?
9. Kimler için yararlı olur?

2. Bu amaçlara ulaşılabilir mi?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

Bu kitapçıkta ana başlıklarda belirtilen bilgilere ulaşıp ulaşılamayacağını düşünün.

3. Konu ile ilgili mi?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

Bu kitapçıkta;

- Okuyucunun sorabileceği soruların yer alıp almadığı,
- Taburculuk ile ilgili önerilerin gerçekçi ya da uygun olup olmadığı.

4. Bu kitapçığı hazırlamada kullanılan kaynaklar açıkça belirtilmiş midir ?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Eğitim kitapçığındaki bilgileri sunarken bunların bir araştırma bulgusu ya da uzman görüşü gibi kaynaklara dayandırılıp dayandırılmadığına bakın.
- Bibliyografi/ kaynak listesi, alıntı yapılan organizasyon ya da uzmanların adresleri gibi kaynakları kontrol anlamında gözden geçirin.

Derecelendirme notu: Kitapçık her iki ipucu için “5” puan karşılığında olmalıdır. Genel kitapçıklar için ilave bilgi ve destek kaynakları (soru 7) listesi gerekli değildir.

5. Bu kitapçıkta bildirilen ya da kullanılan bilginin tarihi açıkça belirtilmiş midir ?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Kitapçığın hazırlanmasında kullanılan başlıca bilgi kaynaklarının tarihine bakın.
- Kitapçığın baskı tarihine bakın
- Kitapçığın tarihine bakın (telif hakkı)

6. Bu kitapçık tutarlı ve tarafsız mıdır?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Kitapçığın kişisel ya da objektif bir bakış açısıyla yazılıp yazılmadığına ilişkin göstergelere bakın.
- Kitapçığın hazırlanmasında kullanılan bilgi kaynaklarının dağılımına bakın, bir araştırma ya da uzman görüşünden daha fazla olması.
- Kitapçığın başka bir tanılmasının olması

Dikkatli olunmalı eğer;

- Kitapçık diğer tedavi seçeneklerinden bahsetmeden özel bir tedavinin avantajları ya da dezavantajları üzerinde odaklanıyorsa,
- Kitapçık tek bir bir vakaya dayandırılıyorsa (bu durumdaki kişiler için ya da özel bir tedaviye tepkiler açısından tipik olmayabilir)
- Bilgi, heyecanlı, duygulu ya da tehlikeli bir şekilde sunuluyorsa.

7. İlave bilgi ya da destek kaynaklarına ilişkin ayrıntılar veriyor mu ?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Durum ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi ve öneri elde etmede diğer örgütlere ilişkin ayrıntılar ve daha fazla okuma için öneriler açısından bakın.

8. Bu kitapçıkta belirsiz yönlerden söz ediliyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Eğitim kitapçığında uzman görüşlerindeki farklılıkları ya da bilgi eksikleri yönünden yazılan bilgilere bakın.
- Eğitim kitapçığında sunulan bilginin herkesi aynı şekilde, etkilediğinden söz edilmesine dikkat edin (özel bir bakım gereksiniminin başarı oranının %100 olduğunun belirtilmesi gibi).

BÖLÜM 2: Bu Kitapçıkta Sunulan Bilginin Kalitesi Nasıl?

Eğitim kitapçığında sunulan bilgiler taburculuk eğitiminin bir parçası olarak düşünölmelidir.

9. Bu kitapçıkta bilgilerin nasıl uygulanacağı tanımlanıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Taburculuk gereksinimlerinin tanımlanmasına bakın.

10. Bu kitapçıkta bilgilerin yararları tanımlanıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Eğitim kitapçığında sunulan bilginin kontrol edilmesi, tekrarların önlenmesi, kısa ve uzun süren durumlara ilişkin yararları yer alabilir.

11. Bu kitapçık taburculuk ile ilgili eksik kısımları tanımlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Eğitim kitapçığında sunulan taburculuk bilgilerinin kullanılması, kısa ve uzun süreli etkilerine ilişkin riskler yer alabilir.

12. Bu kitapçıkta bilgilerin kullanılmadığı durumlarda ne olacağını tanımlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Eğitim kitapçığında sunulan bilgilerin/ uygulamaların ertelenmesi (uygulanmadan durumun nasıl geliştiğini izleme gibi) ya da tamamen vazgeçilmesi durumunda risk ve yararların tanımına bakın.

13. Bu kitapçıkta sunulan bilgilerin yaşam kalitesini nasıl etkilediğini tanımlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Eğitim kitapçığındaki bilgilerin günlük aktiviteler üzerine etkilerini tanımlayıp tanımlamadığına bakın.
- Eğitim kitapçığındaki bilgilerin aile, arkadaş ve bakım verenlere etkilerinin tanımlanmasına bakın.

14. Birden fazla taburculuk eğitimi seçeneği olabileceği açıklanmış mıdır?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Eğitim kitapçığında sunulan taburculuk bilgilerinden hangi durumda yararlanacaklarının tanımlanmasına bakın.
- Eğitim kitapçığının daha fazla araştırmak ya da düşünmek için alternatifleri ortaya koyup koymadığına bakın.

15. Hastanın karar vermesi için destek sağlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Eğitim kitapçığında taburculuk ile ilgili konularda aile, arkadaş, doktor ya da diğer sağlık elemanları ile tartışılacak konuların belirlenip belirlenmediğine bakın.

BÖLÜM 3: Eğitim Kitapçığının Genel Değerlendirilmesi

16. Yukarıdaki tüm soruların yanıtlarına dayanarak sunulan bilgiler için bir kaynak olarak bu eğitim kitapçığının güvenilirlik ve kalitesini genel anlamda değerlendirin.

Düşük Ciddi/Aşırı eksikleri var		Orta Önemli Eksiklikleri var		Yüksek Çok az ancak ciddi değil
1	2	3	4	5

EĞİTİM KİTAPÇIĞININ KALİTESİNİN VE UYGUNLUĞUNUN DEĞERLENDİRİLMESİNDE GÖRÜŞ VE ÖNERİDE BULUNAN UZMANLAR		
Ünvan	Ad-Soyad	Üniversite
Prof. Dr.	Saim KAZAN	Akdeniz Üniversitesi Hastanesi
Prof. Dr.	Sabri Cem AÇIKBAŞ	Akdeniz Üniversitesi Hastanesi
Prof. Dr.	Mahmut AKYÜZ	Akdeniz Üniversitesi Hastanesi
Prof. Dr.	Tanju UÇAR	Akdeniz Üniversitesi Hastanesi
Prof. Dr.	Necmi KIYMAZ	Akdeniz Üniversitesi Hastanesi
Prof. Dr.	Feray GÖKDOĞAN	Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Meslek Yüksekokulu
Doç. Dr.	Ethem Taner GÖKSU	Akdeniz Üniversitesi Hastanesi
Doç. Dr.	Murat ALTAŞ	Akdeniz Üniversitesi Hastanesi
Doç. Dr.	Türkan ÖZBAYIR	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Yard. Doç. Dr.	Aklime SARIKAYA	İstanbul Zaim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Yard. Doç. Dr.	Özlem BİLİK	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Yard. Doç. Dr.	Nilgün AKSOY	Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Yard. Doç. Dr.	Emine ÇATAL	Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Hemşire	Sevilay GÜLDÜK	Akdeniz Üniversitesi Hastanesi
Hemşire	Zaliha BAYRAK	Akdeniz Üniversitesi Hastanesi

EK-10

AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU

Sayın Bay/ Bayan.....

Bu araştırma sizin Lomber Disk Hernisi ameliyatı sonrasında anksiyete-depresyon düzeyinizi ve yaşadığınız sorunları belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Araştırma için tedavi gördüğünüz hastaneden ve etik kuruldan izin alınmıştır. Araştırmada kişisel bilgiler ile anksiyete-depresyon düzeyini ölçen formlar kullanılacaktır. Kişisel bilgi formunda sizinle ilgili bazı bilgiler (yaşınız, cinsiyetiniz, mesleğiniz vb.) istenmektedir. Bu bilgiler anksiyete-depresyon durumunuzu ve ameliyat sonrasında yaşanan sorunları etkileyebilmektedir. Anksiyete-depresyonu ölçen formda kendinizi son birkaç gündür nasıl hissettiğinizi belirlemek amacıyla 14 soru bulunmaktadır. Sizden bu araştırma kapsamında size sorulan sorulara eksiksiz yanıt vermeniz beklenmektedir. Soruları yanıtlamanız yaklaşık 20 dakikanızı alacaktır. Kişisel bilgileriniz ve verdiğiniz cevaplar yalnız araştırma için kullanılacaktır.

Ben, katılmam istenen araştırmanın amacını, içeriğini tamamen anladım. Bu çalışmayı istediğim anda sonlandırabileceğimi ve bıraktığım zaman tedavi ve bakımım ile ilgili herhangi bir olumsuz tutumla karşılaşmayacağıma inandım. Bu koşullar doğrultusunda kendi rızamla, baskı altında kalmadan araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Hastanın Adı-Soyadı:

Araştırmacının Adı-Soyadı:

İmzası:

İmzası:

Adresi:

Telefonu:

Telefonu:

Mail:

Tarih:

EK-11

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

BÖLÜM A

Soru Kağıt No:

Protokol No:

Yattığınız Klinik:

Yatış Tarihi:

Ameliyatın Seviyesi:

Ameliyat Öncesi Yatış Süresi:gün

Ameliyat Tarihi:

Ameliyat Sonrası Yatış Süresi:.....gün

1) Yaşınız

2) Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

3) Medeni durumunuz: () Evli () Bekar

4) Öğrenim durumunuz:

() Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Yüksekokul ve üzeri

5) Sosyal Güvence Durumu: () Var () Yok

6) Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

() Gelir giderden az () Gelir ve gider eşit () Gelir giderden fazla

7) Çalışma/iş durumunuz

() Tam gün çalışıyor () Yarım gün ya da belirli saatlerde çalışıyor () Çalışmıyor

8) Mesleğiniz/İşiniz; aşağıdaki maddelerden hangisi ya da hangilerini gerektirir?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

() Ağır yük kaldırmayı gerektirir.

() Uzun süreli oturmayı gerektirir.

() Uzun süreli ayakta durmayı gerektirir.

() Uzun süreli seyahat etmeyi gerektirir.

() Titreşime maruz kalmayı gerektirir.

() Diğer; (Açıklayınız;.....)

9) Kliniğe başvurma nedenleriniz aşağıdakilerden hangisidir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

() Bel ağrısıVAS Düzeyi

() Bacak ağrısı VAS Düzeyi

() Bacakta uyuşukluk

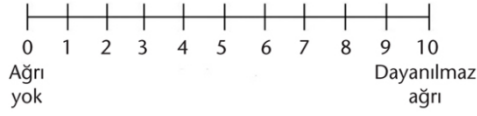
() Bacakta kuvvet kaybı

() Ayak düşmesi

() İdrar/gaita kaçırma

() Diğer:.....

Aşağıdaki şekil üzerinde (VAS) şu andaki ağrı şiddetinizi belirten sayıyı işaretleyiniz.



10) Kullanılan ilaçlar:

		Kullanım dozu	Kullanım şekli
Analjezik	Opioidler: Nonsteroid- Antiinflamatuvarlar:..... Parasetamol:.....		
Antibiyotik	Penisilin:..... Sefalosparin:.....		
Kortikosteroid			
Kas gevşetici			
Antiepileptik			
Diğer			

11) Boyunuz: (.....cm)/ Kilonuz: (.....kg)/ BKİ:(kg/m²)

12) Lomber Disk Hernisi dışında bir hastalığınız var mı?

() Yok () Var;(Açıklayınız;.....)

13) Bakmakla yükümlü olduğunuz birey / bireyler var mı ?

()Yok () Var; (Açıklayınız;.....)

14) Hastalığınız sırasında size, aileniz ve çevreniz tarafından verilen desteği nasıl buluyorsunuz?

() Çok iyi () İyi () Yetersiz () Hiç destek görmedim

15) Sigara İçme Durumunuz:

() İçmiyorum (17. soruya geçiniz) () İçiyorum

16) Sigara içiyor ya da bırakmış iseniz:

Sigara içilen süre: ay/yıl Günde kaç adet: adet/paket

17) Düzenli Spor (Fizik egzersiz): () Yapmıyor () Yapıyor

18) 17. soruya cevabınız evet ise aşağıdaki Spor/Egzersizlerden hangilerini yapıyorsunuz (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)?

() Yürüyüş: dk/ /hafta () Yüzme: dk/ /hafta () Koşu: dk/ /hafta

() Bel ve karın kaslarını güçlendirmeye yönelik fizik egzersizler: dk/ /hafta

() Diğer; (Açıklayınız;.....)

BÖLÜM B

19) Hastalığınız, ameliyatınız ve tedaviniz ile ilgili bilgi aldınız mı?

Hayır (cevabınız hayır ise; 22. soruya geçiniz) Evet

20) Aldığınız bilgiyi/eğitimi hangi kaynaklardan aldınız? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

Doktor Hemşire Arkadaş Komşu
 İnternet Tıbbi kitaplar Başka bir hasta Medya(gazete/ Tv)
 Diğer

21) Edindiğiniz bilgiyi yeterli buldunuz mu?

Evet Kısmen Hayır

BÖLÜM C

22) Benim verdiğim eğitim dışında, hastalığınız, ameliyatınız ve tedaviniz ile ilgili bilgi aldınız mı?

Hayır (cevabınız hayır ise; 22. soruya geçiniz) Evet

23) Aldığınız bilgiyi/eğitimi hangi kaynaklardan aldınız? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

Doktor Hemşire Arkadaş Komşu
 İnternet Tıbbi kitaplar Başka bir hasta Medya(gazete/ Tv)
 Diğer

24) Edindiğiniz bilgiyi yeterli buldunuz mu?

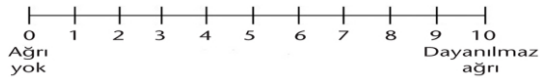
Evet Kısmen Hayır

BÖLÜM D

25) Taburculukta/ Taburculuk Sonrası Kontrolde aşağıdaki sorunlardan hangileri ile karşılaştınız?

Karşılaşılan Sorunlar	Taburculuk Tarihi:	Sorunun Çözümü İçin Yapılan Uygulamalar	İzlem Tarihi:	Sorunun Çözümü İçin Yapılan Uygulamalar
Taburcu Olduktan Sonra Herhangi Bir Şikayetle Hastaneye Başvurdunuz mu?			() Hayır () Evet:..... Açıklayınız:	
Bel ağrısı VAS düzeyi				
Bacak ağrısı VAS düzeyi İştahsızlık Bulantı Kusma Öksürük				
Uykusuzluk Baş dönmesi Halsizlik, güçsüzlük, yorgunluk Hareket etmekten korkma Ameliyat yarasında akıntı				
Ameliyat yarasında kızarıklık ve ısı artışı				
Tek Bacakta görülen ağrı, şişlik, kızarıklık (DVT) Gaz çıkaramama				
Kabızlık İdrar yaparken yanma İdrar yapamama				
Dikkat ve konsantrasyonda azalma Hafızada azalma				
Karar vermede güçlük Kolay incinme ve ağlama Başkalarıyla görüşme isteğinin olmaması Sinirlilik				
Cinsel isteğin olmaması				
Diğer;belirtiniz				

Aşağıdaki şekil üzerinde (VAS) şu andaki ağrı şiddetinizi belirten sayıyı işaretleyiniz.



BÖLÜM E

26) Sizin için hazırlanan kitapçıktan en çok yararlandığınız bölüm/ bölümler hangileridir? (Lütfen Belirtiniz)

27) Kitapçıkta yer almasını istediğiniz başka konu/ konular var mı?

Hayır Evet

28) Kitapçıkta yer almasını istediğiniz başka resim/resimler var mı?

Hayır Evet

29) Sizin için hazırlanan kitapçıktaki içerikten memnun kaldınız mı?

Hayır Evet

30) Aldığınız eğitimden memnun kaldınız mı ?

1) Memnun kaldım 2) Kısmen memnun kaldım 3) Memnun kalmadım

31) Aldığınız eğitimden memnun kalmadıysanız nedenini açıklayınız.

32) Sık sorulan sorular (SSS):.....

EK-12

HAD ÖLÇEĞİ (Aydemir 1997)

Hasta adı soyadı:

Tarih:

AÇIKLAMA: Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve **son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak** nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. **Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.**

1) Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, bazen
- Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- Aynı eskisi kadar
- Pek eskisi kadar değil
- Yalnızca biraz eskisi kadar
- Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- Evet, ama çok da şiddetli değil
- Biraz, ama beni endişelendirmiyor.
- Hayır, hiç öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum .

- Her zaman olduğu kadar
- Şimdi pek o kadar değil
- Şimdi kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, ama çok sık değil
- Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- Hiçbir zaman
- Sık değil
- Bazen
- Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- Kesinlikle
- Genellikle
- Sık değil
- Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- Hemen hemen her zaman
- Çok sık
- Bazen
- Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Oldukça sık
- Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- Kesinlikle
- Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
- Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- Gerçekten de çok fazla
- Oldukça fazla
- Çok fazla değil
- Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinden biraz daha az
- Her zamankinden kesinlikle daha az
- Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- Gerçekten de çok sık
- Oldukça sık
- Çok sık değil
- Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- Sıklıkla
- Bazen
- Pek sık değil
- Çok seyrek

EK-13

Tablo 13.1Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre HADS-A puan ortalamalarının dağılımı

TANITICI ÖZELLİKLER	HADS-A											
	KONTROL GRUBU (48)						MÜDAHALE GRUBU (46)					
	YATIŞ		TABURCULUK		İZLEM		YATIŞ		TABURCULUK		İZLEM	
	\bar{x}	ss	\bar{x}	ss	\bar{x}	ss	\bar{x}	ss	\bar{x}	ss	\bar{x}	ss
<i>Cinsiyet</i>												
Kadın	13.33	4.37	11.10	4.31	9.90	3.27	5.06	4.50	2.06	2.24	1.35	1.53
Erkek	11.81	5.32	8.81	4.65	7.22	3.74	4.34	3.21	1.97	2.09	0.79	1.44
Değerlendirme	t=1.058 P>0.05		t=1.738 P>0.05		t=2.600 P>0.05		t=0.626 P>0.05		t=0.142 P>0.05		t=1.237 P>0.05	
<i>Yaş</i>												
21-35	9.43	4.19	7.00	2.51	6.86	2.41	4.93	4.23	2.21	2.22	1.07	1.63
36-50	13.18	4.18	9.76	4.71	8.59	4.22	4.62	3.66	1.92	2.39	1.15	1.40
51 ve üzeri	12.88	5.44	10.67	4.80	8.71	3.74	4.37	3.51	1.89	1.96	0.84	1.50
Değerlendirme	F=1.625 P>0.05		F=1.775 P>0.05		F=0.683 P>0.05		F=0.088 P>0.05		F=0.098 P>0.05		F=0.185 P>0.05	
<i>Eğitim Durumu</i>												
Okur-yazar	13.75	4.27	10.50	3.10	10.00	1.82	-	-	-	-	-	-
İlkokul	12.56	4.24	11.28	3.47	9.28	2.96	4.00	2.00	2.00	1.73	0.33	0.57
Ortaokul	12.83	5.87	9.50	4.88	7.33	4.32	5.00	2.33	2.00	1.41	2.00	1.85
Lise	14.90	3.69	9.50	6.39	7.90	4.70	4.27	4.14	1.80	2.30	0.47	1.12
Yüksekokul ve üzeri	9.20	5.92	7.40	4.40	7.30	4.29	4.80	4.15	2.15	2.39	1.10	1.51
Değerlendirme	F=1.917 P>0.05		F=1.202 P>0.05		F=0.792 P>0.05		F=0.110 P>0.05		F=0.072 P>0.05		F=2.241 P>0.05	

Tablo 13.1. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre HADS-A puan ortalamalarının dağılımı (Devamı)

TANITICI ÖZELLİKLER	HADS-A											
	KONTROL GRUBU (48)						MÜDAHALE GRUBU (46)					
	YATIŞ		TABURCULUK		İZLEM		YATIŞ		TABURCULUK		İZLEM	
	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS
Medeni Durum												
Evli	12.78	4.69	10.20	4.40	8.41	3.62	4.11	3.41	1.75	1.93	0.94	1.45
Bekar	10.71	6.29	7.57	5.47	8.29	4.78	6.40	4.35	2.90	2.64	1.20	1.68
Değerlendirme	t=0.024		t=1.407		t=0.083		t=1.767		t=1.534		t=0.475	
	P>0.05		P>0.05		P>0.05		P>0.05		P>0.05		P>0.05	
Çalışma durumu												
Tam gün	12.39	5.33	8.33	5.22	7.78	4.85	3.88	3.01	1.21	1.44	0.83	1.46
Kısmi zamanlı	13.38	4.05	11.08	4.05	7.92	2.87	5.90	5.13	3.90	2.80	1.10	1.52
Çalışmıyor	11.88	5.29	10.41	4.10	9.41	2.91	5.00	3.59	2.00	1.75	1.25	1.60
Değerlendirme	F=0.336		F=1.602		F=0.967		F=1.150		F=7.193		F=0.331	
	P>0.05		P>0.05		P>0.05		P>0.05		P<0.05		P>0.05	
BKİ												
Normal kilolu	10.73	5.65	9.80	4.22	7.73	3.12	4.57	3.83	1.86	2.10	1.14	1.35
Fazla kilolu	14.08	4.49	10.04	5.25	9.00	4.21	5.00	3.54	2.11	2.37	0.84	1.57
1. derece obez	11.38	3.88	9.13	3.90	7.38	3.42	4.00	4.44	2.00	2.29	1.00	1.22
2. derece obez	9.00	-	10.00	-	12.00	-	7.00	1.41	2.50	0.70	2.50	3.53
Değerlendirme	F=1.866		F=0.075		F=0.858		F=0.652		F=0.076		F=0.802	
	P>0.05		P>0.05		P>0.05		P>0.05		P>0.05		P>0.05	
Sigara												
İçen	13.42	4.59	10.53	4.52	8.67	3.93	5.21	3.50	2.38	2.44	0.92	1.34
İçmeyen	11.15	5.21	8.80	4.64	8.00	3.55	3.95	3.89	1.59	1.68	1.09	1.65
Değerlendirme	t=1.602		t=1.296		t=0.613		t=1.149		t=1.256		t=0.392	
	P>0.05		P>0.05		P>0.05		P>0.05		P>0.05		P>0.05	

Tablo 13.1. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre HADS-A puan ortalamalarının dağılımı (Devamı)

TANITICI ÖZELLİKLER	HADS-A											
	KONTROL GRUBU (48)						MÜDAHALE GRUBU (46)					
	YATIŞ		TABURCULUK		İZLEM		YATIŞ		TABURCULUK		İZLEM	
	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS
<i>Bakmakla yükümlü olunan birey</i>												
Var	13.20	4.64	10.48	4.39	8.64	3.43	5.42	3.38	2.32	2.31	1.21	1.75
Yok	11.70	5.22	9.09	4.81	8.13	4.13	4.04	3.87	1.78	2.00	0.85	1.29
Değerlendirme	t=1.056 P>0.05		t=1.048 P>0.05		t=0.465 P>0.05		t=1.254 P>0.05		t=0.841 P>0.05		t=0.800 P>0.05	
<i>Algılanan destek</i>												
Çok iyi	10.89	5.51	8.72	5.12	7.67	4.43	4.04	3.40	1.59	1.78	1.00	1.51
İyi	13.11	4.23	10.00	4.11	8.52	3.17	4.63	3.64	2.25	2.56	0.88	1.40
Yetersiz	16.33	5.50	14.67	3.05	11.67	3.51	11.5	3.53	4.50	0.70	2.50	2.12
Değerlendirme	F=2.172 P>0.05		F=2.315 P>0.05		F=1.523 P>0.05		F=2.885 P<0.05		F=1.691 P>0.05		F=0.854 P>0.05	
<i>Düzenli egzersiz</i>												
<i>Yapan</i>	12.47	6.07	8.24	5.10	7.24	3.86	4.65	4.09	2.12	2.31	0.59	1.32
<i>Yapmayan</i>	12.48	4.30	10.68	4.14	9.03	3.60	4.59	3.54	1.93	2.05	1.24	1.55
Değerlendirme	t=0.009 P<0.05		t=1.798 P>0.05		t=1.611 P>0.05		t=0.053 P>0.05		t=0.284 P>0.05		t=1.452 P>0.05	

Tablo 13.2. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre HADS-D puan ortalamalarının dağılımı

TANITICI ÖZELLİKLER	HADS-D											
	KONTROL GRUBU (N:48)						MÜDAHALE GRUBU (N:46)					
	YATIŞ		TABURCULUK		İZLEM		YATIŞ		TABURCULUK		İZLEM	
	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS
<i>Cinsiyet</i>												
Kadın	9.71	4.17	7.52	3.41	6.95	3.62	2.82	4.21	1.12	2.05	0.41	1.22
Erkek	9.19	4.53	6.89	3.55	5.56	3.32	2.52	2.55	0.93	1.46	0.28	0.64
Değerlendirme	t=0.415 P>0.05		t=0.624 P>0.05		t=1.389 P>0.05		t=0.308 P<0.05		t=0.359 P>0.05		t=0.492 P>0.05	
<i>Yaş</i>												
21-35	7.71	4.11	5.14	2.91	4.14	2.54	2.86	3.46	0.86	1.29	0.29	0.61
36-50	11.00	2.82	7.18	3.57	7.00	4.35	2.31	3.35	0.92	1.97	0.08	0.27
51 ve üzeri	8.79	5.03	7.75	3.45	6.17	2.86	2.68	3.12	1.16	1.80	0.53	1.26
Değerlendirme	F=1.999 P>0.05		F=1.564 P>0.05		F=1.711 P>0.05		F=0.098 P>0.05		F=0.141 P>0.05		F=0.991 P>0.05	
<i>Eğitim Durumu</i>												
Okur-yazar	10.75	3.77	8.50	2.38	6.25	0.95	-	-	-	-	-	-
İlkokul	9.17	4.07	7.50	3.25	6.72	3.61	3.05	3.54	1.20	2.04	0.45	1.19
Ortaokul	8.83	5.98	6.33	3.44	5.50	3.78	3.67	2.30	1.67	0.57	0.00	0.00
Lise	12.20	2.93	7.90	4.30	6.40	3.83	2.50	2.92	1.25	2.05	0.63	0.91
Yüksekokul ve üzeri	6.90	4.12	5.80	3.42	5.30	3.77	1.93	3.21	0.47	0.91	0.07	0.25
Değerlendirme	F=2.211 P>0.05		F=0.858 P>0.05		F=0.315 P>0.05		F=0.436 P>0.05		F=0.798 P>0.05		F=0.975 P>0.05	

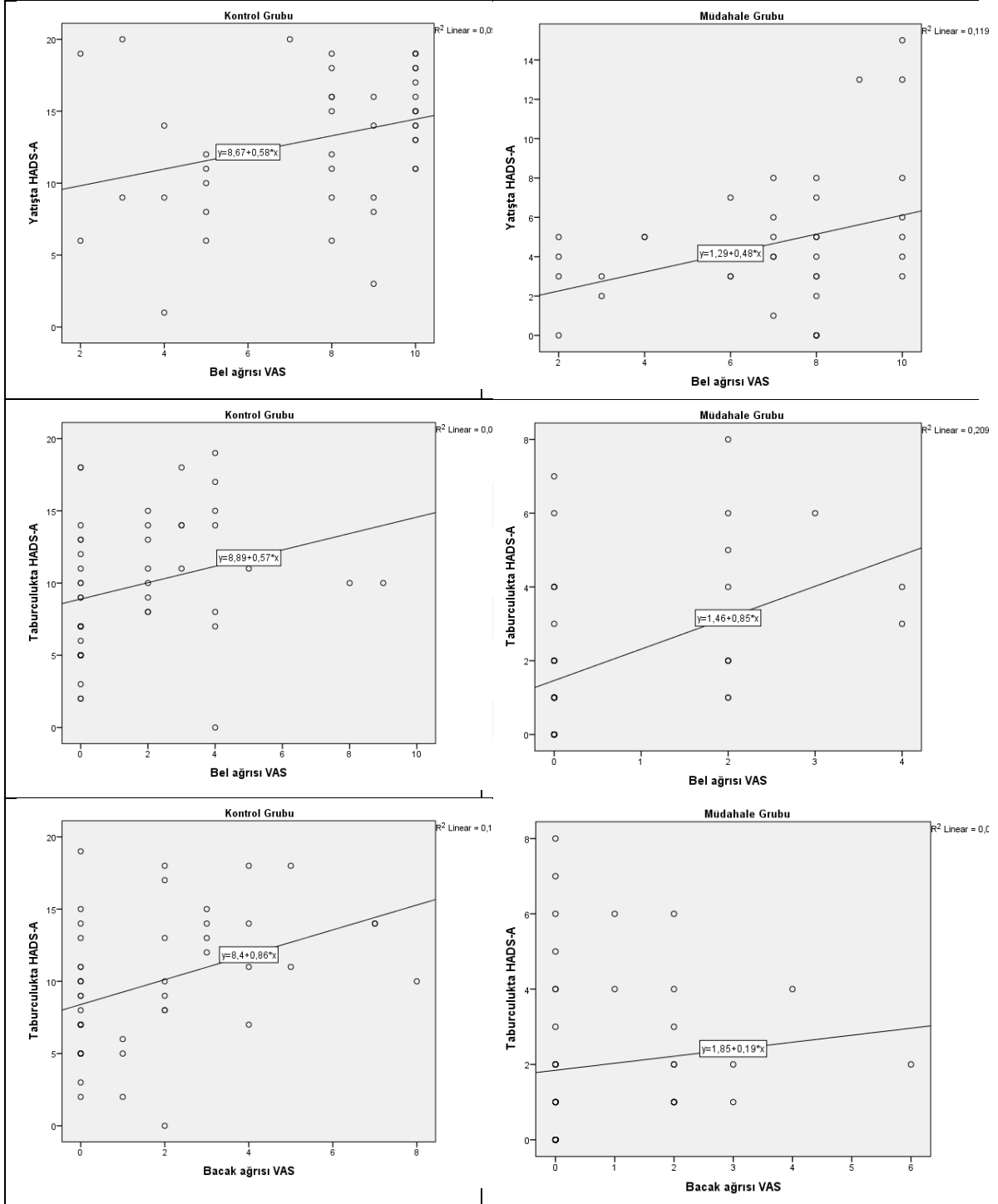
Tablo 13.2. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre HADS-D puan ortalamalarının dağılımı (Devamı)

TANITICI ÖZELLİKLER	HADS-D											
	KONTROL GRUBU (N:48)						MÜDAHALE GRUBU (N:46)					
	YATIŞ		TABURCULUK		İZLEM		YATIŞ		TABURCULUK		İZLEM	
	\bar{x}	ss	\bar{x}	ss	\bar{x}	ss	\bar{x}	ss	\bar{x}	ss	\bar{x}	ss
<i>Medeni Durum</i>												
Evli	9.71	4.10	7.56	3.27	6.20	3.32	2.31	3.14	0.89	1.70	0.25	0.90
Bekar	7.71	5.58	4.86	3.93	6.00	4.65	3.80	3.42	1.40	1.64	0.60	0.84
Değerlendirme	t=1.126 P>0.05		t=1.961 P>0.05		t=0.135 P>0.05		t=1.305 P>0.05		t=0.845 P>0.05		t=1.142 P>0.05	
<i>Çalışma durumu</i>												
Tam gün	9.89	4.08	6.44	3.76	5.78	4.23	1.96	2.72	0.50	1.06	0.08	0.28
Kısmi zamanlı	9.31	3.70	7.85	3.43	6.08	2.32	4.00	4.02	1.80	2.25	0.50	0.85
Çalışmıyor	9.00	5.18	7.41	3.24	6.65	3.49	2.83	3.32	1.33	1.96	0.67	1.49
Değerlendirme	F=0.182 P>0.05		F=0.671 P>0.05		F=0.268 P>0.05		F=1.475 P>0.05		F=2.584 P>0.05		F=2.025 P>0.05	
<i>BKİ</i>												
Normal kilolu	7.60	4.37	6.93	3.77	5.73	3.71	2.29	3.26	1.07	1.63	0.43	0.75
Fazla kilolu	11.17	3.42	7.67	3.60	7.13	3.41	2.89	3.03	0.84	1.46	0.42	1.21
1. derece obez	8.00	5.31	6.13	2.74	4.25	2.81	2.67	3.84	1.22	2.27	0.00	0.00
2. derece obez	6.00	-	7.00	-	5.00	-	5.00	4.24	2.00	2.82	0.50	0.70
Değerlendirme	F=3.008 P<0.05		F=0.413 P>0.05		F=1.577 P>0.05		F=0.653 P>0.05		F=0.416 P>0.05		F=0.459 P>0.05	
<i>Sigara</i>												
İçen	10.07	3.68	7.92	3.20	6.92	3.31	2.79	3.12	1.17	1.88	0.21	0.58
İçmeyen	8.50	5.08	6.10	3.62	5.35	3.64	2.45	3.40	0.82	1.46	0.45	1.14
Değerlendirme	t=1.244 P<0.05		t=1.844 P>0.05		t=1.383 P>0.05		t=0.350 P>0.05		t=0.696 P>0.05		t=0.930 P>0.05	

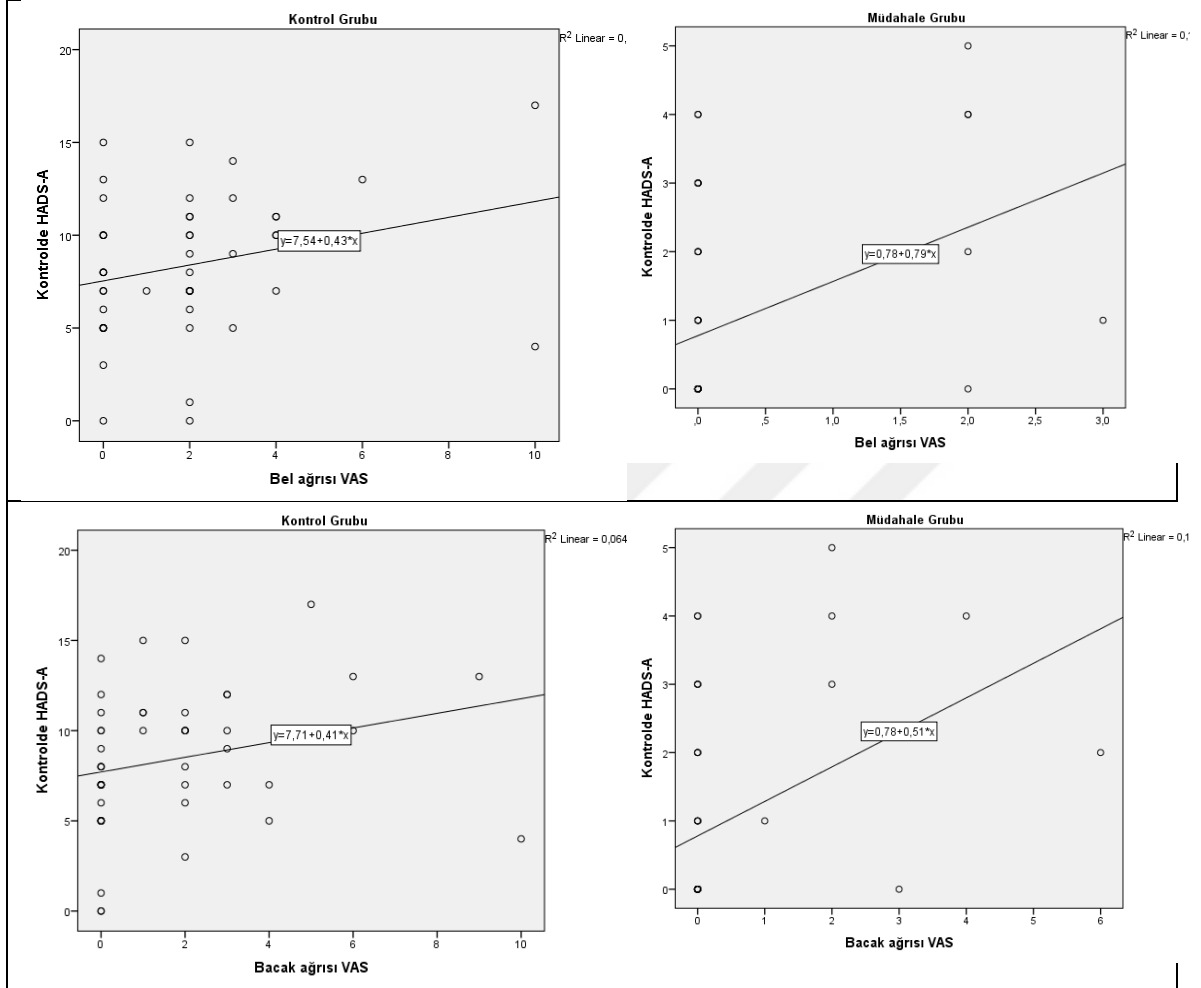
Tablo 13.2. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre HADS-D puan ortalamalarının dağılımı (Devamı)

TANITICI ÖZELLİKLER	HADS-D											
	KONTROL GRUBU (N:48)						MÜDAHALE GRUBU (N:46)					
	YATIŞ		TABURCULUK		İZLEM		YATIŞ		TABURCULUK		İZLEM	
	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS
<i>Bakmakla yükümlü olunan birey</i>												
Var	10.04	3.96	8.16	3.65	6.72	3.78	2.22	3.25	1.16	1.71	0.63	1.25
Yok	8.74	4.71	6.09	2.96	5.57	3.11	3.21	3.20	0.89	1.67	0.11	0.42
Değerlendirme	t=1.038 P>0.05		t=2.144 P>0.05		t=1.149 P>0.05		t=1.023 P>0.05		t=0.528 P>0.05		t=2.004 P<0.05	
<i>Algılanan destek</i>												
Çok iyi	8.72	4.93	6.89	3.98	5.78	3.47	2.26	2.80	0.70	1.29	0.30	0.99
İyi	9.41	3.91	6.81	2.88	5.89	3.34	2.38	3.38	1.06	2.01	0.31	0.70
Yetersiz	13.67	2.30	12.00	1.73	11.00	1.00	8.50	3.53	4.00	1.41	1.00	1.41
Değerlendirme	F=1.719 P>0.05		F=3.422 P<0.05		F=3.385 P<0.05		F=2.850 P<0.05		F=2.816 P>0.05		F=0.416 P>0.05	
<i>Düzenli egzersiz</i>												
<i>Yapan</i>	9.53	5.00	6.41	3.93	5.53	3.37	2.71	3.35	0.94	1.34	0.24	0.56
<i>Yapmayan</i>	9.35	4.02	7.58	3.18	6.52	3.55	2.59	3.21	1.03	1.88	0.38	1.04
Değerlendirme	t=0.132 P>0.05		t=1.118 P>0.05		t=0.935 P>0.05		t=0.120 P>0.05		t=0.179 P>0.05		t=0.522 P>0.05	

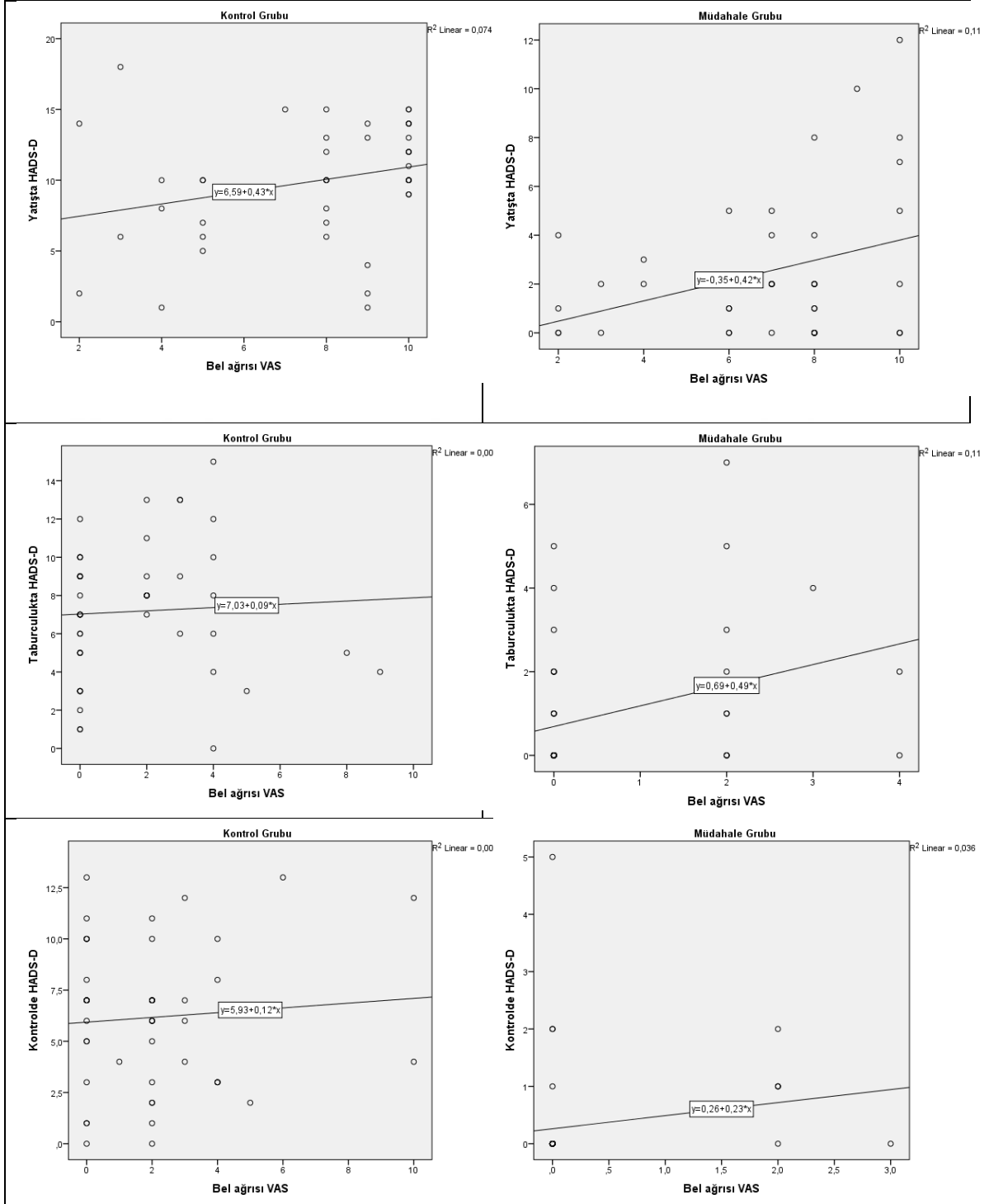
Tablo 13.3. Hastaların VAS ağrı puanları ile HADS-A puan ortalamaları arasındaki ilişki grafikleri



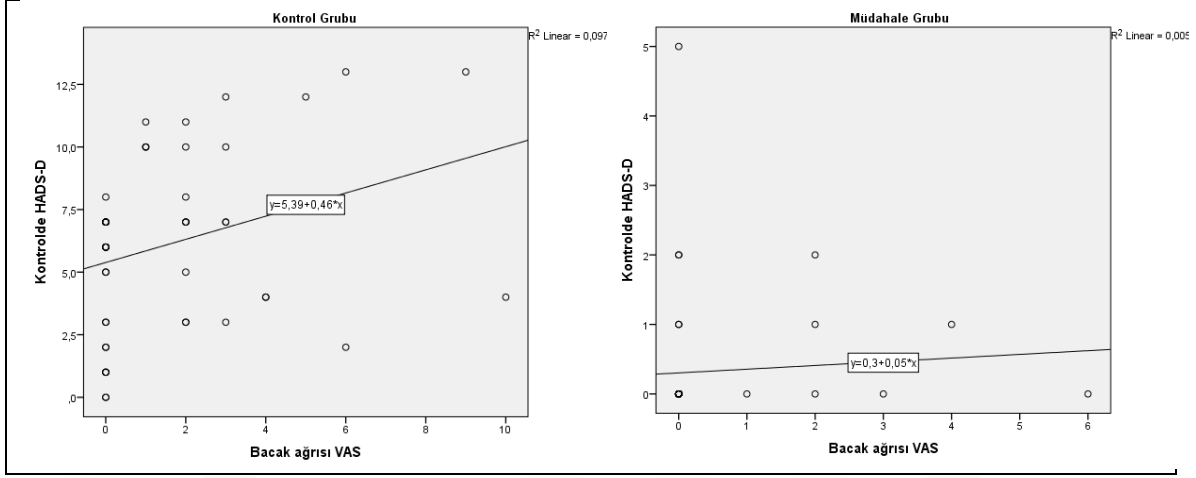
Tablo 13.3. Hastaların VAS ağrı puanları ile HADS-A puan ortalamaları arasındaki ilişki grafikleri (Devamı)



Tablo 13.4. Hastaların VAS ağrı puanları ile HADS-D puan ortalamaları arasındaki ilişki grafikleri



Tablo 13.4. Hastaların VAS ağrı puanları ile HADS-D puan ortalamaları arasındaki ilişki grafikleri (Devamı)



EK-14

EĞİTİM KİTAPÇIĞI

BEL FITIĞI Mart 2016

(LOMBER DİSK HERNİSİ)

AMELİYATI SONRASI YAŞAM

HAZIRLAYAN

Arzu TAT

Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği
Yüksek Lisans Öğrencisi

DANIŞMAN

Doç. Dr. Fatma CEBECİ





MART 2016 / ANTALYA

GRAFİK ATÖLYESİ

TANITIM REKLAM HİZMETLERİ MATBAACILIK YAYINCILIK AMBALAJ
BİLGİSAYAR TURİZM GIDA SAN. VE TİC. LTD. ŞTİ.
Yıldız Mh. Turgut Reis Cd. 229 Sk. Meltem Apt. No:1/12
Muratpaşa / ANTALYA • T : 0 (242) 248 05 48

GİRİŞ

Bu kitapçık Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Arzu TAT tarafından Doç. Dr. Fatma CEBECİ danışmanlığında ***“Lomber Disk Hernisi Nedeniyle Cerrahi Tedavi Uygulanan Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin Anksiyete-Depresyon Durumuna ve Yaşanan Sorunlara Etkisi”*** isimli tez projesi kapsamında hazırlanmıştır. Kitapçığın hazırlanmasındaki amaç; Bel Fıtığı (Lomber Disk Hernisi) nedeniyle ameliyat geçiren hastalara taburculuk eğitimi sağlamaktır. Bireylere verilecek eğitim ile ameliyat sonrasındaki yaşamlarını kolaylaştırmak hedeflenmektedir.



İÇİNDEKİLER

1. GENEL BİLGİLER	4
1.1. Omurganın Yapısı	4
1.2. Bel Fıtığı ve Ameliyatı	4
KAYNAKLAR	5
2. AMELİYAT ÖNCESİ	6
2.1. Ameliyattan Önce Rutin Olarak Yapılan Testler ve Tetkikler	6
2.2. Ameliyat Öncesi Bel Omurlarında Oluşan Hasarı, Spazmı ve Ağrıyı Azaltmak İçin	6
2.3. Solunum ve Öksürük Egzersizleri	9
2.4. Yasal Hazırlık	9
2.5. Ameliyattan Önceki Akşam	9
2.6. Ameliyat Günü	10
KAYNAKLAR	10
3. AMELİYAT SONRASI	10
3.1. Ameliyat Sonrası Ağrı Kontrolü	10
3.2. Ameliyat sonrası erken dönem mobilizasyon	11
3.3. Yara Bakımı	11
3.4. Korse Kullanımı (Önerilen Hastalar İçin)	11
3.5. Yeterli Beslenme ve Sıvı Alımının Önemi	11
3.6. Dinlenme	11
3.7. Banyo Yapma	12
KAYNAKLAR	12
4. EVE DÖNÜŞ	12
4.1. Evde Ağrı Kontrolü	12
4.2. Kabızlığın (konstipasyonun) Önlenmesinin Önemi ve Yapılması Gerekenler	13
4.3. Ameliyattan sonra yapılması gereken aktiviteler	13
4.4. Ameliyattan sonra yapılmaması gereken aktiviteler	14
4.5. Bel Fıtığı'ndan (Lomber Disk Hernisi'nden) Korunmada Egzersiz Uygulama	15
4.6. Günlük Yaşam Aktivitelerinde Doğru Vücut Mekanikleri	16
4.6.1. Duruşu iyileştirme	16
4.6.2. Düzgün Oturma	16
4.6.3. Düzgün Uyuma	17
4.6.4. Konforlu Araba Kullanma	17
4.6.5. Uzanmak, Eğilmek	17
4.6.6. Doğru Ağırlık Kaldırmak ve Taşımak	18
4.6.7. Ayakkabı Giyme	18
4.6.8. Öksürmek-Hapşırma	19
4.7. Sigara	19
4.8. Kontrole Gelme Zamanı	19
4.9. Hastaneye Başvurulması Gereken Durumlar	20
KAYNAKLAR	20

BEL FITIĞI (LOMBERDİSKHERNİSİ) AMELİYATI SONRASI YAŞAM

1. GENEL BİLGİLER



Şekil: 1

1.1. Omurganın Yapısı

Omurga, omuradı verilen birbirine bağlı bir dizi kemik yapıdan oluşan bir kanaldır. Omurgada 7 adet boyun (servikal), 12 adet göğüs (torakal), 5 adet bel (lomber), 5 sakral ve 4 de koksial (Şekil: 1) olmak üzere toplam 33 omur bulunur. Omurga içinde bulunan omurilik, beyin ve vücudun diğer organları arasındaki bağlantıyı sağlar. Omurganın genel olarak koruma ve hareket olmak üzere iki görevi vardır. Omurga içinde bulunan omuriliği korur, sinir köklerinin zarar görmesini engeller. Omurların arasında kemiklerin birbirine sürtünmesini engelleyen, üzerine binen yükü emen ve dağıtan yumuşak kıvamlı disk adı verilen yastıkçıklar (Şekil: 2) ise hareket görevini yerine getirir.

Omurga öne eğildiğinde diskler arkaya, omurga arkaya eğildiğinde ise diskler öne doğru itilerek hareketin oluşmasına yardımcı olur. Bu hareketin oluşması ve omurganın desteklenmesinde omurga etrafında bulunan kasların da önemli işlevleri vardır.

Bel (lomber) bölgesinde bulunan küçük kaslar omurganın hareketinin bir kısmından sorumludur. Omurganın disk, kemik, kas gibi yapılarında bir zedelenme olduğunda kaslar otomatik olarak kasılarak spazm haline geçer. Kasılma ile hasarlı bölgenin hareketi azaltılmaya çalışılır. Spazmin nedeni kasların kasılı halde kalması ve gevşeyememesidir.

Bel omurgası (lomber)'nin en önemli görevi vücudun yükünü taşımaktır. Bel bölgesi omurganın en çok çalışan bölümü olup, en fazla yükü taşır ve en fazla hareketi yapar.



Şekil: 2

1.2. Bel Fıtığı ve Ameliyatı

Tıp dilinde Lomber Disk Hernisi olarak geçen bel fıtığı, tek bir ani hareketten ziyade tekrarlamalı hareketlerin etkisiyle oluşur. Öne eğilme, dönme ve ağır kaldırma gibi hareketlerin tekrar tekrar yapılmasıyla, omurgalar arasındaki diskler zorlanır ve yıpranır. Bu durum, disk merkezinin dış tabakasındaki bir çatlak yoluyla yer değiştirerek diskin fıtıklaşmasına (bel fıtığı) (Şekil: 3) neden olur.



Şekil: 3

Bel fıtığı lomber 4-5 ve lomber 5-sakral 1 omurgaları arasında daha yaygın olarak görülmektedir. Fıtıklaşan kısım, diskin yanındaki bacağına giden siniri sıkıştırabilir ve bel ağrısının yanında bacağına yayılan ağrı, karıncalanma, uyuşma, güçsüzlük ve yürümede zorlanma gibi yakınmalara neden olabilir. Bacağına giden sinirin sıkışmasıyla oluşan ağrı “siyatik ağrısı, siyatik” olarak adlandırılır.

Nadir olarak bel fıtığı, bacaklara giden sinirlerin büyük bir bölümüne baskı yapabilir. **Kaudaekvina sendromu** olarak adlandırılan bu durumda bacakta uyuşma, karıncalanma ve güçsüzlük görülmesinin yanında, idrar yapma ve dışkılama kontrolü de bozulabilir. Bu durumda acilen ameliyat gereklidir.

Bel Fıtığı'nda size cerrahi tedavi önerilebilir. Cerrahinin amacı, ağrıyı ve bacakta güçsüzlüğe neden olan fıtıklaşmış diskin sinire basısını ortadan kaldırmaktır. Sinir basısının ortadan kaldırılması bacakta ağrı ve uyuşukluğun giderilmesini sağlar. En sık kullanılan yöntem **diskektomi (diskin tamamen çıkartılması)** veya sadece fıtıklaşmış disk parçasının temizlendiği **parsiyel (kısmi) diskektomidir**. Diski net olarak görebilmek için bazen, diskin arka tarafında bulunan lamina denilen kemiğin bir kısmını çıkarmak gerekir. Alınan kemik çok az bir parça (hemilaminotomi) ya da daha geniş bir kısım (hemilaminektomi) olabilir. Laminektomi (lamina denilen kemiğin tamamen çıkarılması), aynı anda Bel Fıtığı ve Belde Kanal Darlığı (Spinal Stenoz) bulunan hastalarda da kullanılır. Bazı ameliyatlarda cerrahlar endoskop ya da mikroskop kullanabilirler. Cerrahi tedavi sizi bacak ağrılarınızdan kurtarmak için önerilir ve bu konuda %90'ın üzerinde başarıya sahiptir. Ancak bel ağrınız üzerinde etkisi daha azdır.

Bel Fıtığının tekrar eden durumlarında spinal füzyon cerrahisi uygulanabilir. Füzyon; birleşme, kaynama anlamına gelerek, omurları, insan bedeninden alınan kemik parçası ya da yapay kemik materyalleri kullanılarak hareketsiz, birleşmiş hale getirmektir.

KAYNAKLAR

- Zileli, M., Özer, F. (2014). Lomber Dejeneratif Disk Hastalığı:1307-1339.
- Greenberg, M. (2012). Omurga ve Omurilik. Hakan Oruçkaptan (Ed.), Nöroşirurji El Kitabı (s. 289-318), Güneş Kitabevi.
- Tea, C. (2010). Assessment of Neurologic Function. In Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L. & Cheever, K.H. (Eds.). Brunner & Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing. (International and Twelfth ed.) (p. 1830-1841).Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Uludağ Üniversitesi Atatürk Rahabilasyon Uygulama ve Araştırma Merkezi Stabilizasyon Egzersizleri. Erişim: 10.11.2014 <http://www.sakur.uludag.edu.tr>.
- Erdil, F., (2008). İntervertebral Disk Hernisi. Fethiye Erdil, Nalan Özhan Elbaş (Ed.), Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği (s. 197-215).
- Türk Nöroşirurji Derneği Spinal Ve Periferik Sinir Cerrahisi Öğretim ve Eğitim Grubu, Lomber Disk Hernisi (Bel Fıtığı). Erişim: 01.02.2015. <http://www.turknorosirurji.org>.
- Türk Nöroşirurji Derneği Spinal Ve Periferik Sinir Cerrahisi Öğretim ve Eğitim Grubu Hasta Bilgilendirme Broşürü, Spinal Füzyon. Erişim: 01.02.2015. <http://www.turknorosirurji.org>.
- Türk Nöroşirurji Derneği Spinal Ve Periferik Sinir Cerrahisi Öğretim ve Eğitim Grubu Hasta Bilgilendirme Broşürü, Lomber Spinal Stenoz (Belde Kanal Darlığı). Erişim: 01.02.2015. <http://www.turknorosirurji.org>.
- Türk Nöroşirurji Derneği Spinal Ve Periferik Sinir Cerrahisi Öğretim ve Eğitim Grubu Hasta Bilgilendirme Broşürü, Bel Fıtığı Cerrahisinde Açık Diskektomi ve Mikrodiskektomi. Erişim: 01.02.2015. <http://www.turknorosirurji.org>.
- Herniated Lumbar Disc. North American Spine Society Public Education Series. Erişim: 02.11.2014. <http://www.knowyourback.org>
- Spine Surgery Patient Handbook. Erişim: 18.04.2015. <http://www.spectrumhealt.org> (Şekil: 2)
- Spine Program Patient Handbook. Erişim: 16.04.2015. <http://www.sjo.org> (Şekil: 1-3)
- Spinal cord injury Patient Education. Erişim: 22.03.2016. <http://www.ucalgary.ca> (Şekil: 1-3)

2. AMELİYAT ÖNCESİ

DİKKAT: Evde kullandığınız ilaçlarınızı ameliyat sırası ve sonrası sonuçları etkileyeceğinden, ilaçlarınızı eksiksiz olarak doktorunuza/hemsirenize iletiniz.

2.1. Ameliyattan Önce Rutin Olarak Yapılan Testler ve Tetkikler

Testler: Ameliyat öncesi, sizin sağlık durumunuzu belirlemeye ve olası olumsuzlukları önceden engellemeye yardımcı olmak amacı ile bazı testler yapılır.

Sizden alınan kan ile yapılan rutin tetkikler; Kan grubu ve cros-match, tam kan sayımı, kanama pıhtılaşma zamanı, biyokimya testleri'dir.

- Kalbinizin durumunu değerlendirmek ve ritmini belirlemek için EKG (Elektrokardi-yografi),
- Akciğerinizin durumunu belirlemek için akciğer grafisi,
- Belinizin durumunu belirlemek için ise direk grafi (röntgen), BT (bilgisayarlı tomografi) ve MRG (Manyetik rezonans görüntüleme) çekimleri yapılır.
- Mevcut bir hastalığınız varsa/yeni tanı aldıysanız, doktorunuz bu rutin uygulamalardan farklı test, tetkik ve konsültasyonlar isteyebilir.

Anestezi doktoru ile görüşme: Ameliyattan önceki gün ya da gece anestezi doktoru sizinle görüşür. Alerji, diyabet, kalp, solunum ve tiroid (guatr) ile ilgili sorunlarınız varsa ya da vücudunuzun herhangi bir bölgesinde enfeksiyon varsa anestezi doktoruna bildirmelisiniz. Anestezi doktoru sizin verdiğiniz bu bilgileri ve diğer tetkiklerinizi değerlendirerek sizi ve ameliyatınızı yapacak doktoru bilgilendirecektir.

2.2. Ameliyat Öncesi Bel Omurlarında Oluşan Hasarı, Spazmı ve Ağrıyı Azaltmak İçin;

a) Ağrınızın azalması için ağrı kesici ilaçlarınızı zamanında almalısınız.

Ağrı kesici İlaçlar:

- **Non-steroid analjezik ve antiinflamatuvarlar;** Bu grup ilaçlar ağrınızın giderilmesinde faydalı olup, aynı zamanda bel fitiğinin bir sonucu olarak ortaya çıkan yangı ve şişliği azaltmak için kullanılırlar. Bu ilaçların böbrek ve mide-bağırsak üzerine yan etkileri vardır. Bu nedenle kısa süreli kullanımları daha uygundur.
- **Gabapentin;** Bu grup ilaçlar nöropatik (sinir hasarına bağlı) ağrının giderilmesinde faydalıdır. Uyuklama, kendini güçsüz ve halsiz hissetme, baş dönmesi gibi yan etkileri vardır. Bu yan etkilerinden dolayı dikkatli kullanılmalıdır.
- **Opioidler;** Bu tür ağrı kesiciler ağrıyı merkezi sinir sistemi üzerinden giderirler. Zihinsel aktiviteyi azaltırlar. Yangı giderici etkileri yoktur. Bel ağrısının akut ve şiddetli ataklarında kısa süreli ve kontrollü olarak kullanılabilir.

b) Yatağa yatma, kalkma ve yatakta dönme sırasında önerilen pozisyonlara uymalı ve omurgayı bir bütün olarak hareket ettirmelisiniz.

• Yataktan kalkarken:



Şekil: 4.1

I. Yataktan çıkmak için yatak içinde yan döndükten sonra dizler karına doğru çekilir (Şekil 4.1).



Şekil: 4.2

II. Altta ki dirsekten destek alınarak hafifçe kalkılır ve bacaklar yatağın kenarına sarkıtılır (Şekil 4.2).



Şekil: 4.3

III. Dirsekten destek almaya devam edilerek yatağın kenarına oturulur (Şekil 4.3) ve 1-2 dakika bekledikten sonra baş dönmeniz yoksa ayağa kalkılır.

• Yatağa yatarken:



Şekil: 5.1

I. İlk olarak yatağın kenarına oturulur (Şekil 5.1).



Şekil: 5.2

II. Yatılacak taraftaki dirsekten destek alınarak yana doğru yatılır ve bacaklar yavaşça yatağa alınır (Şekil 5.2).



Şekil: 5.3

III. Omurganın bütünlüğü korunarak yatak içindeki pozisyon sağlanır (Şekil 5.3).

• Yatak İçerisindeki Yatış ve Dönme Pozisyonları



Şekil: 6.1

Yatak içinde sırt üstü yatarken: Dizlerinizin altına bir yastık yerleştirmek, omurganızdaki gerilimi azaltarak sizi rahatlatacaktır (Şekil 6.1).



Şekil: 6.2

Yatak içinde yan yatarken: Bacaklarınızın arasına bir yastık yerleştirmek omurganızın normal pozisyonunu korumanıza yardımcı olacaktır (Şekil 6.2).



Şekil: 7.1

Yatak içinde dönerken:

I. Dönülecek taraftaki kol vücuduna paralel olacak şekilde, diğer kol ise göğüsün üzerine yerleştirilir (Şekil 7.1).



Şekil: 7.2

II. Dönülecek taraftaki bacak düz tutulur, diğer taraftaki diz ise kıvrılır (Şekil 7.2).



Şekil: 7.3

III. Vücut bir bütün olarak rulo şeklinde dönülecek tarafa doğru yuvarlanır.

IV. Dönülen tarafta omurganın rahat olması sağlanır (Şekil 7.3).

DİKKAT: Yatak içinde dönme işlemi sırasında omurga bir bütün olarak hareket ettirilmelidir.

2.3. Solunum ve Öksürük Egzersizleri

Derin solunum egzersizi solunum kapasitenizi arttırırken aynı zamanda, rahatlayarak gevşemenize yardımcı olur. Özellikle ileri yaşta olan, kronik akciğer hastalığı olan ve sigara kullanan bireyler için daha önemlidir. Derin solunum egzersizlerini ameliyat sonrası dönemde saatte 5-10 kez yapmanız uygun olacaktır.

Derin Solunum Egzersizleri

1. Sırt üstü uzanın ve dizlerinizi bükerek karın kaslarınızın gevşemesini sağlayın, ellerinizi karın bölgesinin yan taraflarına yerleştirin,
2. Karnınızın üst kısmını dışa doğru şişinceye kadar burun yoluyla nefes almaya devam edin,
3. Nefesi 1,2,3,4,5 diye sayarak içinizde tutun. Sonra karın kaslarınızı kasarak havayı ağız yoluyla yavaşça üfleyin.

Öksürük Egzersizleri

- Öksürük egzersizi için önce derin soluk almalı, havayı ağızdan çıkartırken patlama sesi yaparak (öksürerek) atmalısınız. Öksürürken bel bölgenizi korumaya dikkat etmelisiniz (belinizi hafif düzleştirmeli ve dizlerinizi hafif kırmalısınız).
- Derin solunum egzersizleri öksürüğü uyaracağı için öksürük egzersizinden önce yapılmalıdır.

DİKKAT: Derin solunum egzersizleri sigara içenler, 60 yaş üzeri bireyler ve solunum problemleri olanlarda daha önceliklidir.

2.4. Yasal Hazırlık

Size verilen aydınlatılmış onam formunu okuduktan ve doktorunuz tarafından bilgilendirildikten sonra, formlardaki imzalamanız gereken kısımları eksiksiz olarak imzalamalısınız.

2.5. Ameliyattan Önceki Akşam

- Ameliyattan önceki gün ya da akşam duş almanız önerilmektedir. Banyo sizi hem fiziksel (bedensel) hem de psikolojik olarak rahatlatacaktır. Banyo aynı zamanda enfeksiyon gelişmesini de önleyecektir.
- Ameliyattan önceki akşam ağır ve yağlı yiyecekler yememelisiniz,
- ***Ameliyattan önce 8 saat aç kalmanız ve su dahil hiçbir içeceği içmemeniz istenmektedir (Ameliyat sırasında mide içeriğinizin solunum yolunu tıkamasının önlenmesi (aspirasyon) ve ameliyat sonrası bulantı-kusma olasılığınızı azaltmak için midenin boş olması gereklidir).***

Bu uyarıya uymazsanız ameliyatınız gecikebilir ya da ertelenebilir.

2.6. Ameliyat Günü

- Eğer doktor isteminde varsa, hemşireniz ilaçlarınızı uygulayacaktır.
- Doktorunuz/hemşireniz size izin vermediği sürece sürekli kullandığınız ilaçlar da dahil olmak üzere ağızdan hiçbir ilaç almamalısınız.
- Hemşireniz kan basıncınızı, nabzınızı, solunumunuzu ve vücut ısınızınızı değerlendirir.
- Dişlerinizi fırçalamalı, takma dişleriniz varsa bunları çıkarmalısınız.
- Takılarınız varsa (yüzük, küpe, bilezik vb.) çıkarmalısınız.
- Değerli eşyalarınızı yakınlarınıza teslim etmelisiniz.
- Tırnaklarınızda oje varsa silmelisiniz.
- Sakallarınızı traş etmelisiniz.

KAYNAKLAR

- Aksoy, G., Kanan, N. ve Akyolcu N. (2012). Cerrahi Hemşireliği I. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi. 257-366.
- Erdil, F., (2008). İntervertebral Disk Hernisi. Fethiye Erdil, Nalan Özhan Elbaş (Ed.), Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği (s.197-215).
- Herniated Lumbar Disc. North American Spine Society Public Education Series. Erişim: 02.11.2014. <http://www.knowyourback.org>.
- Lomber Disk Hernisi (Bel Fıtığı). Erişim: 01.02.2015. <http://www.spineturk.org>.
- Akbay, A. (2008). Lomber Diak Hastalığında Tıbbi Tedavi. Lomber Dejeneratif Disk Hastalığı, Ankara: 126-137.
- Lumbar Spine Surgery. A Guide to Preoperative and postoperative Patient Care. Erişim: 20.06.2015. <http://www.aann.org>.
- Martell B, O'Connor P, Kerns R, et al. (2007). Systematic review: opioid treatment for chronic back pain: prevalence, efficacy and associated with addiction. Ann Intern Med;116:146.
- Akbay, A. (2007). Lomber Disk Hastalığında Tıbbi Tedavi. Lomber Dejeneratif Disk Hastalığı, Ankara: 126-137.
- Spine Program Patient Handbook. Erişim: 18.04.2015. <http://www.sjo.org>.
- Ameliyat Öncesi Hazırlık ve Hasta Bakımı. Erişim 25.10.2014, <http://igkh.gov.tr>.
- Fotoğraflar Ayşe IŞIK'ın desteği ve yazılı izni ile laboratuvar ortamında hazırlanmıştır (Şekil: 4-5-6-7).

3. AMELİYAT SONRASI

3.1. Ameliyat Sonrası Ağrı Kontrolü

- Ameliyattan sonra ağrı düzeyiniz değerlendirilecek ve doktorunuzun isteminde bulunan ağrı kesici ilaçlar uygulanacaktır. Daha sonra, sizin doktorunuzun reçete ettiği ağrı kesici ilaçları zamanında, uygun dozda ve aksi bir öneri yoksa yemeklerden sonra almanız ağrınızı azaltır.
- Özellikle ameliyattan sonraki ilk 15 günde uzun süreli ayakta durmaktan ve uzun süreli oturmaktan kaçınmak ağrınızı azaltır.
- Yatak içinde, yataktan kalkarken ve yatağa yatarken omurganızın pozisyonunu korumak ağrınızı azaltır.
- Dinlenmek ağrınızı azaltır.
- Yara bölgenizden uzak olmak şartıyla masaj ağrınızı azaltır.
- Gevşeme uygulamaları ve solunum egzersizleri ağrılarınızı azaltır.

DİKKAT:

- *Ameliyat sonrasında bacaklarda ağrı, uyuşma gibi şikayetlerinizde artış olması durumunda doktorunuza iletiniz.*
- *Ameliyat sonrası erken dönemde, idrar çıkımınız, idrarınızın rengi ve miktarı hemşireniz tarafından kontrol edilecektir.*
- *Ameliyattan sonraki ilk 6-8 saatte idrarınızı yapamadıysanız hemşirenize/doktorunuza iletiniz.*

3.2. Ameliyat sonrası erken dönem mobilizasyon

➤ Ameliyattan sonraki ilk 2 saatte doktorunuz/hemşireniz tarafından yapılacak olan nörolojik takip sonrası yatak içinde sağa sola dönmenize izin verilecektir (*yatak içinde dönme pozisyonları, bakınız sayfa: 8*)

➤ Ameliyattan sonra genellikle en erken ilk 6 saat olmak üzere 24 saat sonra yürümeniz istenir.

DİKKAT: Ameliyat sonrası dönemde; tek bacakta ağrı, ödem, kızarıklık, ısı artışı gibi bulgular varsa doktorunuza/hemşirenize iletiniz.

3.3. Yara Bakımı

- Yara iyileşmesi için yara bölgenizi temiz tutmalısınız.
- Eğer pansumanınız ıslak ya da kirli değilse iki günde bir değiştirebilirsiniz.
- Dikişler ameliyattan 7- 10 gün sonra alınmaktadır.
- Dikişlerinizin hastanede alınması yara bölgenizin de kontrolü açısından önemlidir.
- Yara ilk günlerde pembe renklidir, birkaç ay geçtikten sonra ise ten rengine döner.

DİKKAT: Ameliyat yerinizde kızarıklık, akıntı, kötü koku varsa doktorunuza iletiniz.

3.4. Korse Kullanımı (Önerilen Hastalar İçin)

➤ Korse belin hareketini kısıtlamak ve omurganızın mevcut yapısını korumak amacıyla kullanılır.

➤ Sert korselerin uzun süreli kullanımı kasları güçsüzleştirdiği için önerilmez.

➤ Korse kullanırken karın kaslarına izometrik egzersizler (eklemler hareket ettirilmeden kasların kasılıp bırakılması) yapılarak kas güçsüzlüğü önlenmelidir.

3.5. Yeterli Beslenme ve Sıvı Alımının Önemi

➤ Bel fıtığı nedeniyle ameliyat geçiren hastalarda yara iyileşmesi, beden ağırlığının normal sınırlarda tutulması ve kabızlığın önlenmesi gibi faktörler nedeniyle beslenme çok önemlidir.

➤ Kabızlığın önlenmesi için posalı yiyeceklerin tüketilmesi ve bol sıvı alınması önemlidir (*Kabızlığın (konstipasyonun) Önlenmesinin Önemi ve Yapılması Gerekenler, bakınız: sayfa:13*).

DİKKAT: Ameliyat sonrasında iyileşmeniz için yeterli düzeyde sıvı, protein, vitamin ve mineralleri almanız önemlidir. Eğer diyabet, hipertansiyon vb. diyetleriniz varsa bunlara uygun olarak devam etmelisiniz.

3.6. Dinlenme

➤ Özellikle ameliyattan sonraki ilk günlerde yatak içinde dinlenmeye ihtiyacınız olacaktır.

➤ Dinlenme sırasında yatak içinde omurganızın mevcut yapısını korumalısınız.

➤ Yatak içinde ayakları karına çekme, kaldırma, uzatma, yatak içi her iki yana dönme hareketlerini yaparak kaslarınızı çalıştırabilirsiniz.

➤ Aralıklı ve tolere edebildiğiniz kadar yürüyüş yapmalısınız.

➤ Uzun süreli oturmaktan kaçınmalısınız.

3.7. Banyo Yapma

➤ İlk olarak amaç, eğer dikişler yok ise (ameliyatta cilt üstü dikiş atılmamış ise) yarayı yedi gün kuru tutmaktır, dikişler varsa alındıktan sonra banyo yapılabilir.

➤ Eğer dikişleriniz alınmadan önce banyo yapmak isterseniz (*doktorunuza danışarak*), yara yerinizi su geçirmez pansuman ile kapatarak yıkanabilirsiniz.

➤ Omurganızı korumak için; en az 6 hafta ayakta duş almalı, küvete girmemelisiniz. Duş alırken yara yerinizi ovuşturmamalısınız.

➤ Duşta ayakta durmakta zorlanırsanız kısa süreli olmak şartıyla sandalyede oturarak yıkanabilirsiniz.

➤ Kaymayan terlikleri tercih etmeli ve ıslak zemine dikkat etmelisiniz.

KAYNAKLAR

- Lumbar Spine Surgery. A Guide to Preoperative and postoperative Patient Care. Erişim: 20.06.2015. <http://www.aann.org>.
- Spine Program Patient Handbook. Erişim: 18.04.2015. <http://www.sjo.org>.
- Bayrak Y.B, Bağcıvan E, Mertoğlu D.A, Aslan D.B. (2013) Sivas Numune Hastanesi Hasta Bakım Planlama ve Eğitim Birimi Tarafından Lomber Disk Hernisi Ameliyatı Olan Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin ve Evde Telefonla İzlemin Değerlendirilmesi, T.C. Sağlık Bakanlığı, 3.Ulusal Kalite ve Güvenlik Ödülleri, Ankara
- Wong M.E, Chan W.S, Chair S. (2010) The effect of educational intervention on pain beliefs and postoperative pain relief among Chinese patients with fractured limbs, Journal of Clinical Nursing; 19: 2652–2655
- Spine Surgery Patient Handbook. Erişim: 18.04.2015. <http://www.spectrumhealth.org>.
- Çetinkaya F. (2005) Lomber Disk Hernili Hastalarda Egzersiz ve Elektrik Stimülasyonunun Etkinliği, T.C. Sağlık Bakanlığı 70.Yıl İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi -Uzmanlık Tezi.
- Özbayır T. (2011). (in) Nörolojik Travmalar, Karadakovan, A. ve Eti Aslan, F. (Ed.) Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Adana: Nobel Kitabevi, 2. Baskı: 1280-1284.
- Lomber Disk Hernisi Ameliyatı Olan Hastalara Taburcu Olduktan Sonra İlk Altı Hafta için Önerilenler. Erişim: 30.05.2014. <http://www.beyincerrahisi.net>.
- Postoperative Information Leaflet. Erişim: 22.11.2014. <http://www.nevdgp.org>.

4. EVE DÖNÜŞ

4.1. Evde Ağrı Kontrolü

DİKKAT: Ağrı kontrolü için yapılması gerekenlere uyunuz (Ameliyat Öncesi Bel Omurlarında Oluşan Hasarı, Spazmı ve Ağrıyı Azaltmak İçin; bakınız: sayfa: 6). *Ameliyat sonrasında ağrınız ameliyat öncesindeki kadar şiddetlenirse doktorunuza başvurunuz.*

İlaçların Adı ve Dozları	İlaçların Saatleri ve Günleri	İlaçların Etkileri	İlaçların Yan Etkileri/ Alınacak Önlemler

4.2. Kabızlığın (konstipasyonun) Önlenmesinin Önemi ve Yapılması Gerekenler

Ameliyat öncesi-sonrası aç kaldığınız ve kullandığımız bazı ağrı kesiciler nedeniyle ameliyattan sonraki süreçte kabızlık yaşayabilirsiniz. Ameliyat sonrasında aktivitelerinizin sınırlı olması da kabızlığa neden olabilmektedir.

DİKKAT: Kabızlık nedeniyle dışkılama sırasındaki zorlanma disk içindeki (intradiskal) basıncı arttırarak ağrıya neden olabileceği için önlenmelidir.

- Kabızlığın önlenmesi için posalı yiyecekler (incir, kuru erik, kuru kayısı, kuru incir, tam tahıl ürünleri, ıspanak vb.) yemeniz,
- Bol sıvı almanız,
- Düzenli öğünlerle beslenmeniz ve kahvaltıdan yarım saat sonra tuvalete gitmeniz önemlidir.
- Aralıklı olarak yapılan yürüyüşler ve yatak içinde ayakları karına çekme, kaldırma, uzatma, yatak içi her iki yana dönme hareketleri bağırsaklarınızın düzgün çalışmasına ve kabızlığın önlenmesine yardımcı olacaktır.

4.3. Ameliyattan sonra yapılması gereken aktiviteler

Ameliyat sonrası ilk 45 gün kendinize ve omurga bütünlüğünü korumaya dikkat etmeniz gereken zaman dilimidir. Aktiviteler aşamalı bir şekilde artacak plan dahilinde yapılmalıdır.

Aktivite planı ilk 45 gün için üç döneme bölünerek uygulanmaktadır;

İlk 15 günde;

- Hareketleriniz sınırlı olacaktır (***Ameliyat sonrası hareket kısıtlamalarınızı doktorunuzdan öğreniniz.***)
- Gün içinde zorunlu ihtiyaçlarınız için yataktan kalkmalı ve kontrollü bir yatak istirahatine devam etmelisiniz.
- Oturma süreniz 10 dakikayı aşmayacak şekilde olmalıdır. Yemeğinizi ayakta yiyebilirsiniz.
- Yataktan kalkma ve yatma esnasında omurganızın normal pozisyonunu korumalısınız.
- Düzenli beslenmeye özen göstermelisiniz.
- ***Doktorunuz sizin için uygun görürse;*** yatak içinde ayakları karına çekme, kaldırma, uzatma, yatak içi her iki yana dönme hareketlerini yapabilirsiniz.

İkinci 15 günde;

- Hareketlerinizi arttırılabilir, yatakta kalma süresini daha da kısaltabilirsiniz.
- Kendinizi iyi hissettiğiniz sürece yürüebilirsiniz.
- Oturma süreniz gün içinde her seferinde 15-20 dakikayı aşmayacak şekilde olmalıdır.
- Otururken sırtınızın dikliğini korumalısınız.
- Oturduğunuz sandalye sert ve mümkünse kolları destekler şekilde olmalıdır.
- Ev içinde 30 dakikayı aşmayacak şekilde dolaşabilirsiniz.
- Dışarıda kısa süreli yürüyüş yapabilirsiniz.
- Gün içinde mutlaka uzanarak dinlenmek için zaman ayırmalısınız.
- Merdiven çıkma, oturma, bir şeylere uzanma gibi aktivitelerde ağrı olmuyorsa cinsel aktiviteye başlanabilir.
- Kısa zamanlı işe dönmek güvenlidir, ancak omurganızın normal pozisyonuna uygun hareket etmeli ve dinlenmek için zaman ayırmalısınız.

Üçüncü 15 günde;

- Hareket sınırlılıkları kalkmaktadır.
- Bir kat merdiven inebilir, ev dışında da gezebilir,
- Bir saat süreyle oturabilir, yolculuk yapabilirsiniz.
- Mutlaka dinlenme süreleri ayarlamalısınız.
- Araba kullanmaya başlayabilirsiniz (*Konforlu Araba Kullanma, bakınız: sayfa: 17*).
- *Araba kullanmaya ameliyattan en erken 4 hafta olmak üzere 1,5 ay sonra başlayabilirsiniz.*

➤ **Cinsel Yaşam:** Cinsel yaşama başlama süresinin ortalama olarak ameliyattan sonraki 2. haftanın sonunda olması uygun görülmele birlikte altı haftaya kadar uzayabilmektedir. Ancak, ameliyattan sonraki erken dönemde merdiven çıkma, yarım saat oturma, bir şeylere uzanma gibi aktivitelerde 15 dakika süren ağrı oluyorsa cinsel aktiviteye başlamak uygun değildir. Bu aktivitelerde ağrı olmuyor ya da hafif ağrı olup geçiyorsa cinsel aktiviteye başlanabilir. Cinsel aktivite sırasında omurganızın pozisyonunu korumalı ve gerektiğinde sizin pasif, eşinizin aktif olduğu pozisyonları tercih etmelisiniz.

4.4. Ameliyattan sonra yapılmaması gereken aktiviteler

İlk 15 günde;

- Yataktan kalkma ve yatma esnasında omurganızın mevcut yapısını bozacak hareketler yapmamalısınız.
- Eğilme, çömelme, diz çökme, emekleme gibi omurganızın pozisyonunu bozan hareketlerden kaçınmalısınız.
- 5-8 kg'dan fazla ağırlık kaldırmayınız (*4- 6 hafta dikkat etmelisiniz*).

İkinci 15 günde;

- Otururken bacak bacak üzerine atmamalısınız.

Üçüncü 15 günde;

➤ Uzun süre ayakta kalmamalı (**4-6 hafta dikkat etmelisiniz**), ayakta kalma ve dinlenme sürenizi durumunuza göre ayarlamalısınız.

➤ Günlük yaşamdaki tüm aktivitelerinizde omurganızın pozisyonunu korumalısınız.

➤ Eğilme, çömelme, diz çökme, emekleme gibi omurganızın pozisyonunu bozan hareketlerden kaçınmalısınız.

4.5. Bel Fıtığı'ndan (Lomber Disk Hernisi'nden) Korunmada Egzersiz Uygulama

Bel fıtığı ameliyatı sonrasında ameliyat olunan aynı diskte ya da diğer omurgalar arasında fıtık tekrar oluşabilir. Açık diskektomi ameliyatı sonrasında tekrar fıtık oluşma oranı %5-10 oranında görülmektedir. Bel fıtığının tekrarının önlenmesinde bel kaslarını güçlendiren egzersizlerin büyük rolü vardır.

DİKKAT: Doktorunuza danışmadan egzersizlere başlamayınız. Sizin için uygun olan egzersizleri doktorunuz belirleyerek, gerekli ise fizik tedavi bölümüne yönlendirecektir.

➤ Yürüme, yüzme ve sabit bisiklete binme uygun aerobik egzersizlerdir. Öne eğilme ve dönmeyi gerektiren aerobik egzersizler (aerobik dans, kürek çekme gibi) disk içi basıncı arttırabileceği ve omurganın normal pozisyonunu bozacağı için önerilmemektedir.



Şekil: 8.1



Şekil: 8.2

➤ Egzersizler, bel omurgasının normal pozisyonunun korunmasında, ağrının kontrolünde, kısalmış ya da güçsüzleşmiş kas yapılarının onarılmasında önemlidir. Bununla birlikte uzun süreli yarar için egzersizi yaşam biçimi haline getirmeniz gerekmektedir.

DİKKAT: Bel fıtığının en büyük nedenlerinden olan fazla kilonun önlenmesi ve normal kilonun devam ettirilmesi için egzersiz ve düzenli beslenme hayatınızın bir parçası olmalıdır.

4.6. Günlük Yaşam Aktivitelerinde Doğru Vücut Mekanikleri

Günlük yaşamda uyuma, ayakta durma, oturma, eğilme gibi çok tekrarlanan hareketlerin doğru yapılması ve bunların alışkanlık haline getirilmesi bel bölgesini etkileyen zorlanmaları büyük oranda azaltacaktır.



Şekil:9.1



Şekil: 9.2

4.6.1. Duruşu iyileştirme

- Düzgün duruş boyun, sırt ve beldeki kavislerin dengeli ve uyum içinde olması demektir (Şekil: 9.2).
- Uzun süre ayakta durulacak ise, ağırlık ayaklara sırayla aktarılarak pozisyon değiştirilmelidir.
- Sabit durulacak ise, sırt düz olmalı, aşırı çukurlaştırılmamalıdır.

4.6.2. Düzgün Oturma

Oturma yeri ve pozisyonunuzun uygun olmaması, beli zorlayarak ağrıya neden olur. Çok yüksek, alçak ve yumuşak koltuklara oturmamak gerekir. Belinizi destekleyen ve arkılığı omuzlara kadar yükselen sandalyeler doğru oturma için uygundur.



Şekil: 10.1



Şekil: 10.2

4.6.3. Düzgün Uyuma

Uyuma pozisyonları ve kötü yataklar sıklıkla bel ağrısına neden olurlar. Omurganızın sağlığı için **asağıdaki önerilere dikkat edin:**

- Yatağınız içine gömülmeyecek kadar sert olmalıdır.
- Sert yerde veya sunta üzerinde yatmak önerilmemektedir.
- Ağrılı dönemlerde sırt üstü yattığınızda, belinizin ve dizlerinizin altına küçük bir yastıkla desteklemeli (*Şekil: 11.1*),
- Yan yattığınızda da dizlerinizin arasına küçük bir yastık koymalısınız (*Şekil: 11.2*).



Şekil: 11.1



Şekil: 11.2



Şekil: 11.3

4.6.4. Konforlu Araba Kullanma

Uzun süreli araba kullanma sırasında beliniz kötü duruş ve titreşime bağlı olarak zorlanır. Bacaklarınızın çok gerilmemesi için mümkün olduğunca direksiyona yakın oturmanız ve bel boşluğunuzu desteklemeniz önerilmektedir. Eğer uzun süreli araba kullanacaksanız, sık sık küçük molalar vermek ve hareket etmek omurganızın sağlığı için yararlıdır.

Arabaya girerken önce koltuğa oturulur sonra geriye doğru kayılarak bacaklar sırasıyla içeri alınır. Çıkarken de aynı şekilde koltuğun kenarına yaklaşarak bacaklar dışarı alınır ve bacaklardan destek alınarak ayağa kalkılır.

4.6.5. Uzanmak, Eğilmek

Uzanmak ve eğilmek günlük yaşam aktivitelerimiz içinde kaçınılmaz olan hareketlerdendir. Uzanmayı gerektiren aktivitelerde bir taburenin üzerine çıkmak beliniz için daha sağlıklıdır. Öne eğilmek, kasları ve diskleri zorlayarak bel fitiğinin oluşmasına neden olur. Öne eğilme yerine, dizler bükülerek çömelme önerilmektedir.

4.6.6. Doğru Ağırlık Kaldırmak ve Taşımak

- Bir yükün kaldırılabilir ağırlıkta olduğu düşünülüyor ise; önce dizlerden çömelerek ağırlığa yaklaşılır, ağırlık iki elle kavranarak gövdeden destek alınır ve bir yere götürmek için belden destek almak yerine bacakların yardımı ile ayaklardan dönülerek ağırlık çevrilir.
- Ağırlıklar bel hizasından yukarıda taşınmamalıdır.
- Ağırlık taşırken orta hatta ve gövdeye yakın tutulmalıdır.



Şekil: 12.1



Şekil: 12.2



Şekil: 12.3

4.6.7. Ayakkabı Giyme

Ayakkabılar mümkün olduğunca oturularak giyilmeli, öne doğru eğilmekten kaçınılmalıdır. Ortopedik taban, ayak numarasına uygun ayakkabılar tercih edilmeli, yüksek topuklu ayakkabılar belinçukurluğunu artırarak omurganın normal pozisyonunu bozduğu için tercih edilmemelidir.



Şekil: 13.1



Şekil: 13.2

4.6.8. Öksürmek-Hapşırarak

Ayakta öksürürken ve hapşırırken belinizi hafif düzleştirmeli ve dizlerinizi hafif kırmalısınız.



Şekil: 14



Şekil:15

4.7. Sigara

- Sigara, damarların yapısında bozulmaya ve daralmaya, kan akışkanlığında azalmaya ve böylece diskin beslenmesinde bozulmaya neden olmaktadır.
- Ayrıca sigara kronik öksürüğü artırarak disk içi basıncın artmasına neden olmaktadır.
- Sigara kemiklerin sağlığını bozarak kemik erimesine ve bel omurlarında yapısal değişikliklere neden olmaktadır. Omurganızı ve tüm vücudunuzu korumak için sigara içmemelisiniz.

4.8. Kontrole Gelme Zamanı

- Doktorunuzun istemine göre; ameliyattan bir hafta ya da 10 gün sonra dikişlerinizin alınması (*eğer dikişleriniz varsa*) ve yara yerinizin kontrolü için kliniğe çağrılırsınız.
- Ameliyattan 1 ay sonra ise genel kontrol için kliniğe çağrılırsınız.

4.9. Hastaneye Başvurulması Gereken Durumlar

Aşağıdaki durumlarda kontrol zamanını beklemeden hemen doktorunuza başvurmalısınız;

- Göğüs ağrısı ve nefes alamama,
- Ateş,
- Bulantı/kusma,
- Yarada artan kızarıklık, iltihap, akıntı, şişlik olması
- Artan bel ve bacak ağrısı,
- Ayak bileğinde kuvvetsizlik (düşük ayak),
- Bacak ve ayaklarda kuvvet kaybı, uyuşma,
- Döküntü,
- Bacakta ağrı ya da şişme,
- Bacaklarda ve genital bölgede uyuşukluk,
- İdrar ve dışkı kaçırma.

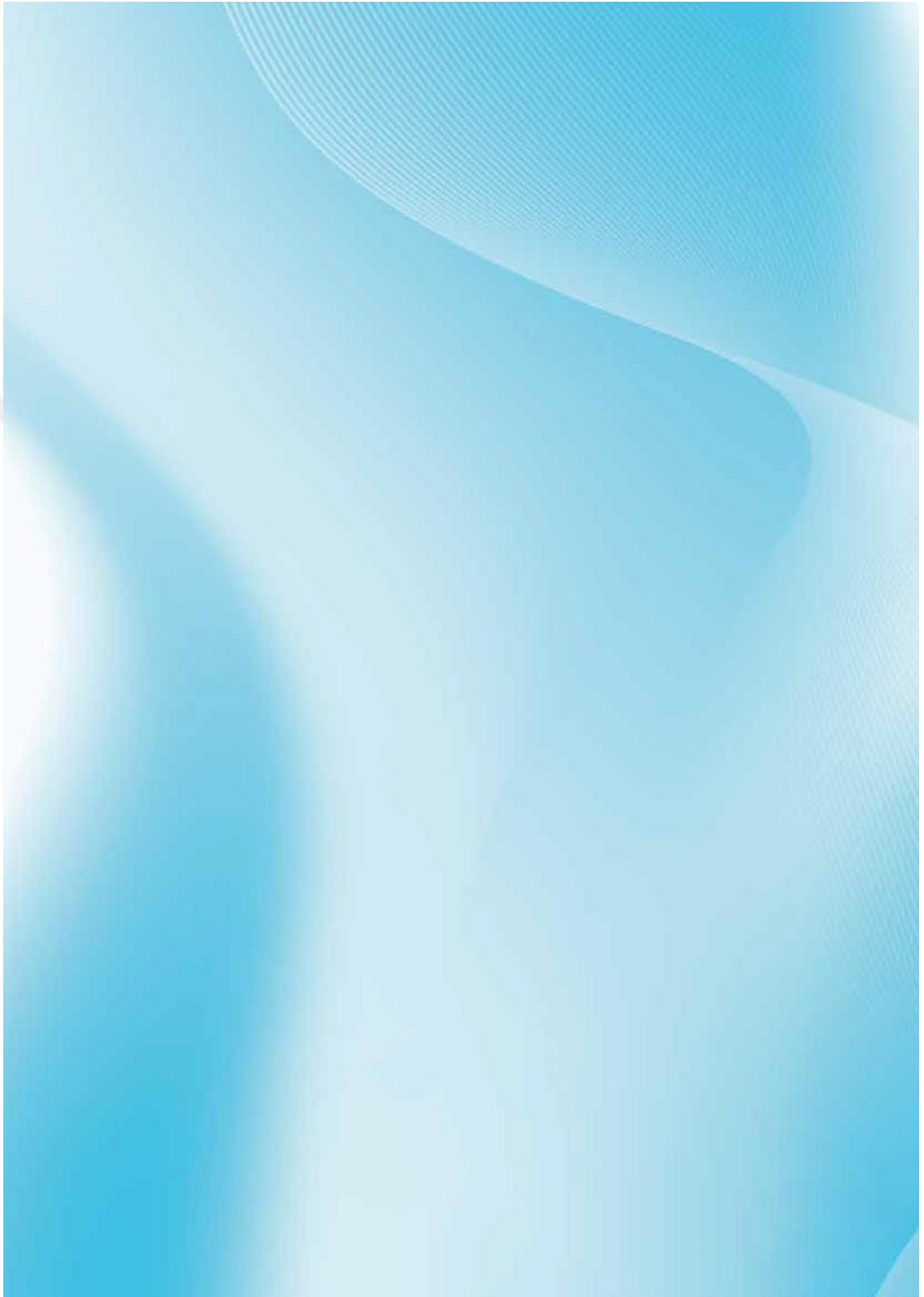
ACIL DURUMLARDA

Başvuracağınız yer	
Telefon numarası	
Doktorunuzun adı	

KAYNAKLAR

- Lumbar Spine Surgery. A Guide to Preoperative and postoperative Patient Care. Erişim: 20.06.2015. <http://www.aann.org>.
- Lomber Disk Hernisi Ameliyatı Olan Hastalara Taburcu Olduktan Sonra İlk Altı Hafta için Önerilenler. Erişim: 30.05.2014. <http://www.beyincerrahisi.net>.
- Özbayır T (2011) Nörolojik Travmalar (in) Karadakovan, A. ve Eti Aslan, F (Ed.) Nörolojik Travmalar, Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Adana: Nobel Kitabevi, 2. Baskı: 1280-1284.
- Aydoğan, N. (2005). Lomber Disk Hernisi Nedeniyle Cerrahi Girişim Uygulanan Hastaların Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimleri, T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü ,Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Uludağ Üniversitesi Atatürk Rahabilasyon Uygulama ve Araştırma Merkezi Bel Koruyucu Önlemler. Erişim: 10.11.2014 <http://www.sakur.uludag.edu.tr>.
- Spine Program Patient Handbook. Erişim: 18.04.2015. <http://www.sjo.org>.
- Akbaş, N. (2007). Lomber Disk Hastalarında Cinsel Sorunlar. Lomber Dejeneratif Disk Hastalığı, Ankara: 68-72.
- Bel Fıtığı Cerrahisinde Açık Diskektomi ve Mikrodiskektomi. Erişim: 01.02.2015. <http://www.spineturk.org>.
- Your Pathway to Recovery: A Patient's Guide to Spine Surgery. Erişim: 18.04.2015. <http://www.hss.edu.tr>.
- Demir, H. (2008). Bel Ağrılarında Egzersiz Tedavisi. Lomber Dejeneratif Disk Hastalığı, Ankara: 240-252.
- Spine Surgery Patient Handbook. Erişim: 18.04.2015. <http://www.spectrumhealth.org>.
- Dönmez Y, Dolgun E, Kabataş M, Özbayır T. (2010) Lomber Disk Hernili Hastalarda Risk Faktörlerinin İncelenmesi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi, 24(2):89-9230.
- Malak A, Yıldız T, Göktaş B.S. (2013) Verilen Danışmanlık Hizmeti İle Lomber Disk Hernisi Engellenebilir Mi, Türk Nöroşirürji Dergisi; Cilt: 23, Ek Sayı
- The spine Center Patient Guide. Erişim: 20.04.2015. <http://www.hardhosp.org>.
- Low back pain: early management of persistent non-specific low back pain. Erişim: 01.03.2015. <http://www.nice.org.uk>.
- Boyun ve Bel Fıtığında Yüzmenin Yeri. Erişim: 29.03.2016. <http://www.yuzme.com.tr>
- An Inconvenient Truth: Walking Is The Best Exercise. Erişim: 29.03.2016. <http://mindbodycoach.org>
- Fotoğraflar Ayşe İŞİK'ın desteği ve yazılı izni ile laboratuvar ortamında hazırlanmıştır (Şekil: 9-10-11-12-13-14).
- İlaç içerken bunlara dikkat edin. Erişim: 28.03.2016 <http://www.static.birgun.net>
- No smoking symbol-pv.png. Erişim: 28.03.2016 <http://www.rtor.org> (Şeki: 15).





ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Arzu	Uyruğu	TC
Soyadı	TAT ÇATAL	Tel no	0546 236 79 20
Doğum tarihi	01.01.1988	e-posta	arzutatben@gmail.com

Eğitim Bilgileri

	Mezun olduğu kurum	Mezuniyet yılı
Lise	Denizli Çardak Çok Programlı Lisesi	2004
Lisans	Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi	2010
Yüksek Lisans	Antalya Akdeniz Üniversitesi	2017

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Hemşire	Antalya BSK Lara Hastanesi Karma Kliniği	2010-2011
Hemşire	Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği	2011-2017
Araştırma Görevlisi	Süleyman Demirel Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği	2017- halen

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	YDS	58,75
İngilizce	YÖKDİL	70

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Lomber Disk Hernisi Nedeniyle Cerrahi Tedavi Uygulanan Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin Anksiyete-Depresyon Durumuna ve Yaşanan Sorunlara Etkisi	Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri	2015-2017