



T.C.  
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**LOMBER DİSK HERNİSİ AMELİYATI OLAN HASTALARA  
AMELİYAT ÖNCESİ VERİLEN EĞİTİMİN AMELİYAT ÖNCESİ VE  
SONRASI KAYGI DÜZEYİNE, AMELİYAT SONRASI AĞRI VE  
MEMNUNİYETE ETKİSİ**

GÖKÇE KARAOKUR

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Doç. Dr. SELDA RIZALAR

İSTANBUL - 2019

## TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi  
Program:n Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ( )  
Anabilim Dalı : Hemşirelik  
Tez Sahibi : Gökçe KARAOKUR  
Tez Başlığı : Lomber Disk Hernisi Olan Hastalara Ameliyat Öncesi  
Verilen Eğitimin Ameliyat Öncesi ve Sonrası Kaygı  
Düzeyine Ameliyat Sonrası Ağrı ve Memnuniyete Etkisi  
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Haliç Yerleşkesi  
Sınav Tarihi : 26.07.2019

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

### Danışman

Doç.Dr. Selda RIZALAR

### Kurumu

İstanbul Medipol Üniversitesi

### İmza



### Sınav Jüri Üyeleri

Doç.Dr. Nuran GENÇTÜRK

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Dr.Öğr.Üyesi Esra  
KÖROĞLU ÇAMDEVİREN

İstanbul Medipol Üniversitesi



Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun **08/08/2019** tarih ve **2019.../...25... - 03...** sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Neslin EMBKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdür V.



## BEYAN

Bu tez çalışmasının yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu ve bu kaynakların kaynaklar listesinde gösterildiğini, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

GÖKÇE KARAOĞUR



## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimin ve tez çalışmam süresince akademik deneyimlerini, bilgi birikimini ve katkısını esirgememiş olan değerli hocam Doç. Dr. Selda RIZALAR'a,

Tez çalışmam için izin vermiş olan Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi Başhekimliği ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'ne,

Tezin uygulanma aşamasında yardım ve katkı sağlamış olan Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahi servisinde çalışan hemşire ekibine,

Tez yazım aşamasında katkı ve destekleriyle yanımda olan İsmail ÖZDEMİR, İlknur FURKAN KARAKAYA ve Sultan MERMER ATA'ya,

Hayatım boyunca tüm destekleriyle yanımda olan, çok sevdiğim annem, babam ve kardeşlerime en içten dileklerle teşekkürlerimi sunarım.

## KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

**BKİ:** Beden Kitle İndeksi

**BOS:** Beyin-Omurilik Sıvısı

**BT:** Bilgisayarlı Tomografi

**DSAÖ:** Durumluk Sürekli Anksiyete Ölçeği

**EMG:** ElektroMiyografi

**GKÖ:** Görsel Kıyaslama Ölçeği

**LDH:** Lomber Disk Hernisi

**MRG:** Manyetik Rezonans Görüntüleme

**NSAİ :** Non-Steroid Anti enflamatuvar İlaçlar

## TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ

### Tablolar

	<b>Sayfa No.</b>
<b>Tablo 5.5.4.1.</b> Araştırmanın Uygulaması.....	30
<b>Tablo 6.1.</b> Kontrol ve Deney Gruplarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı.....	32
<b>Tablo 6.2.</b> Kontrol ve Deney Gruplarının Klinik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	34
<b>Tablo 6.3.</b> Deney ve Kontrol Gruplarının Ameliyat Öncesi ve Sonrası Durumluk Kaygı Puanları.....	36
<b>Tablo 6.4.</b> Deney ve kontrol gruplarında Sürekli Kaygı, Hemşirelik Bakım Memnuniyeti ve Ağrı Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	37
<b>Tablo 6.5.</b> Kontrol ve Deney Grubunda Tanıtıcı Özelliklere Göre Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Durumluluk Kaygı Puanlarının Karşılaştırılması.....	38
<b>Tablo 6.6.</b> Kontrol ve Deney Grubunda Klinik Özelliklere Göre Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Durumluluk Kaygı Puanlarının Karşılaştırılması.....	40
<b>Tablo 6.7.</b> Kontrol ve Deney Grubunda Tanıtıcı Özelliklere Göre Sürekli Kaygı, Hemşirelik Bakım Memnuniyeti ve Ağrı Puanlarının Karşılaştırılması.....	42
<b>Tablo 6.8.</b> Kontrol ve Deney Grubunda Klinik Özelliklerine Göre Sürekli Kaygı, Hemşirelik Bakım Memnuniyeti ve Ağrı Puanlarının Karşılaştırılması.....	46

### Şekiller

<b>Şekil 4.1.1.1.</b> Vertebral Kolonun Yapısı.....	7
<b>Şekil 4.1.1.2.</b> Vertebranın Anatomik Yapısı.....	8
<b>Şekil 4.1.1.3.</b> İntervertebral Disk Yapısı.....	9
<b>Şekil 5.4.1.</b> Araştırmanın Akış Şeması.....	25
<b>Şekil 6.1.</b> Deney ve Kontrol Gruplarına Göre Durumluk Kaygı Puanları.....	37

## İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

TEZ ONAY FORMU.....	i
BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	iv
TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ.....	v
1. ÖZET.....	1
2. ABSTRACT.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER.....	7
4.1. Lomber Disk Hernisi.....	7
4.1.1. Vertebral Kolon ve Diskin Anatomik Yapısı.....	7
4.1.2. Lomber Disk Hernisinin Fiziopatolojisi.....	10
4.1.3. Lomber Disk Hernisinin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri.....	10
4.1.4. Lomber Disk Hernisinde Klinik Belirti ve Bulgular.....	10
4.1.5. Lomber Disk Hernisinde Tanı Yöntemleri.....	11
4.1.6. Lomber Disk Hernisinde Tedavi.....	12
4.1.6.1. Tıbbi Tedavi.....	12
4.1.6.2. Cerrahi Tedavi.....	12
4.1.7. Lomber Disk Hernisinde Hemşirelik Bakımı.....	12
4.1.7.1. Ameliyat Öncesi Dönemde Hemşirelik Bakımı.....	13
4.1.7.2. Ameliyat Sonrası Dönemde Hemşirelik Bakımı.....	15
4.1.7.3. Taburculuk Eğitimi.....	16

<b>4.2. Kaygı .....</b>	<b>17</b>
<b>4.2.1. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Kaygı.....</b>	<b>18</b>
<b>4.3. Ağrı.....</b>	<b>20</b>
<b>4.4. Hasta Memnuniyeti.....</b>	<b>21</b>
<b>4.4.1. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler.....</b>	<b>21</b>
<b>5. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>23</b>
<b>5.1. Araştırmanın Amacı ve Türü.....</b>	<b>23</b>
<b>5.2. Araştırma Hipotezleri.....</b>	<b>23</b>
<b>5.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....</b>	<b>23</b>
<b>5.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....</b>	<b>24</b>
<b>5.5. Verilerin Toplanması.....</b>	<b>26</b>
<b>5.5.1. Veri Toplama Araçları.....</b>	<b>26</b>
<b>5.5.1.1. Hasta Tanıtım Formu.....</b>	<b>26</b>
<b>5.5.1.2. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği .....</b>	<b>26</b>
<b>5.5.1.3. Görsel Kıyaslama Ölçeği.....</b>	<b>27</b>
<b>5.5.1.4. Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği.....</b>	<b>27</b>
<b>5.5.2. Hasta Bilgilendirme Materyalinin Hazırlanması.....</b>	<b>28</b>
<b>5.5.3. Araştırmanın Ön Uygulaması.....</b>	<b>28</b>
<b>5.5.4. Araştırmanın Uygulaması .....</b>	<b>28</b>
<b>5.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....</b>	<b>31</b>
<b>5.7. Araştırmanın Etik Yönü ve İzinler.....</b>	<b>31</b>
<b>6. BULGULAR.....</b>	<b>32</b>
<b>7. TARTIŞMA.....</b>	<b>49</b>
<b>8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>55</b>



<b>9. KAYNAKLAR.....</b>	<b>58</b>
<b>10. EKLER.....</b>	<b>67</b>
<b>11. ETİK KURUL ONAYI.....</b>	<b>81</b>
<b>12. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>84</b>



## 1. ÖZET

### **LOMBER DİSK HERNİSİ AMELİYATI OLAN HASTALARA AMELİYAT ÖNCESİ VERİLEN EĞİTİMİN AMELİYAT ÖNCESİ VE SONRASI KAYGI DÜZEYİNE, AMELİYAT SONRASI AĞRI VE MEMNUNİYETE ETKİSİ.**

Bu araştırma lomber disk hernisi tanısı konulan hastalara, ameliyat öncesi dönemde verilen hemşirelik eğitiminin ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası anksiyete, hemşirelik bakımından memnuniyet ve ağrıya etkisini belirlemek amacıyla, randomize kontrollü bir çalışma olarak, Kasım 2018- Nisan 2019 tarihleri arasında Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi kliniğinde yapıldı. Örneklemde kontrol grubuna 52, deney grubuna 58 hasta alındı. Kontrol grubundaki hastalara ameliyat öncesi rutin hemşirelik bakımı verildi. Deney grubundaki hastalara ise rutin hemşirelik bakımına ek olarak bilgilendirme broşürü verilerek, broşür ile hastalara lomber disk hernisi ile ilgili ayrıntılı bilgilendirme yapıldı. Kontrol ve deney grubundaki hastaların ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete, hemşirelik bakımından memnuniyet ve ağrı değerleri ölçüldü. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ki-kare analizi, manwhitney-u testi ve kruskall whallis testi kullanıldı. Deney ve kontrol gruplarında ameliyat sonrası durumluk kaygı, hemşirelik bakım memnuniyeti ve ağrı puanları arasında anlamlı fark bulundu ( $p<0,05$ ). Deney ve kontrol grupları arasında ameliyat öncesi durumluk kaygı ve süreklilik kaygı puanları arasında fark bulunmadı ( $p>0,05$ ). Sonuç olarak ameliyat öncesi broşür ile hemşirelik eğitimi verilen deney grubundaki hastalarda anksiyete düzeyinin düştüğü, bakım memnuniyetinin arttığı, ağrı düzeyinin azaldığı belirlendi. Araştırmanın sonuçları doğrultusunda broşür eğitiminin ameliyat öncesi bakımda etkili bir yöntem olduğu belirlendi.

**Anahtar Kelimeler:** Ağrı, Ameliyat Öncesi Eğitim, Anksiyete, Lomber Disk Hernisi, Memnuniyet

## **2. ABSTRACT**

### **THE EFFECT OF PREOPERATIVE TRAINING ON PREOPERATIVE AND POSTOPERATIVE ANXIETY, POSTOPERATIVE PAIN AND SATISFACTION IN PATIENTS WITH LUMBAR DISC HERNIATION.**

This was a randomized controlled study conducted to determine the effect of preoperative and postoperative nursing education on preoperative and postoperative anxiety, nursing satisfaction and pain in patients diagnosed with lumbar disc hernia, between November 2018- April 2019 at Gaziosmanpaşa Taksim Training and Research Hospital Neurosurgery Clinic. Within the sample group, 52 patients were included in the control group and 58 patients were included in the experimental group. The patients in the control group received routine nursing care before surgery. In addition to routine nursing care, an information brochure was given to the patients in the experimental group, and detailed information about lumbar disc hernia was given to the patients with the brochure. Pre and postoperative anxiety, nursing satisfaction and pain values of the patients in the control and experimental groups were measured. Number, percentage, mean, standard deviation, chi-square analysis, manwhitney-u test and kruskall whallis test were used to evaluate the data. Postoperative anxiety, nursing care satisfaction and pain scores were significantly different in the experimental and control groups ( $p < 0.05$ ). There was no difference between preoperative state anxiety and trait anxiety scores between the experimental and control groups ( $p > 0.05$ ). As a result, it was determined that in the experimental group who were given nursing education with preoperative brochure, the anxiety level decreased, care satisfaction increased and pain level decreased. According to the results of the study, brochure training was an effective method in preoperative care.

**Keywords:** Pain, Preoperative Training, Anxiety, Lumbar Disc Herniation, Satisfaction

### 3.GİRİŞ VE AMAÇ

Yetişkin nüfusun yaklaşık üçte ikisi yaşamlarının belirli dönemlerinde bel ağrısı deneyimlemektedir ve bel ağrısı olanların %80'inde ağrı lomber disk hernisinden (LDH) kaynaklanmaktadır (1). LDH tanısı olan hastalarda en sık görülen bulgu ağrıdır. Bireyler genellikle bel ve bacak ağrısı, bacakta uyuşma, oturup kalkamama, yürüyememe ve kuvvet kaybı şikâyetleri tanımlamaktadır.

Herninin tıbbi ve cerrahi tedavi yöntemleri vardır. Tıbbi tedavi LDH'nin girişimsel yöntemler veya cerrahi tedavi aşamasına gelmesini önleyen ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen şikâyetlerin azalmasını hedefler. Tıbbi tedavide amaç hastalığın seyri ile ilgili olarak hastayı bilgilendirmek ve cerrahi invaziv işlem gerekmeden ağrıyı ve enflamasyonu azaltmaktır (2,3). Hastanın bilgilendirilmesi, yatak istirahati, ilaç tedavisi, egzersiz ve fizik tedavi tıbbi tedavi yöntemleri arasında yer almaktadır (3,4).

LDH tedavisinde cerrahi girişim ise sık başvurulan bir tedavi yöntemidir. Tıbbi tedavinin yetersiz kaldığı durumlarda ya da motor ve duyuşsal kayıpların olduğu, ağrının kontrol edilemediği, anal veya üriner sfinkter kontrolü kaybının olduğu durumlarda cerrahi tedaviye başvurulur. Bu amaçla planlanan cerrahi girişimler; laminektomi, diskektomi, foraminotomi ve spinal füzyondur. Ameliyat yüksek oranda başarılı sonuçlanan tedavi yöntemidir. Literatürde hernide uygulanan cerrahi tedavinin başarı oranının %85-95 olduğu; disk hernisinin ameliyat sonrası tekrarlama oranının ise %5-10 olduğu belirtilmektedir (5). Ameliyat sonrası aynı sorun diskin aynı mesafesinde olacağı gibi aynı tarafın alt veya üst mesafesinde ya da aynı seviyenin karşı tarafında tekrarlayabilmektedir.

Son yıllarda lomber disk hernisine yönelik ameliyat tekniklerindeki gelişmelerin artmış olmasına rağmen lomber disk cerrahisi komplikasyonlara açık bir cerrahi işlemdir. İntraoperatif dönemde duramater, spinalkord, sinir kökü yaralanmaları, retroperitoneal yaralanmalar; ameliyat sonrası süreçte ise yara yeri enfeksiyonu, rezidüel disk materyali, motor defisitinin artması, vertebral kolonun mekanik bütünlüğünün bozulması, spinalkordbasısı, idrar retansiyonu, paralitik ileus ve ağrının tekrarlama sık görülen komplikasyonlar arasındadır (6).

Birey günlük yaşamına normal bir şekilde devam ederken aniden ortaya çıkan ve kronikleşen ağrı kişinin aniden hasta rolüne girmesine sebep olur. Yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen, fiziksel fonksiyonlarının azalmasına sebep olan ve beraberinde iş gücü kaybı oluşturan LDH tedavi süreci mali olarak da yük oluşturmaktadır. Bununla birlikte hastaların ameliyat sonrası süreçte eski durumuna dönememe korkusu, günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanması, çalışma gücünü kaybetme, bağımlı olma duygusu, paralizisi gelişmesi, ani başlayan ve kronikleşen bir ağrının olması ve ölüm endişesi yaşadıkları için kaygı düzeyi yükselebilir (7,8). Ameliyat öncesi dönemde bilinmeyen korkusu ve ağrının varlığının, anksiyete düzeyini arttırdığı, bu durumun da bireyin ağrı eşiğini düşürdüğü birçok araştırmada tespit edilmiştir. Gökçek ve arkadaşlarının lomber disk hernisinin anksiyete ve depresyon düzeyine etkisini araştırdığı çalışmada sonuçlar hem erkeklerde hem kadınlarda LDH'in anksiyete ve depresyon düzeyinde artışa neden olduğunu göstermektedir (7,9,10). Ameliyat öncesi dönemde bireylerin %60-80'inin kaygı yaşadığı yapılan çalışmalarla belirtilmiştir (7,9,10,23). Kaygı düzeyi ise hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, hastalığa bağlı şikayetleri, hastalığın süresi, var olan kronik hastalıklar ve geçmiş tıbbi deneyimler ile ilişkilidir. Hastanın önceki anestezi ve cerrahi deneyiminin ve uygulanacak ameliyatın türünün de kaygı düzeyini etkilediği bazı çalışmalarda belirtilmiştir (11,12,13).

Anksiyetenin ameliyat sonrasında vücutta iyileşmeyi geciktiren biyokimyasal değişikliklere neden olduğu literatürde belirtilmektedir (10,14,15). Hastada yüksek kaygı düzeyi ağrı şiddetinin artmasına, opioid gereksinimine, komplikasyonların gelişmesine, aktif yaşama geç dönmeye ve özbakım yetersizliğine neden olmaktadır (14,16). Cerrahi işleme bağlı anksiyete hipertansiyon ve aritmi gibi patofizyolojik tepkilere yol açabilir. Bu tepkiler anestezi onayı alamama, ameliyatı geri çevirme ya da elektif vakaların iptal edilmesi gibi sonuçlar doğurabilir (17,18).

Çetinkaya'nın (2010) Batın ameliyatı olacak yetişkin hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin kaygı ve ağrı düzeyine etkisini incelediği çalışmasında ameliyat öncesinde bilgilendirici ve eğitici hemşirelik yaklaşımının hastanın kaygı ve ameliyat sonrası ağrı düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu saptanmış olup, ameliyat öncesi hemşirelik eğitiminin anksiyete düzeyini düşürdüğü bulunmuştur (19).

Özberksöy'un (2009) "Meme kanseri olan hastalarda ameliyat öncesi eğitimin ameliyat sonrası ağrı ve kaygı düzeylerine etkisi" isimli 30 deney, 30 kontrol grubu olmak üzere 60 hastanın katılımını sağlayarak yarı deneysel yapmış olduğu çalışmada ameliyat öncesi eğitimin, ameliyat sonrası kaygı ve ağrı düzeyini azaltmada etkili bir yaklaşım olduğu sonucu elde edilmiştir (20).

Hemşirelik bakımında ameliyat öncesi hastanın eğitilmesi kaygıyı azaltmanın yollarından biridir. Hemşire hastanın ameliyat öncesi ve sonrasında fiziksel, ruhsal ve sosyal iyiliğinden sorumludur. Akyolcu ve arkadaşlarının (2003) perioperatif hasta ve ailesinin eğitim gereksinimleri ve hemşirenin rolünü incelediği çalışmada, ameliyat öncesi eğitimin, hasta ve ailesinin genel uyumu, hastayı ameliyata hazırlamak için ameliyat öncesi aktiviteleri tartışma ve en üst düzeyde fonksiyonel olmayı hedefleme ve iyileşmeyi sağlamak için ameliyat sonrası bakımı içermesini belirtmiştir (21).

Kaygı düzeyini düşürmede hemşirelik eğitiminin etkili olduğunu bir çok araştırma göstermiştir. Karadağ'ın (1999) lomber disk hernisi ameliyatı öncesi ve sonrasında sorunlarla başetmede hemşirenin rolünü incelediği çalışmasında lomber disk hernisi tanısı konulan ve cerrahi planlanan hastalara verilen hemşirelik eğitiminin ameliyat öncesi ve sonrasında yaşanan kaygı düzeyini düşürdüğü belirtilmiştir (22). Ameliyat öncesinde hemşirelik eğitimi verilen birey tedavi ile ilgili nasıl bir sürecin onu bekleyeceğini bilir, bu süreçle ilgili sorularına cevaplar alabilmek için uygun ortam hazırlanan hasta kendini rahat ve güvende hisseder, tedaviye uyum sağlar, ameliyat öncesi ve sonraki süreçte kaygı düzeyi azalır (14,22,23).

Cerrahi işlem sonrası hastaların deneyimlediği ağrı şiddetinin anksiyete düzeyinden etkilendiğini gösteren araştırmalar mevcuttur (24,25,26). Hastalıkla ilgili anksiyete, cerrahi girişim sonrası bilinmeyenle karşılaşma ve pozisyon kısıtlılığı gibi nedenler hasta memnuniyetinide etkilemektedir. Bireylerin sağlık durumları ile ilgili ve taburcu olduktan sonra evde günlük yaşam aktivitelerini düzenleme konusunda bilgi almasının ameliyat sonrası iyileşme sürecinde olumlu rol oynadığı ve hemşirelik bakımından memnuniyeti artırdığı bilinmektedir (5,22).

Ameliyat öncesi dönemde cerrahi girişim hakkında hemşireler tarafından etkin olarak bilgilendirilen hastaların ameliyat öncesi ve sonrası kaygı düzeyinin düşmesi, ameliyat sonrası ağrı şikayetinin azalması, hasta memnuniyetinin artması ve ameliyat sonrası iyileşmenin daha hızlı gerçekleşmesi beklenmektedir. Bu araştırma lomber disk hernisi ameliyatı olan hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası kaygı düzeyine, ameliyat sonrası ağrı ve memnuniyete etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

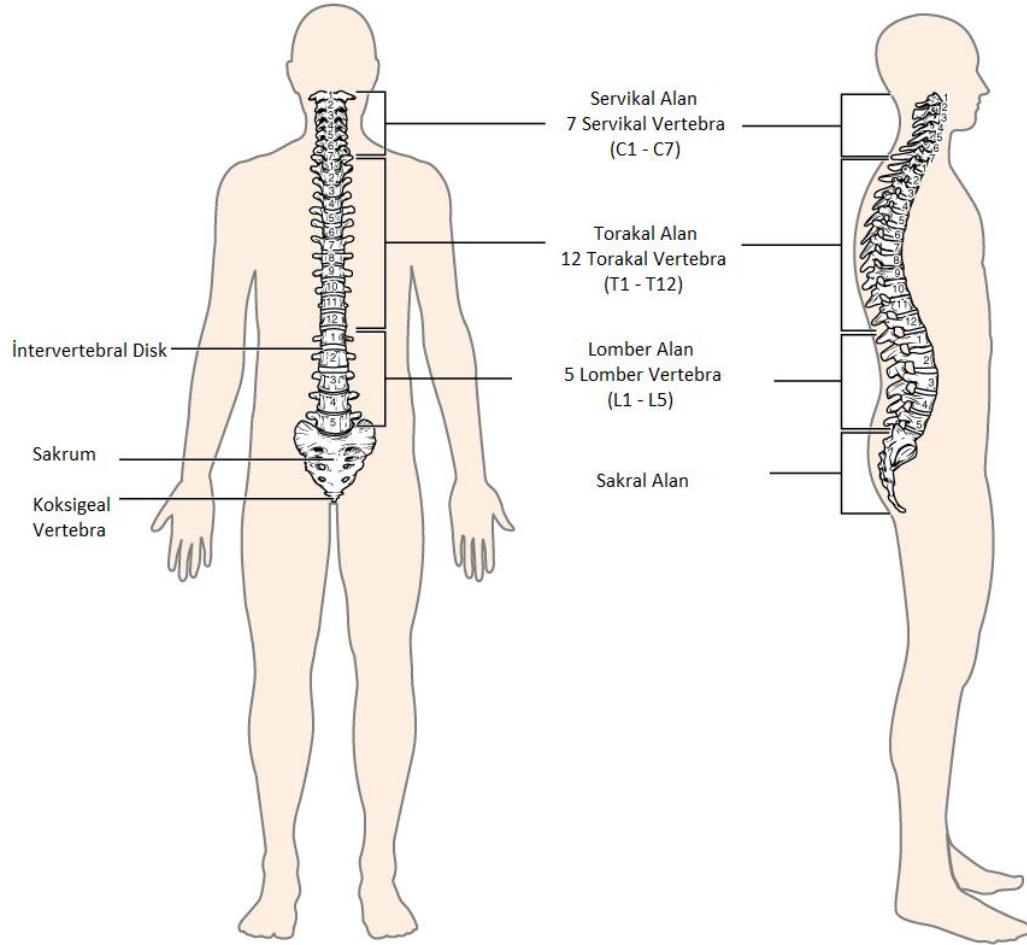


## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1.Lomber Disk Hernisi

#### 4.1.1.Vertebra Kolon ve Diskin Anatomik Yapısı

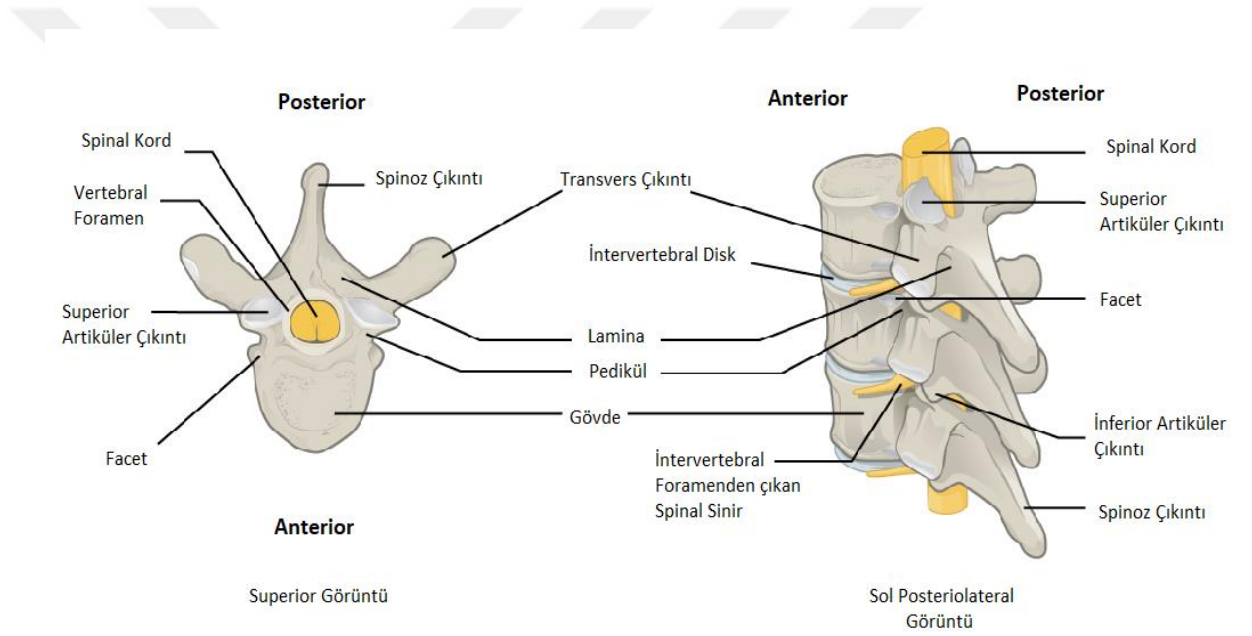
Vertebra kolon, vertebralardan oluşmuş ve içerisinde omurilik bulunan kemik yapıya verilen isimdir. Vertebra kolon, servikal bölgede yedi, torakal bölgede on iki, lomber bölgede beş, sakral bölgede beş ve koksikte dört olmak üzere 33 ayrı vertebra'nın birleşmesinden oluşan güçlü ve esnek bir yapıdır (27,28) (Şekil 4.1.1.). Vertebra beden ağırlığını taşır, omurilik eklerini içinde bulundurarak nörolojik olarak bedende işlev gösterir. Gövdeyi oluşturma, ağrısız hareket etme yeteneğiyle mekanik olarak aktif hareketi sağlar (28).



Şekil 4.1.1.1. Vertebra Kolonun Yapısı (29)



Vertebra anatomik olarak anterior ve posterior olmak üzere iki kısımdan oluşur (Şekil 4.1.1.2.) Anterior bölge vertebranın ağırlığını taşımakla görevli gövde kısmından oluşur. Posterior bölge ise superior ve inferior olmak üzere iki artiküler, lamina, iki transvers ve bir spinoz çıkıntından oluşur. Her vertebra gövdesi pedikül adı verilen iki kemik sapla vertebra gövdesine bağlıdır. Arka kısımda ve orta hizada pediküllerin kemik halka oluşturacak şekilde birleşmesiyle lamina oluşur. Vertebral foramen ise önde vertebra gövdesi, yanlarda vertebra sapı ve laminalarla çevrelenerek bir araya gelen vertebral kolonun kanalını oluşturan yapıdır (27,28,30).

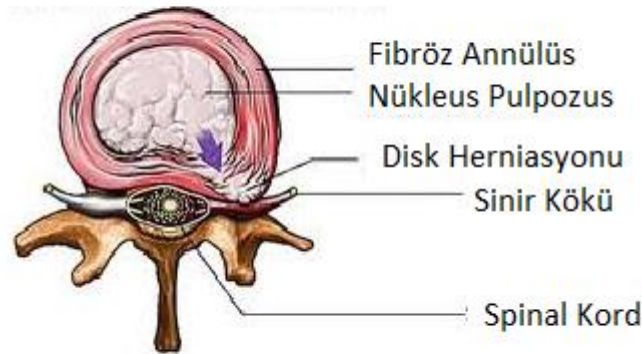


**Şekil 4.1.1.2.** Vertebranın Anatomik Yapısı (31)

Disk yapısı su, kollajen ve proteoglikan olmak üzere üç temel bileşenden oluşur. Disk yapısının %85'ini su içerir ve bu oran yaşlanma ve dejenerasyona bağlı %70'lere kadar düşebilir. Kollajen yapı, diskte daha fazla su tutulumu ile intervertebral iletişimi sağlayan, Tip I ve Tip II kollajenlerden oluşan kısımdır. Proteoglikanlar ise protein özelliğinde ki yapılardır, intervertebral disk dokusunun hidrasyonunu sağlar (32) .

Diskler nükleus pulpozus ve fibröz annülüs olarak adlandırılan iki kısımdan oluşmaktadır. Nükleus pulpozus adı verilen bölüm yumuşak jelatinöz maddeden, bağ dokusu, kollajen lifler ve kırık hücrelerinden oluşan vertebranın iç kısmıdır. Nükleus pulpozusun başlıca görevleri; vertebralar üzerine olacak zorlamaları absorbe etmek, disk ile kapiller arasındaki sıvı değişiminde rol oynamaktır. Yaşın ilerlemesine bağlı jelatinöz kısım kalınlaşmaya ve fonksiyonlarını kaybetmeye başlar. Fibröz annülüs ise nükleus pulpozusu koruyan vertebranın dış kısmında yer alan fibröz halkadır ve hareketi sağlamak , zorlamaları absorbe etmekle görevlidir (28,32). LDH sıklıkla L4-L5 ve L5-S1 vertebraları arasında görülür. Çünkü bu disk seviyeleri daha hareketli ve kanal çapının dar olduğu alanlardır (30).

#### İntervertebral Disk Hernisi



Şekil 4.1.1.3. İntervertebral Disk Yapısı (33)

#### 4.1.2. Lomber Disk Hernisinin Fizyopatolojisi

Disklerde oluşan dejenerasyon intervertebral bölgede daralma ve anulus fibroziste yırtılmalarla sonuçlanır. Dejenerasyonun sürekliliği nukleus pulpozusun anulus fibrozisten dışarıya çıkarak spinal kanala doğru fitikleşmesine ve lomber disk hernisine neden olur (28,30,32,34). Disk hernisinin %95'i daha hareketli olan, yüklenmenin daha fazla ve kanal çapının daha dar olduğu L4 ve L5 düzeylerinde oluşur (28,30,35).

#### 4.1.3. Lomber Disk Hernisinin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Bireylerin vücut mekaniklerini yanlış kullanması, tek taraflı ya da dizleri bükmeden ağır eşya taşınması, ayakta uzun süre kalma, fiziksel koşulların ağır olması ve ergonomik olmayan çalışma koşulları lomber disk hernisi oluşumuna neden olmaktadır. İş makinası, büyük araç ve uzun süreli otomobil kullanan yüksek vibrasyona maruz kalan bireylerde LDH görülme sıklığı artmaktadır (24,36). Sporcularda bel ağrısının görülme sıklığı %1-30 arasındadır. Daha çok kayak, jimnastik, golf, kürek gibi sporlarla ilgilenen bireylerde bel ağrısı ve LDH görülme oranı daha fazladır. Orta ve ileri yaşta olmak, beden kitle indeksinin yüksek olması, eğitim düzeyinin düşük olması, genetik özellikler, hastada osteoporoz olması, sigara kullanımı, stres durumu ve sedanter yaşam kişisel özelliklere bağlı risk faktörleri arasındadır (30,36,37,38).

#### 4.1.4. Lomber Disk Hernisinde Klinik Belirti ve Bulgular

Lomber disk hernisinde en sık görülen belirti ve bulgular ağrı, kas güçsüzlüğü, paralizisi, mesane ya da bağırsak inkontinansıdır.

- **Ağrı:** Genellikle bel ve bacağına vuran, intraspinal sıvı basıncının arttığı eğilme, zorlanma, öksürme gibi durumlarda şiddeti artan ve yatak istirahatiyle geçen ağrıdır. Ağrının saptanması için fizik muayene sırasında Düz Bacak Kaldırma Testi uygulanır. Bu testte birey sırt üstü pozisyonda yatar sırt üstü pozisyonda birey topuğundan ve diz kapağından tutarak bacak kalçaya doğru fleksiyona getirilir. Normalde 90° ye kadar ağrı ve hareket kısıtlılığı görülmezken hernisi olan bireylerde bu açı daha azdır (28,30).

- **Kas Güçsüzlüğü:** Ayak ya da ayak başparmağında tek ya da çift yönlü olarak uyuşma ve kuvvet kaybı oluşması LDH belirti bulguları arasındadır.
- **Paralizi:** Herni tedavi edilmediğinde herniasyon oluşan disk bölgesinin alt tarafında kalan ekstremitenin tutulması, felç olmasıdır (28).
- **Mesane ya da bağırsak inkontinansı:** Mesane inkontinansı istem dışı idrar kaçırma; Bağırsak inkontinansı ise katı ya da sıvı feçesin istemsiz kaçırılmasıdır.

#### 4.1.5. Lomber Disk Hernisinde Tanı Yöntemleri

##### **Sağlık Öyküsü:**

- Hastanın cinsiyeti, yaşı, eğitim düzeyi, medeni durumu, mesleği, iletişim adresleri gibi biyografik bilgileri
- Semptomların başlangıcı, lokalizasyonu, semptomları başlatan, azaltan ve ortadan kaldıran faktörler
- Kronik hastalıklar, kullandığı ilaçlar, allerji durumu gibi genel sağlık bilgileri
- Son muayene tarihi, hastaneye yatış durumu, geçirdiği ameliyatlara, geçirdiği yaralanmalar
- Aile öyküsü
- Beslenme, yaşam tarzı, ruhsal sağlık, sigara-alkol kullanımı, kişisel alışkanlıklar gibi bilgileri içermelidir (34,39).

##### **Fizik Muayene:**

Fizik muayenede omurganın anatomik yapısı ve fiziksel aktiviteleri değerlendirilir. Refleks ve sinir germe testleri uygulanır. Duyu kaybı olup olmadığı değerlendirilir (39).

##### **Görüntüleme Yöntemleri:**

- Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)
- Bilgisayarlı Tomografi (BT)
- Direkt Grafi
- Miyelografi

#### 4.1.6. Lomber Disk Hernisinde Tedavi

Disk hernilerinde tedavi programı anamnez ve muayene bulgularıyla saptanan anatomik değişikliklere ve etiyolojik faktörlere bağlı olarak ağrının niteliğine göre değişiklik göstermektedir. LDH tıbbi tedavi ve cerrahi girişim olmak üzere iki yolla tedavi edilmektedir (38).

##### 4.1.6.1. Tıbbi Tedavi

Kuvvet kaybı ya da sfinkter bozukluğu olmayan lomber disk hernisi tanılı hastalarda tıbbi tedavi uygulanır. Hastaya masaj, TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation), sıcak-soğuk uygulama ve elektroterapi gibi fizik tedavi yöntemleri önerilebilir. Yatak istirahati vertebralarda üzerindeki gerginliği giderir ve ağrıyı azaltmaktadır. Mobilizasyon esnasında lumbosacral korse kullanımı da ağrıyı gidermekte etkilidir. Akut başlangıçlı şiddetli bel ağrısında ise analjezikler, kas gevşeticiler, non steroid anti enflamatuar ilaçlar ve sedatifler uygulanır (2,40). Hastanın günlük yaşam aktivitelerini düzenleme ve doğru vücut mekaniklerine ilişkin bilgilendirme konservatif tedavide önemlidir. LDH'lerinin tıbbi tedavi ile %70'inde 4-6 hafta süre içinde tam fonksiyonel iyileşme görülür (2,3,4).

##### 4.1.6.2. Cerrahi Tedavi

Cerrahi tedavi endikasyon kriterleri konservatif tedaviden 6 hafta süresince cevap alamama, kauda ekuine sendromu, ağrının sık aralıklarla tekrarlama ve şiddetinin artması, yatak istirahatine rağmen radikülopati bulgularında artış ya da nörolojik defisit geliştiği durumlardır. LDH tanısı alan hastaların %15'ine cerrahi tedavi uygulanır. Cerrahi tedavide amaç; ağrıyı gidermek, aktif yaşama geri dönmek, ekonomik üretkenliğin devamını sağlamak ve nörolojik tabloyu düzeltmektir. Bu amaçla yapılan cerrahi girişimler laminektomi, diskektomi, mikro endoskopik diskektomi, foraminotomi ve spinal füzyondur (35).

- **Laminektomi:** Laminanın tümü ya da diskin herniye olmuş kısmındaki parçası çıkarılmaktadır.

- **Diskektomi** : Nükleus pulposuzun çıkarılmasıdır.
- **Mikro Endoskopik Diskektomi**: Küçük bir insizyonskopi yardımıyla açılarak nükleus pulposuz mikro cerrahi teknik ile çıkarılır. Bu yöntemle hastaların daha erken mobilize ve taburcu olduğu, hastalarda minimal doku hasarı ve kan kaybı olduğu, komplikasyonların daha az görüldüğü literatürde geçmektedir.
- **Foraminotomi**: Spinal sinir kökü çevresindeki foramen adı verilen açıklığın genişletilmesidir.
- **Spinal Füzyon**: Disk aralığına krista iliakadan alınan greft yerleştirilir.

Lomber disk hernisinin cerrahi tedavisine yönelik ameliyat teknikleri son yıllarda artmıştır, buna rağmen komplikasyon oranı %9,1'dir. Ameliyat sonrasında görülebilecek komplikasyonlar; motor defisit artması, vertebral kolonun bütünlüğünün bozulması, spinal korda olan basının artması, enfeksiyon, duramater, sinir kökleri ya da spinal kord yaralanmaları, kanama, idrar retansiyonu ve parolitik ileus gibi sorunlardır (6,41). Disk hernilerinde tekrar operasyon oranı %5-15'tir. Hastaların %25'i yaşamları boyunca tekrar bel ağrısı yaşarlar (38).

#### **4.1.7. Lomber Disk Hernisinde Hemşirelik Bakımı**

Lomber disk hernisi olan hastalarda ağrıyı ve anksiyeteyi azaltmak, günlük yaşam aktivitelerini kolaylıkla yerine getirebilmelerini sağlamak ve yaşam kalitelerini artırmak amacıyla etkin bir hemşirelik bakımı önemlidir.

##### **4.1.7.1. Ameliyat Öncesi Dönemde Hemşirelik Bakımı:**

Diğer cerrahi kliniklerinde olduğu gibi beyin cerrahi servisinde LDH tanısı ile yatan bireylerde de ameliyat öncesi verilen hemşirelik bakımı kliniğe yatışından itibaren ameliyat öncesi geceye kadar, ameliyat öncesi gecedan ameliyat sabahına kadar olan ve ameliyat günü hazırlığı olmak üzere üç aşamadan oluşur (28,30).

**a. Kliniğe Yatışından Ameliyat Öncesi Geceye Kadar Olan Bakım:**

Hastanın kliniğe yatışından ameliyat öncesi geceye kadar olan bakım; hastanın psikolojik ve fizyolojik olarak hazırlanmasını, yasal prosedürlerin tamamlanmasını ve hastanın ameliyat öncesi eğitimini içerir.

- Hastanın psikolojik olarak hazırlığında korku ve endişelerini, bilinmezlik duygusuna yönelik duygularını ifade etmesi için ortam oluşturulmalı ve soru sorabilmesi için bireye yeterli zaman ayrılmalıdır (30).
- Hastadan alınan anamnez doğrultusunda hemşirelik bakımı planlanır (28,34).
- Ameliyat öncesi ve sonrasında yapılacak girişimler ile ilgili bilgi verilir (22,30).
- Ameliyat sonrası hastanın kendi bakımına aktif katılımını sağlamak ve komplikasyonları önlemek için derin solunum ve öksürük egzersizleri öğretilir (30,35).
- Hastanın mobilizasyonu hakkında bilgi verilir. Yataktan nasıl ve ne zaman kalkacağı, yatakta nasıl döneceği, ani hareketler yapmaması gerektiği, ekstremitte egzersizleri ve beden vücut mekaniklerini nasıl kullanacağı açıklanmalıdır (24,30).
- Hasta ağrı, kas spazmı, duyu ve motor fonksiyonlar, mesane ve bağırsak fonksiyonları açısından ameliyat sonrası dönemle karşılaştırabilmek için değerlendirilir (30,34).
- Hastanın kliniğe yatışından itibaren taburculuk eğitimine başlanır (42,43).

**b. Ameliyat Öncesi Gecedan Ameliyat Sabahına Kadar Olan Bakım:**

Hastanın ameliyat öncesi gece cilt hazırlığı, gastrointestinal sistem hazırlığı ve anestezi hazırlığı yapılır. Dinlenmesi için uygun ortam sağlanır (30).

**c. Ameliyat Günü Hazırlığı:**

- Venöz dönüşü sağlamak için anti-embolitik çorap giydirilir.
- Ameliyat günü, yapılmış olan tüm hazırlıklar güvenli cerrahi kontrol listesinin klinikten ayrılmadan önceki bölümüne yazılır.
- Hastanın son kontrolleri yapılır, hemşire refakatinde hasta ameliyathane ekibine teslim edilir (28,30,44).

**4.1.7.2. Ameliyat Sonrası Dönemde Hemşirelik Bakımı**

Hastanın ameliyat sonrası erken dönemde hemşire tarafından izlenmesi çok önemlidir. Ameliyat sonrası bakımın amacı; yapılan tedavinin etkin olmasını sağlamak, herniasyonun tekrarını önlemek, hastanede kalma süresini kısaltmak ve bireyin günlük yaşam aktivitelerine erken dönebilmesini sağlamaktır.

- Hasta yatağına uygun şekilde alınmalı, nörovasküler değerlendirilmesi yapılmalıdır.
- Yan yatış pozisyonunda aşırı fleksiyonu önlemek için dizlerinin altına yastık yerleştirilir.
- Yatak içi dönme esnasında kalçanın fleksiyonu önlenir, spinal kolonun düz tutulması sağlanır.
- Erken mobilizasyon önemlidir. Hasta herninin olduğu seviyeye göre lumbosacral ya da dorsalomber korse yardımıyla mobilize edilir. Ortostatik hipotansiyon riski açısından yataktan aşamalı olarak kaldırılır.
- Derin ven trombozu gelişme riski olduğu için ödem, dispne takibi yapılır.
- Dren ve pansuman takip edilir, yara yeri akıntı yönünden izlenir.
- Erken defekasyon önemlidir. Konstipasyon önlenmeli, buna yönelik diyet uygulanmalıdır.
- Ağrısı değerlendirilmeli, uygun analjezikler ile ağrısı giderilmelidir.
- Hasta kanama, hematoma, duyu ve motor kayıplar, üriner retansiyon, anal sfinkter kaybı gibi komplikasyonlar yönünden izlenmelidir (28,30,35,42,44).



#### 4.1.7.3. Taburculuk Eğitimi

Taburculuk eğitimi hastanın kliniğe yatışı ile başlar, taburculuk işlemi gerçekleşene kadar devam eder (42,43). Taburculuk eğitiminin zamanı hasta ve ailesinin hazır oluşuna ve eğitim verenin yeterliliğine de bağlıdır. Taburculuk eğitiminin amacına ulaşması için en önemli etmen eğitimin hasta gereksinimine uygun olarak planlanmasıdır. Hasta ve yakınının bakım sürecine katılarak bireyin öz-bakım ihtiyaçlarının karşılanması iyileşme sürecine olumlu katkı sağlamaktadır (28). Bu konu ile ilgili yapılmış çalışmalara bakıldığında hastanelerin genellikle taburculuk eğitimini planlamak, öğretim tekniklerini kullanmak ve ekip koordinasyonunu sağlamak konusunda sorun yaşadıklarını ve hastaların taburculuk aşamasında bilgilendirilmelerinin yetersiz olduğu görülmektedir (25).

Taburculuk eğitimi; yara bakımı, beslenme, ilaçlar, hareket ve egzersiz, banyo, cinsel aktivite, boşaltım, araba kullanma, seyahat ve kontrolleri içerir.

- Yara yerinde ilk günler kızarıklık ve şişliğin olması normaldir. Günden güne azalır ve yerini skar dokusu alır. Yara yeri tekrarlayan kızarıklık, şişlik, ağrı ve akıntı açısından takip edilmeli, bu belirtiler gözlenirse hekime başvurulmalıdır.
- Fazla kilolar herni açısından risk oluşturduğu için beden ağırlığı normal değerlerde korunmalıdır. Bol sıvı ve lifli gıdalar tüketilerek konstipasyon önlenmelidir.
- Ayakkabı ya da çorap oturarak giyilmelidir. Çok yüksek veya alçak topuklu ayakkabılar tercih edilmemelidir.
- Beden mekaniklerinin doğru kullanımı ve egzersizler önemlidir. Özellikle ameliyat sonrası ilk üç aylık dönemde bel bölgesini zorlayıcı hareketlerden kaçınmak gerekmektedir. Ameliyat sonrası yürüyüş ve yüzme sporu önerilir.
- Ameliyat sonrası pansuman yerinin ıslatılması su geçirmez bantlarla önlenerek, birey düş şeklinde insizyon alanını tahriş etmeden ve düşme riskine karşı gereken güvenlik önlemlerini alarak banyo yapabilir.
- Spinal kolonun anatomik pozisyonunu korumak için alafranga tuvalet kullanılmalıdır. İkinma ve konstipasyon gibi basıncı artıran durumlar engellenmelidir.

- Altı hafta geçene kadar uzun süreli araç kullanılmamalıdır. Araç kullanımında bel yastıkla desteklenmeli, pedal mesafesi uygun şekilde ayarlanmalı ve emniyet kemeri takılmalıdır. İki saatte bir mutlaka mola verilmelidir.
- Hastalar taburculuk sonrası kullanacağı ilaçların isimleri, sıklığı, etkisi, yan etkileri, diğer ilaçlarla etkileşimi hakkında ayrıntılı olarak bilgilendirilmelidir.
- Ameliyattan 20 gün sonra cinsel yaşama dönülebilir. İlişki sırasında beli zorlamayan pasif pozisyonlar seçilmelidir.
- Kontrollere hekim tarafından belirlenen sürelerde ve şikayeti olması durumunda ise hemen gitmesi konusunda bireye bilgi verilmelidir (5,25,28).

#### **4.2. Kaygı**

Kaygı; endişe, korku ve anksiyete gibi terimlerle adlandırılmaktadır. Fizyolojik belirtilerin eşlik ettiği, bilinmezliğe karşı algılanan endişe, kötü bir şey olacakmış hissi ve nedeni bilinmeyen korku duygusudur (45). Genellikle kayıp ya da tehdit durumlarında ortaya çıkar. Genel olarak bu durumlar; sağlığın sürdürülmesinde tehdit oluşturan durumlar, duygusal, fiziksel, sosyo-kültürel ve ekonomik sorunlar, bireyin öz-bakım gereksinimlerini kendi kendine karşılayamaması, bağımsızlığın kaybı, sevilen kişilerin kaybı, benlik saygısında azalma ve statü korumasında güçlük olarak sıralanabilir (46).

Kaygının birey üzerinde psikolojik, algısal, fizyolojik, bilişsel ve davranışsal etkileri vardır. Sempatik sinir sistemini aktive eder ve kalp atım hızı ve solunum sayısında artma, kan basıncının yükselmesi, yutmada güçlük, bulantı-kusma, diyare, konstipasyon, sık idrara çıkma, ağrı, uykusuzluk, yorgunluk ve kas gerginliği gibi fizyolojik etkiler oluşturur (17,46). Kaygı bireyde bilişsel olarak düşünme, öğrenme ve algılama güçlükleri/bozukluğu gibi etkiler oluşturur. Birey psikolojik olarak korku, tedirginlik, huzursuzluk, aşırı gerginlik, libidoda azalma, çaresizlik duyguları yaşayabilir. Davranışsal olarak uykuya eğilimi ya da uykuya dalamama, kaçma davranışı, donakalma, yerinde duramama gibi tepkiler verebilir (7,45,46).

Spielberg'e göre kaygı, durumluk ve sürekli kaygı olmak üzere iki şekilde tanımlanmıştır (14,47,48).

## **1. Durumluk Kaygı:**

Tehlike ya da tehdit oluşturan çevresel koşullar karşısında bireyde oluşan gerginlik, tedirginlik, mutsuzluk ve korku gibi tepkilerin oluştuğu bir durumdur. Çevresel koşullar bireyin benlik ve çıkarlarına tehlike ve tehdit oluşturmaktadır. Durumluk kaygının şiddeti ve süresi algılanan tehlike ve tehditin miktarı ve kişinin bu durumu yorumlaması ile ilgilidir. Kaygı oluşturan durum ortadan kalktığında olumsuz duygularda ortadan kalkmaktadır. Durumluk kaygı kişinin güvenlik duygusu tehlikede olduğu zaman artar.

## **2. Sürekli Kaygı:**

Bireyin çevresel koşullardan bağımsız olarak kaygı duygusu yaşamasıdır. Birey içinde bulunduğu durumu genellikle stresli olarak algılamakta ve yorumlamaktadır. Sürekli kaygıda kaygının süresi ve şiddeti kişilik yapısına göre değişmektedir. Spielberg ve arkadaşları sürekli kaygı ve durumluluk kaygı arasında etkileşim olduğunu kanıtlamışlardır. Durumluk kaygı düzeyinin yükselmesi sürekli kaygı düzeyini de yükseltir. Aynı zamanda sürekli kaygısı yüksek olan kişilerin stres oluşturan durum karşısında sürekli kaygısı düşük bireylerden daha fazla etkilendiği saptanmıştır.

### **4.2.1. Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde kaygı**

Ameliyat öncesi dönemde hastaların %60-80'inin kaygı yaşadığı Kindler ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada saptanmıştır. Hastalığa yüklenen anlam, sevdiklerinden ayrı kalma, çevresinde tanımadığı kişilerin olması ve bireyin tanımadığı bir çevrede bulunması, fizyolojik gereksinimlerin bu yabancı çevrede karşılanması, bilinmeyen alet, cihaz, işlemler olması ve anlaşılmayan teknik bir dilin kullanılması cerrahi girişim için hastanede yatan bireyde kaygı yaratmaktadır (14).

Cerrahi girişime karşı gösterilen tepkiler bireyin inanç ve tutumuna, baş etme becerilerine ve yaşına göre farklılık göstermektedir. Bu farklılıklara rağmen bireyin cerrahi deneyim karşısında fiziksel, sosyal ve duygusal olarak tepkiler vermesi beklenen bir durumdur (30).

Bireyin daha önceki anestezi ve cerrahi girişim deneyiminin, uygulanacak cerrahi girişimin türü ve risk derecesinin ve hastanın yapılacak işlemler ile ilgili

sahip olduğu bilginin kaygı düzeyini etkilediği belirtilmektedir (11). Literatüre bakıldığında cerrahi girişim planlanan tüm hastalara gerekli açıklamaların yapılmasının kaygıyı gidereceği, hastanede kalma sürecini kısaltarak iyileşme sürecini hızlandırabileceği belirtilmektedir (49,50). Sørli ve arkadaşlarının (2007) ameliyat öncesi dönemde hastaların servise kabulünden itibaren hemşireler tarafından bilgilendirilmesi ile ilgili yaptığı çalışmada, ameliyat sonrası dönemde, hastaların daha düşük düzeyde kaygı yaşadıkları ve sağlık durumlarının daha iyi olduğu belirlenmiştir (51). Tiryaki ve arkadaşlarının (2015) spinal anestezi ile ameliyat olacak hastaların video ile bilgilendirilmesi ile ilgili randomize kontrollü çalışmasında, hemşirelik eğitimi verilen hastaların ameliyat sabahı kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu sonucu elde edilmiştir (52).

Literatürde ameliyat öncesi yaşanan kaygı düzeyinin ameliyat sonrası kaygı düzeyini etkilediği belirtilmektedir (53). Ameliyat sonrası süreçte oral alımın kısıtlanması, ilaç etkileşimleri, gastrointestinal emilimin bozulması ve eklenen tıbbi sorunlar anksiyetenin azalmasını zorlaştırmakta, yetersiz ağrı tedavisi anksiyeteyi arttırmaktadır. Ameliyat sonrası anksiyete düzeyinin yüksek olması tıbbi komplikasyon oranını yükseltmektedir (26,54). Ameliyat sonrası kaygı düzeyi mutlaka değerlendirilmeli ve azaltmaya yönelik hemşirelik girişimleri planlanmalı, uygulanmalıdır. Bu kapsamda verilen hemşirelik bakımının içeriği aşığıdaki yaklaşımları içermelidir.

- Hastanın anksiyete düzeyi, baş etme yöntemleri, karar verme yeteneği ve destek mekanizmaları dikkatli bir biçimde ele alınmalıdır.
- Tüm hastaların ameliyat öncesi anksiyete yaşadığı ve anksiyete düzeyinin hastanın beklentilerine, korkularına, kişilik yapısı ve cerrahi işlemin türüne göre değişiklik gösterdiği bilinmelidir.
- Hastalarla ameliyat öncesi korkuları hakkında konuşulmalı, anksiyete düzeyi değerlendirilmelidir.
- Hastada ameliyat ile ilgili yanlış inanışlar var ise eğitim ile düzeltilmelidir (28,30,55).

### 4.3. Ağrı

Uluslararası ağrı çalışmaları derneği (International Association for the Study of Pain) ağrıyı organik bir nedene bağlı olan ya da olmayan, vücudun herhangi bir yerinde ortaya çıkan, önceki deneyimlerden etkilenen hoş olmayan bir duyu olarak tanımlamıştır.

Ağrı alıcıları en çok deri, eklem yüzeyleri, arteriel duvarlar, dura ve intrakranial boşluk arasındaki uzantılarda bulunan serbest sinir uçlarıdır. Reseptörler mekanik, kimyasal ve termal uyarımlarla uyarılmaktadır (56,57).

Ameliyat sonrası ağrı insizyon ve doku hasarı ile ilişkilidir. İnsizyon sonrasında cilt ve kastaki yaralarda artan laktat konsantrasyonu, düşük pH miktarı iskemik ağrı mekanizmasını oluşturur ve ameliyat sonrası ağrıya neden olur. Ameliyat sonrası ağrı yönetiminin iyi yapılabilmesi için ağrıya neden olan faktörlerin iyi bilinmesi gerekir. Cerrahi sonrası ağrının belirleyicileri ameliyat öncesi ağrı, anksiyete, yaş, obezite, ameliyat korkusu ve cerrahi tipidir (1).

Hemşirenin ağrı yönetiminde ağrıyı tanımlaması, izlemesi, değerlendirmesi, uygun stratejileri kullanarak tedaviyi uygulaması ve yan etkileri takip etmesi önemlidir. Ameliyat sonrası ağrı beklenen bir durum olmasına rağmen yapılan çalışmalar ağrı yönetimine yönelik uygulamaların yetersiz olduğunu göstermektedir (56,58). Etkisiz ağrı yönetimi, yara iyileşmesinde gecikme, atelektazi, pnömoni, miyokard iskemisi, derin ven trombozu, anksiyetede artma, kronik ağrı oluşması, morbidite ve mortalitede artma, hastanede kalış süresinde uzama ve aktif yaşama dönmede gecikmeye neden olmaktadır (1,59).

Bakım kalitesi ile ağrının etkin yönetimi yakından ilişkilidir. Ağrı şiddetinin ölçekler ile değerlendirilmesi ve kayıt altına alınması, ağrının farmakolojik ve diğer yöntemler ile kontrol altına alınması, bireye uygun analjezinin uygulanması, ağrının günlük yaşam aktivitelerine etkisinin engellenerek yaşam kalitesinin artırılması ve hastanın bilgilendirilmesi ağrı yönetiminde kalite göstergesidir (56). Literatürde hastaların %75,4'ünün ağrı takibi yapılırken ağrı ölçeğinin kullanılmasının kendilerini güvende hissettirdiği bildirilmiştir (60).

#### **4.4. Hasta Memnuniyeti**

Hasta memnuniyeti ilk kez 1975 yılında Risser tarafından ideal hemşirelik bakımı ve bireyin gerçekte almış olduğu bakımın birbiri ile uyumu şeklinde tanımlanmıştır (98). Hasta memnuniyeti hemşirelik bakımı kalitesinin önemli bir göstergesidir. Hemşirelik bakım kalitesini değerlendirmek için, bakım uygulamalarının süreci ve devamlılığı, beceri yeterliliği, iletişimin yeterliliği, bakımın organizasyonu ve yönetimi konusunda hastaların görüşleri sorgulanmaktadır (61,62). Hasta memnuniyeti çalışma ortamının fiziksel özellikleri, bakım veren ve bakım alanın kişisel özellikleri, kurum değerleri ve hemşire-hasta ilişkisi gibi bir çok faktörden etkilenmektedir (99).

##### **4.4.1. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler**

- ***Hastaya ilişkin faktörler:***

Cinsiyet, yaş, medeni durum, kişinin geliri, kronik hastalık varlığı, refakatçinin olması, hastanede kalış süresi, daha önce hastane tecrübesi gibi durumlar hastaların sağlık ve bakım hizmetlerinden memnuniyetini etkilemektedir. Yapılan araştırmalara göre eğitim düzeyi düşük, evli, refakatçisi olan, orta yaş üzerinde olan ve ağrısı olmayan bireylerin hemşirelik bakımından memnuniyetlerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (63,64).

- ***Bakım verene ilişkin faktörler:***

Hemşirelerin iletişim becerisi, hastaya güler yüzlü yaklaşması, yapılan uygulamalar konusunda bilgilendirmesi gibi faktörler memnuniyeti olumlu yönde etkilemektedir. Kayrakçı ve Özşaker (2014) tedavi ve bakım uygulamaları, servis işleyişi, klinik ortamı ve kuralları ile ilgili bilgi alan cerrahi hastalarının hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğunu bildirmişlerdir (61,63,65).

- ***Fiziksel ve çevresel faktörler:***

Hastanenin ulaşılabilirliği, kliniğin fiziki şartları, aydınlatma, ısı, ses, havalandırma yiyecek hizmetlerinin kalitesi memnuniyeti etkileyen fiziksel ve çevresel faktörlerdir. Fiziksel ve çevresel faktörlerden memnuniyet ya da memnuniyetsizlik genel hizmet kalitesini yansıtmaktadır.



## 5. GEREÇ VE YÖNTEM

### 5.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırma lomber disk hernisi ameliyatı olan hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası kaygı düzeyine, ameliyat sonrası ağrı ve memnuniyete etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiş, randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır.

### 5.2. Araştırma Hipotezleri

- Lomber disk hernisi olan bireylere ameliyat öncesi verilen eğitim ameliyat öncesi ve sonrası kaygı düzeyini etkiler mi?
- Lomber disk hernisi olan bireylere ameliyat öncesi verilen eğitim ameliyat sonrası ağrı düzeyini etkiler mi?
- Lomber disk hernisi olan bireylere ameliyat öncesi verilen eğitim ameliyat sonrası memnuniyeti etkiler mi?

### 5.3. Araştırmanın yeri ve zamanı

Araştırma İstanbul ilinde bulunan Gaziosmanpaşa-Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Beyin ve Sinir Cerrahi servisinde yapıldı. Araştırmanın veri toplama aşaması 05.11.2018 – 22.04.2019 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

Araştırmanın yapıldığı hastane A ve B olmak üzere iki bloktan oluşmakta ve 250 yatak kapasitelidir. Çalışmanın yapıldığı Beyin ve Sinir Cerrahi kliniği A blok 3. katta bulunmaktadır. Servis L şeklinde hemşire bankosunun çevresinde kesişen iki koridordan oluşmaktadır. Klinikte her oda iki hasta yatağı kapasiteli olup toplamda 13 oda ve 26 hasta yatağı bulunmaktadır. Klinikte biri sorumlu hemşire olmak üzere 12 hemşire 08:00-16:00 ve 16:00-08:00 saatleri arasında iki vardiya şeklinde çalışmaktadır. Serviste genellikle epidural ve subdural hematoma, travmatik ve spontan subaraknoid kanama, anevrizma, arteriovenöz malformasyon, spinal travma ve fraktür, lomber ve servikal seviye herni gibi vakalar tedavi edilmektedir. Lomber disk hernisi tanısı ile gelen hastalar anestezi hazırlığı yapılarak operasyondan bir gün önce yatırılmakta ve iki gün sonrasında taburculuğu hedeflenmektedir. Klinikte yedi uzman Nöroşirurji hekimi görevlidir.



#### 5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

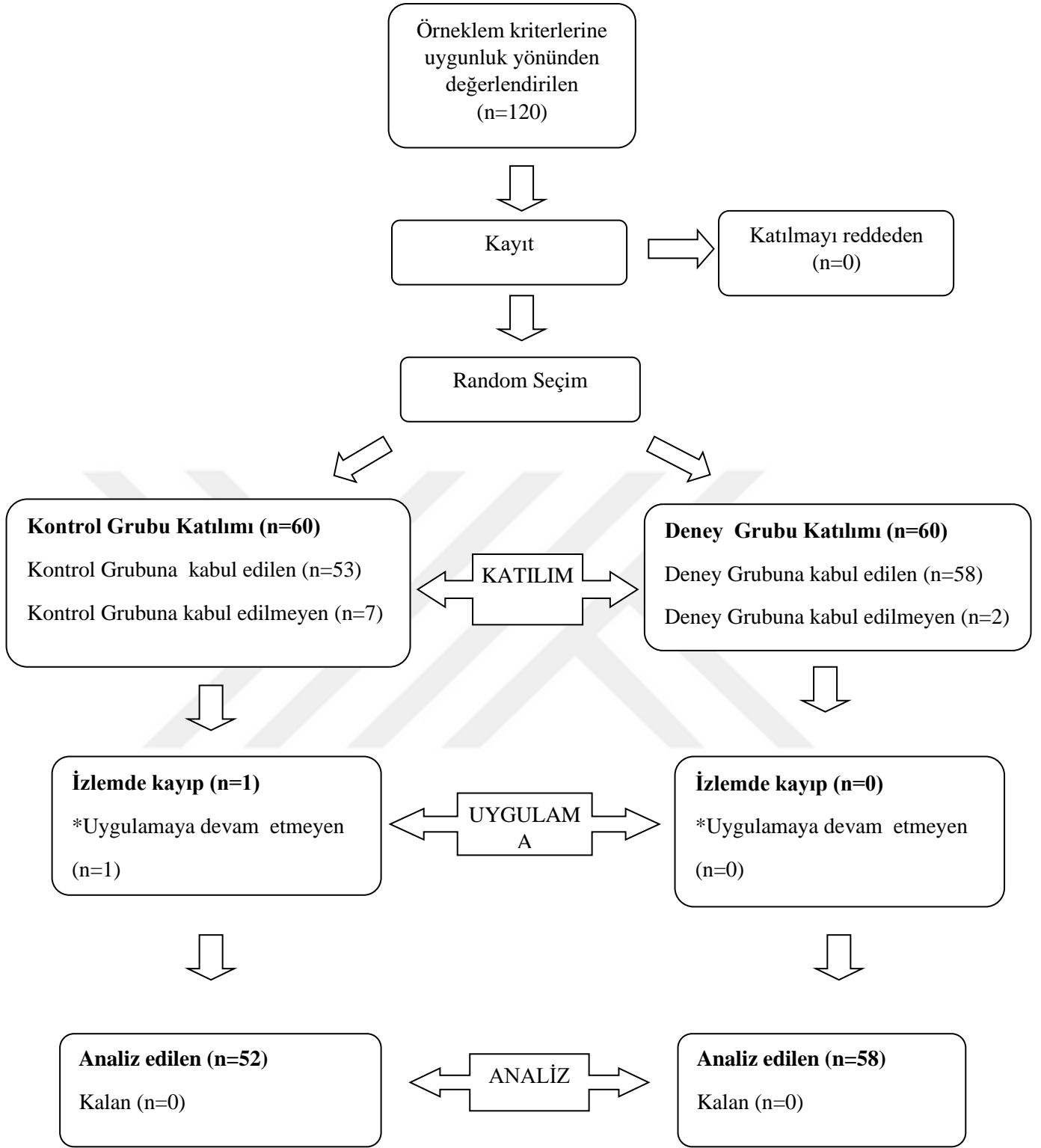
Araştırma evrenini çalışmanın uygulandığı 6 aylık süre içerisinde İstanbul ilinde bulunan Gaziosmanpaşa-Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahi Kliniğinde lomber disk hernisi tanısı konulmuş ve cerrahi planıyla kliniğe yatırılmış hastalar oluşturdu. 2017 verilerine bakıldığında günü birlik yatışlar dışında yapılan LDH cerrahi operasyon sayısının 144 olduğu bilgisine ulaşıldı. Araştırma için kontrol grubuna 60 ve deney grubuna 60 hasta alınması hedeflenmiştir. Tek günlerde servise yatışı yapılan hastalar kontrol grubunu, çift günlerde yatışı olan hastalar ise deney grubunu oluşturmuştur. Kontrol grubuna alınması planlanan 8 hastadan 5'i gönüllü onam formu imzalamak istememiş, 2 hasta da okur-yazar olmadığı için araştırmaya alınmamıştır. Araştırmanın uygulanma aşamasında kontrol grubundan 1 hasta kendi rızasıyla araştırmadan çekilmiştir. Deney grubuna alınması planlanan 2 hasta ise yine gönüllü onam formu imzalamayı redderek araştırmaya dahil edilmemiştir. Araştırma kontrol grubunda 52, deney grubunda 58 olmak üzere toplamda 110 hastanın verileri kullanılarak yapılmıştır.

##### ***Örnekleme Alınma Ölçütleri:***

- Okur-yazar olmak,
- 18 yaş ve üzerinde olmak
- Oryantasyon ve konfüzyon sorunu olmamak,
- Kişisel iletişim problemi olmamak,
- Herhangi bir psikotrop ilaç kullanımı veya öyküsü olmaması
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak,

##### ***Örneklemden Dışlama Ölçütleri:***

- Okur-yazar olmamak,
- 18 yaşından küçük olmak,
- Oryantasyon ve konfüzyon sorunu olmak,
- Tam görme veya işitme kaybı olmak,
- Türkçe konuşamamak ve anlayamamak,
- Kişisel iletişim problemi olmasıdır



**Şekil 5.4.1. Araştırmanın Akış Şeması**

## 5.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından literatür bilgilerinden yararlanılarak geliştirilen “Hasta Tanıtım Formu (Ek-1)”, “Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (Ek-2)”, “Görsel Kıyaslama Ölçeği (Ek-3)” ve “Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği (Ek-4)” kullanılarak toplandı.

### 5.5.1. Hasta Tanıtım Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan “Hasta Tanıtım Formu” toplam 20 sorudan oluşmaktadır. Hastaların tanıtıcı özelliklerini içeren; yaş, cinsiyet, medeni durum, kilo, boy, eğitim durumu, sigara alışkanlığı, sosyal güvence, mesleği, yaşanılan yer, gelir düzeyi gibi kişisel özellikleri ile ilgili sorular ve ameliyat öncesi dönemde hastaneye başvurma nedeni, daha önceki cerrahi deneyimi, aile öyküsü, kaza ya da travma öyküsü, mesleğinin gerektirdikleri ve spor-egzersiz yapma durumu gibi hastaların hastalığı ve yaşadıkları ortama ilişkin deneyimleri ve yaşayış biçimi ile ilgili sorular bulunmaktadır (Ek-1).

### 5.5.2. Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği (DSAÖ)

Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI) Spielberger ve arkadaşları (1970) tarafından geliştirilmiş olup, Öner ve Lecompte tarafından Türkçeye uyarlanarak Türk toplumunda geçerlilik (1977) ve güvenilirliği (1976) test edilmiştir. Ölçeğin Durumluk anksiyete bölümü; bireyin belirli koşullarda ve belirli bir zamanda kendisini nasıl hissettiğinin betimlenmesi için, ölçek maddelerinden o anki duyguların şiddetine göre (1) hiç, (2) biraz, (3) oldukça, (4) tamamen seçeneklerinden birinin işaretlenmesini içerir. Sürekli anksiyete bölümü ise; bireyin genel olarak kendisini nasıl hissettiğini duygularının sıklık derecesine göre, (1) hemen hemen hiçbir zaman, (2) bazen, (3) çok zaman, (4) hemen her zaman gibi dört seçenekten bir tanesinin işaretlenmesini gerektirir (66).

STAI Ölçeği, her bir ölçekte 20 madde olmak üzere toplam 40 maddeden oluşmaktadır. Ölçeklerde iki tür ifade bulunmaktadır, bunlara; doğrudan ya da düz ve tersine dönmüş ifadeler denmektedir. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirmektedir. Durumluk anksiyete

ölçeğinde on tane tersine dönmüş ifade bulunmaktadır. Bunlar : 1., 2., 5., 8., 10., 11., 15., 16., 19., 20. maddelerdir. Ölçeğin Sürekli Anksiyete bölümünde ise tersine dönmüş ifadelerin sayısı yedidir. Bunlar: 21., 26., 27., 30., 33.,36. ve 39. maddeleri oluşturur (66).

Çalışmamızda Durumluk Anksiyete Ölçeğinin güvenilirliği cronbach's alpha= 0,845 ; Sürekli Anksiyete Ölçeğinin güvenilirliği ise cronbach's alpha = 0,857 olarak yüksek bulunmuştur.

### **5.5.1.3. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)**

Görsel Kıyaslama Ölçeği 10 cm uzunluğunda yatay bir hat çizilerek “Ağrı yok” ile başlayıp “Dayanılmaz ağrı” ile sonlandırılmıştır. Hastalara hattın başlangıcının ağrı yok, hattın sonunun ise dayanılamayacak şiddette ağrıyı ifade ettiği anlatılmış ve hissettiği ağrı değerini bu hat üzerinde kalemle işaretleyerek belirtmesi istenmiştir. “Ağrı yok” ifadesi ile başlayıp “Dayanılmaz ağrı” ifadesi ile sonlanan bu hattın üzerine konulan işaret “cm” olarak ölçülerek kayda alınmıştır (24). (Ek-3)

### **5.5.1.4. Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği (NHBMÖ)**

Hastaların ameliyat sonrası hemşirelik bakım ve uygulamalarından memnuniyetini değerlendirmek için Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçek hastaların, hemşirelik bakım ve uygulamalarından memnuniyetini değerlendirmek amacıyla 1995 yılında Thomas ve ark. (67) tarafından geliştirilmiş olup Türkçe geçerlik güvenilirliği ise 2003 yılında Uzun (68) tarafından yapılmıştır. Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği toplam 19 maddeden oluşmaktadır. Her madde (1) hiç memnun değilim, (2) biraz memnunum, (3) oldukça memnunum, (4) çok memnunum, (5) fazlasıyla memnunum olmak üzere 5 seçenketen oluşmaktadır. Toplamda ham puan 95'tir ve toplam ham puan 100 e dönüştürülerek ölçek sonucu hesaplanır. Araştırmamızda hemşirelik bakımından memnuniyet ölçeğinin güvenilirliği Cronbach's Alpha=0,721 olarak yüksek bulunmuştur.

### **5.5.2. Hasta Bilgilendirme Materyalinin Hazırlanması**

Araştırmada deney grubuna LDH hakkında ayrıntılı bilgilendirme yapmak amacıyla broşür hazırlanmıştır. Eğitim materyalinin amacı bireyin kendi bakımına aktif olarak katılımını desteklemek ve ameliyat sonrası süreçte komplikasyonları en aza indirmek, hastalığın tekrarını önlemektir. Broşür hastalık, uygulanan cerrahi işlem, risk faktörleri, ameliyat öncesi hazırlık, ameliyat sonrası dönem, taburculuk, günlük yaşam aktiviteleri ve beden mekanikleri ile ilgili ayrıntılı bilgileri içermektedir. Hazırlanmış olan broşür literatür doğrultusunda ameliyattan bir gün önce öğleden sonra saatleri tercih edilerek (22,30,69) yazılı materyal olarak bireylere verilmiş, sözel olarak broşür içeriği ile ilgili bilgilendirme yapılmış ve hastaların soru sormaları için fırsat tanınmıştır. (Ek-5)

### **5.5.3. Araştırmanın Ön Uygulaması**

“Hasta Tanıtım Formu” ve “Hasta Bilgilendirme Materyalinin” olası eksik ve anlaşılması güç bölümlerinin yeniden düzenlenmesi amacıyla Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahi servisine LDH tanısı ile cerrahi işlem planlanarak yatışı yapılan beş hastaya ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama formlarının doldurulması ortalama 15 dakika, eğitim broşürü üzerinden bilgilendirmenin yapılması ise yine ortalama 15 dakika sürmüştür. Ön uygulamaya katılan hastalar çalışmaya dahil edilmemiş ve ön uygulama çalışması sonrası form ve broşür revize edilmiştir.

### **5.5.4. Araştırmanın Uygulaması**

LDH tanısıyla kliniğe yatışı olan hastalardan tek günlerde yatanlar kontrol grubuna dahil edilmiş, çift günlerde yatan hastalar ise deney grubuna dahil edilmiştir. Kontrol grubu 52, deney grubu 58 hastadan oluşmuştur.

**Kontrol Grubu:** Kontrol grubundaki hastalara serviste rutin ameliyat öncesi bakım uygulamaları yapılmıştır. Bu uygulamalar kliniğin fiziksel özelliklerinin tanıtımı, yemek saatleri, ziyaret saatleri, hemşire çağrı zili kullanımı gibi kliniğe uyumu ile ilgili bilgilerdir. Ameliyata gideceği sabah hastanın önlüğü bonesi verilir;

takı, diş protezi, işitme cihazı varsa çıkarması söylenir. Ameliyat sonrası dönemde mobilizasyon sırasında ve korse kullanımı durumunda hastaya açıklama yapılmaktadır. Araştırmacı kontrol grubu hastaları ile hasta odasında yüzyüze görüşmüş ve çalışma hakkında bilgi verilerek, Bilimsel Araştırmalar için Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu imzalatılmıştır. Araştırmayı kabul eden bireylerden Hasta Tanıtım Formu'nu doldurmaları istenmiştir. Durumluk Anksiyete Ölçeği (STAI 1) ve Süreklilik Anksiyete Ölçeği (STAI 2) ameliyata gitmeden önce, ameliyat sonrasında ise anestezinin etkisi geçince uygulanmıştır. Ameliyat sonrası ilk 24 saat içinde Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) uygulanmıştır. Taburculuk öncesinde de Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği (NHBMÖ) verilerek doldurmaları istenmiştir.

Deney Grubu: Araştırmanın deney grubunu oluşturan hastalar aynı şekilde araştırma hakkında bilgilendirilmişler ve 58 kişiden oluşan deney grubu Bilimsel Araştırmalar için Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu imzalamışlardır. Öncelikle “Hasta Tanıtım Formu” doldurtulmuştur. Ameliyat öncesi dönemde servise kabullerini takiben ameliyat öncesi günün öğleden sonrasında hastalara broşür kullanılarak ameliyat öncesi eğitim verilmiştir. Sonrasında “Durumluk Anksiyete Ölçeği (STAI 1)” ve “Süreklilik Anksiyete Ölçeği’ni (STAI 2)” doldurmaları istenmiş ve ameliyat sonrası süreçte deney grubuna kontrol grubunda olduğu gibi “ Durumluk Anksiyete Ölçeği (STAI 1)”, “Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)” ve taburculuk öncesinde “Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği (NHBMÖ)” verilmiştir.

**Tablo 5.5.4.1. Araştırmanın Uygulaması**

<b>UYGULAMA ZAMANI</b>	<b><u>KONTROL GRUBU</u></b>	<b><u>DENEY GRUBU</u></b>
<b><u>AMELİYAT ÖNCESİ</u></b> <b><u>DÖNEM</u></b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hasta Tanıtım Formu</li><li>• Durumluk Anksiyete Ölçeği (STAI 1)</li><li>• Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI 2)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hasta Tanıtım Formu</li><li>• Hasta Bilgilendirme Materyalinin verilmesi</li><li>• Durumluk Anksiyete Ölçeği (STAI 1)</li><li>• Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI 2)</li></ul>
<b><u>AMELİYAT SONRASI</u></b> <b><u>DÖNEM</u></b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Durumluk Anksiyete Ölçeği (STAI 1)</li><li>• Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI 2)</li><li>• Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)</li><li>• Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği (NHBMÖ)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Durumluk Anksiyete Ölçeği (STAI 1)</li><li>• Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI 2)</li><li>• Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)</li><li>• Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği (NHBMÖ)</li></ul>

## **5.6. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Grupların karşılaştırılmasında Ki-kare analizi, ManWhitney-u testi, Kruskall Whallis testi kullanılmıştır.

## **5.7. Araştırmanın Etik Yönu ve İzinler**

Araştırmanın uygulanabilmesi için İstanbul Medipol Üniversitesi Etik kurulundan 30.11.2017 tarih 10840098-604.01.01-E44279 sayılı yazı ile izin alınmıştır. (Ek-7) Araştırmanın etik açıdan uygunluğu ve Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim Araştırma Hastanesinde yatan hastalardan veri toplanabilmesi için Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden 12.11.2018 tarih 16867222-604.01.01 sayılı yazı ile izin alınmıştır. (Ek-8) Araştırmaya katılan hastalara öncesinde araştırma hakkında bilgi verilmiş ve Bilgilendirilmiş Onam Formu ile izinleri alınmıştır. (Ek-6)



## 6. BULGULAR

**Tablo 6.1. Kontrol ve Deney Gruplarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı**

Tanımlayıcı Özellikler		Kontrol Grubu		Deney Grubu		p
		n	%	n	%	
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	24	%46,2	37	%63,8	$x^2=3,453$ <b>p=0,048</b>
	Erkek	28	%53,8	21	%36,2	
<b>Yaş</b>	20-29	2	%3,8	9	%15,5	$x^2=5,452$ <b>p=0,142</b>
	30-39	9	%17,3	13	%22,4	
	40-49	17	%32,7	17	%29,3	
	50 Ve Üzeri	24	%46,2	19	%32,8	
<b>Medeni Durum</b>	Evli	50	%96,2	40	%69,0	$x^2=13,624$ <b>p=0,000</b>
	Bekar	2	%3,8	18	%31,0	
<b>Eğitim Durumu</b>	Okuryazar	11	%21,2	4	%6,9	$x^2=6,801$ <b>p=0,079</b>
	İlköğretim	25	%48,1	26	%44,8	
	Lise	9	%17,3	19	%32,8	
	Üniversite ve Üzeri	7	%13,5	9	%15,5	
<b>Sosyal Güvence</b>	Evet	42	%80,8	53	%91,4	$x^2=2,621$ <b>p=0,090</b>
	Hayır	10	%19,2	5	%8,6	
<b>Mesleki Durum</b>	Ağır Yük Kaldırmayı Gerektirir	16	%30,8	20	%34,5	$x^2=0,333$ <b>p=0,847</b>
	Uzun Süreli Oturmayı ve ya Uzun Süreli Ayakta Durmayı Gerektirir	34	%65,4	35	%60,3	
	Uzun Süreli Seyahat Etmeyi Gerektirir.	2	%3,8	3	%5,2	

Tanımlayıcı Özellikler		Kontrol Grubu		Deney Grubu		p
		n	%	n	%	
<b>Gelir Durumu</b>	Gelir Giderden Az	18	%34,6	13	%22,4	$x^2=2,401$ $p=0,301$
	Gelir Gidere Denk	31	%59,6	39	%67,2	
	Gelir Giderden Fazla	3	%5,8	6	%10,3	
<b>Yaşanılan Bölge</b>	Şehir	47	%90,4	52	%89,7	$x^2=0,016$ $p=0,577$
	Şehir Dışı	5	%9,6	6	%10,3	
<b>Evde Bakmakla Yükümlü Birisi Olma Durumu</b>	Evet	44	%84,6	29	%50,0	$x^2=14,718$ <b><math>p=0,000</math></b>
	Hayır	8	%15,4	29	%50,0	
<b>Çocuk Sayısı</b>	0-2	23	%44,2	36	%62,1	$x^2=3,508$ <b><math>p=0,046</math></b>
	3 ve Üzeri	29	%55,8	22	%37,9	
<b>Refakatçi Varlığı</b>	Evet	50	%96,2	51	%87,9	$x^2=2,468$ $p=0,110$
	Hayır	2	%3,8	7	%12,1	
<b>Servise Uyum Sağlayabilme Durumu</b>	Evet	42	%80,8	45	%77,6	$x^2=0,251$ $p=0,882$
	Hayır	2	%3,8	2	%3,4	
	Kısmen	8	%15,4	11	%19,0	

Tablo 6.1’de araştırma kapsamına alınan hastaların tanıttıcı özellikleri verilmektedir. Cinsiyete göre deney ve kontrol grupları arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $x^2=3,453$ ;  $p=0,048$ ;  $p<0.05$ ). Deney grubunun %63,8’i, kontrol grubunun %46’sı kadın katılımcı; deney grubunun %36,2’si, kontrol grubunun %63,8’i erkek katılımcıdır. Yaş dağılımına göre deney ve kontrol grupları arasında fark yoktur, gruplar benzerdir ( $x^2=5,452$ ;  $p=0,142$ ;  $p>0.05$ ). Medeni Durum bakımından deney ve kontrol grupları arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $x^2=13,624$ ;  $p=0,000$ ;  $p<0.05$ ). Kontrol grubunda evli olan bireylerin oranı deney grubuna göre

yüksektir. Deney grubunda ise bekar olanların oranı kontrol grubuna göre yüksektir. Eğitim durumu ve sosyal güvence ile ilgili gruplar arasında anlamlı fark yoktur ( $p>0.05$ ). Uzun süreli oturmayı veya uzun süreli ayakta durmayı gerektiren mesleğe sahip olanların oranı kontrol grubunda %65,4, deney grubunda %60,3'tür. Kontrol grubunda geliri giderinden az olanların oranı %34,6, geliri giderine denk olanların %59,6, geliri giderinden fazla olanların %5,8; deney grubunda ise geliri giderinden az olanların oranı %22,4, geliri giderine denk olanların %67,2, geliri giderinden fazla olanların %10,3'tür. Gelir durumu açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $x^2=2,401$ ;  $p=0,301$ ;  $p>0.05$ ). Hastaların şehir ve şehir dışında yaşama durumlarına göre deney ve kontrol grupları benzerdir ( $p>0.05$ ). Kontrol grubunun %84,6'sının evinde bakmakla yükümlü olduğu birey vardır; %15,4'ünün ise yoktur. Deney grubunun yarısının evde bakmakla yükümlü olduğu birey olduğu belirlenmiştir. Kontrol ve deney grubu bu açıdan karşılaştırıldığında anlamlı fark vardır ( $x^2=14,718$ ;  $p=0,000$ ;  $p<0.05$ ). Deney grubundaki bireylerin çocuk sayısının 0-2 arasında olma oranı; kontrol grubundaki bireylerin ise çocuk sayısının 3 ve üzerinde olma oranı yüksektir. Çocuk sayısı bakımından gruplar arasında anlamlı fark vardır ( $x^2=3,508$ ;  $p=0,046$ ;  $p<0.05$ ). Kontrol grubunun %96,2'sinin, deney grubunun %87,9'unun refakatçisi bulunmaktadır. Servise uyum sağlayabilme durumu ile kontrol ve deney grupları arasında fark yoktur ( $x^2=0,251$ ;  $p=0,882$ ;  $p>0.05$ ).

**Tablo 6.2. Kontrol ve Deney Gruplarının Klinik Özelliklerine Göre Dağılımı**

Klinik Özellikler		Kontrol Grubu		Deney Grubu		p
		n	%	n	%	
BKİ	Normal Kilolu	10	%19,2	20	%34,5	$x^2=3,416$ $p=0,181$
	Fazla Kilolu	20	%38,5	20	%34,5	
	I.derece Obez ve Üzeri	22	%42,3	18	%31,0	
Sigara Kullanma Durumu	Evet	22	%42,3	25	%43,1	$x^2=0,007$ $p=0,543$
	Hayır	30	%57,7	33	%56,9	

Klinik Özellikler		Kontrol Grubu		Deney Grubu		p
		n	%	n	%	
Ailede Başka Birinde Bel Fıtığı Olma Durumu	Evet	29	%55,8	26	%44,8	$\chi^2=1,313$ p=0,170
	Hayır	23	%44,2	32	%55,2	
Cerrahi Girişim Deneyimi Olma Durumu	Evet	33	%63,5	36	%62,1	$\chi^2=0,023$ p=0,519
	Hayır	19	%36,5	22	%37,9	
Egzersiz Spor Yapma Durumu	Evet	11	%21,2	8	%13,8	$\chi^2=1,040$ p=0,221
	Hayır	41	%78,8	50	%86,2	
Travmaya Maruz Kalma Durumu	Ağır Kaldırma	7	%13,5	18	%31,0	$\chi^2=6,546$ p=0,162
	Kayma, Düşme	9	%17,3	7	%12,1	
	Belini Zorlayacak Şekilde Eğilme	3	%5,8	4	%6,9	
	Trafik Kazası	1	%1,9	3	%5,2	
	Travma Yok	32	%61,5	26	%44,8	
Bele Vuran Ağrı	Evet	33	%63,5	41	%70,7	$\chi^2=0,651$ p=0,273
	Hayır	19	%36,5	17	%29,3	
Bacakta Ağrı	Evet	33	%63,5	40	%69,0	$\chi^2=0,372$ p=0,341
	Hayır	19	%36,5	18	%31,0	
Yürüyememe	Evet	14	%26,9	23	%39,7	$\chi^2=1,991$ p=0,113
	Hayır	38	%73,1	35	%60,3	
Oturup Kalkamama	Evet	8	%15,4	18	%31,0	$\chi^2=3,720$ <b>p=0,043</b>
	Hayır	44	%84,6	40	%69,0	

Tablo 6.2.'de hastaların klinik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Lomber disk hernili hastalardan kontrol grubuna dahil edilenlerin %19,2'si normal

kilolu, %38,5'i fazla kilolu, %42,3'ü 1. derece ve üzerinde obezdir. Deney grubuna dahil edilen hastaların ise 34,5'i normal kilolu, %34,5'i fazla kilolu, %31'i ise 1. Derece ve üzerinde obezdir. BKİ açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $x^2=3,416$ ;  $p>0.05$ ). Kontrol grubunun %42,3'ünün, deney grubunun %43,1'inin sigara kullanma alışkanlığı vardır ( $x^2=0,007$ ;  $p>0.05$ ). Ailede Başka Birinde Bel Fıtığı Olma Durumu ile grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $x^2=1,313$ ;  $p=>0.05$ ). Kontrol grubundaki hastaların %55,8'inde, deney grubundakilerin %44,8'inde ailede LDH öyküsü olduğu bulundu. Deney ve kontrol grubundaki hastaların daha önceden geçirdikleri ameliyatları, egzersiz ve spor yapma ,travmaya maruz kalma durumu açısından benzer oldukları ve yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). LDH tanısı konulan hastaların kontrol grubuna dahil olanlarının %63,5'i bele vuran ağrı, %63,5'i bacakta ağrı, 26,9'u yürüyememe ve %15,4'ü oturup kalkamama şikayetiyle; deney grubuna dahil olanlarının %70,7'si bele vuran ağrı, %69,0'u bacakta ağrı, %39,7'si yürüyememe ve %3,0 'i oturup kalkamama şikayetiyle başvurmuştur.

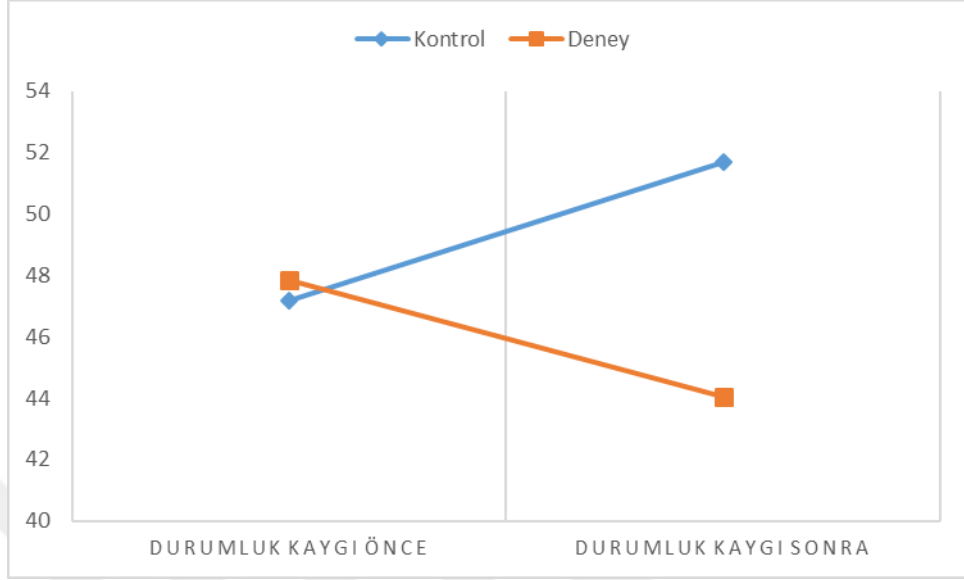
**Tablo 6.3. Deney ve Kontrol Gruplarının Ameliyat Öncesi ve Sonrası Durumluk Kaygı Puanları**

Gruplar	Kontrol Grubu		Deney Grubu		MW	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Durumluk Kaygı (AÖ)	47,192	8,117	47,845	7,455	1422,500	0,608
Durumluk Kaygı (AS)	51,673	8,109	44,052	7,416	777,500	<b>0,000</b>
<b>Z</b>	-5,702		-5,454			
<b>p</b>	<b>0,000</b>		<b>0,000</b>			

Man Whitney-U Testi; Wilcoxon Testi

Deney ve kontrol gruplarının ameliyat öncesi durumluk kaygı puanları arasında fark bulunmadı (MW: 1422,500;  $p=0,608$ ;  $p>0,05$ ). Deney ve kontrol gruplarının ameliyat sonrası durumluk kaygı puanları arasında anlamlı fark bulundu (MW:777,500;  $p=0,000$ ;  $p<0,05$ ). Deney grubunun ameliyat sonrası durumluk kaygı

puan ortalaması ( $x=44,052$ ) kontrol grubunun ameliyat sonrası durumluk kaygı puanından ( $x=51,673$ ) düşük bulunmuştur.



**Şekil 6.1. Deney ve kontrol gruplarının ameliyat öncesi ve sonrası durumluk kaygı puanları**

**Tablo 6.4. Deney ve Kontrol gruplarında Sürekli Kaygı, Hemşirelik Bakım Memnuniyeti ve Ağrı Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Gruplar	Kontrol Grubu		Deney Grubu		MW	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
<b>Sürekli Kaygı</b>	43,423	9,013	43,086	7,165	1489,500	0,912
<b>Hemşirelik Bakım Memnuniyeti</b>	83,664	12,805	88,875	15,934	932,500	<b>0,001</b>
<b>Ağrı</b>	4,223	2,722	3,093	2,702	1099,000	<b>0,014</b>

Man Whitney-U Testi

Hastaların sürekli kaygı puanları deney ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık göstermedi ( $p>0,05$ ). Deney ve kontrol gruplarında hemşirelik bakım memnuniyeti puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu (MW U=932,500;  $p=0,001$ ;  $p<0,05$ ). Deney grubunun bakım memnuniyeti puanı ( $x=88,875$ ) kontrol grubunun puanından ( $x=83,664$ ) yüksek bulundu.

Deney ve kontrol gruplarında ağrı puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu (Mann Whitney U=1099,000; p=0,014; p<0,05). Deney grubunun ağrı puan ortalaması (x=3,093) kontrol grubunun ağrı puanlarından (x=4,223) düşük bulundu.

**Tablo 6.5. Kontrol ve Deney Grubunda Tanıtıcı Özelliklere Göre Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Durumluluk Kaygı Puanlarının Karşılaştırılması**

Demografik Özellikler	n	Kontrol Grubu		n	Deney Grubu	
		Durumluk Kaygı AÖ	Durumluk Kaygı AS		Durumluk Kaygı AÖ	Durumluk Kaygı AS
<b>Cinsiyet</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>
Kadın	24	47,958±7,832	52,375±7,706	37	47,784±8,101	43,730±7,887
Erkek	28	46,536±8,439	51,071±8,533	21	47,952±6,344	44,619±6,652
MWU		297,500/-0,708	292,500/-0,799		386,000/-0,041	379,000/-0,154
p=		0,479	0,424		0,968	0,878
<b>Yaş</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>
50 altı	28	46,250±8,872	50,714±8,683	39	48,077±6,678	44,410±6,746
50 ve üzeri	24	48,292±7,166	52,792±7,407	19	47,368±9,026	43,316±8,788
MWU/Z=		283,500/-0,965	279,000/-1,047		369,000/-0,025	355,500/-0,249
p=		0,335	0,295		0,980	0,803
<b>Eğitim Durumu</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>
İlköğretim	36	47,50±8,490	52,02±8,412	30	46,733±8,038	42,967±8,092
Lise	9	45,000±7,036	49,111±6,972	19	48,789±7,707	45,053±7,382
Üniversite ve üzeri	7	48,429±8,162	53,143±8,415	9	49,556±4,246	45,556±4,746
$\chi^2_{kw}$ =		1,452	1,848		0,716	0,671
p=		0,693	0,605		0,493	0,515
İleri Test (MWU)=						
<b>Sosyal Güvence</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>
Evet	42	46,595±8,106	51,190±7,946	53	48,264±7,380	44,491±7,316
Hayır	10	49,700±8,084	53,700±8,908	5	43,400±7,537	39,400±7,635
MWU/Z=		173,500/-0,848	181,500/-0,662		85,500/-1,305	83,000/-1,374
p=		0,396	0,508		0,192	0,170

Demografik Özellikler	n	Kontrol Grubu		n	Deney Grubu	
		Durumluk Kaygı AÖ	Durumluk Kaygı AS		Durumluk Kaygı AÖ	Durumluk Kaygı AS
<b>Mesleki Durum</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>
Ağır yük kaldırmayı gerektirir	16	46,687±7,427	51,500±7,403	20	46,950±5,385	42,650±5,797
Uzun süreli oturmayı veya uzun süreli ayakta durmayı gerektirir	36	47,417±8,497	51,750±8,503	38	48,316±8,370	44,789±8,115
MWU/Z=		259,500/-0,566	272,000/-0,318		307,500/-1,189	297,500/-1,352
p=		0,572	0,751		0,235	0,176
<b>Algılanan Gelir Durumu</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>
Gelir giderden az	18	49,611±8,859	54,111±9,029	13	45,154±6,706	41,615±7,124
Gelir gidere denk ve üzeri	34	45,912±7,517	50,382±7,394	45	48,622±7,548	44,756±7,426
MWU/Z=		227,000/-1,521	229,500/-1,473		206,500/-1,607	217,500/-1,401
p=		0,128	0,141		0,108	0,161
<b>Evde Bakmakla Yükümlü Birisi Olma Durumu</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>
Evet	44	47,500±8,552	51,909±8,580	29	46,586±7,679	42,552±7,689
Hayır	8	45,500±5,182	50,375±4,955	29	49,103±7,133	45,552±6,942
MWU/Z=		146,500/-0,749	155,500/-0,520		343,000/-1,208	331,000/-1,394
p=		0,454	0,603		0,227	0,163
<b>Çocuk Sayısı</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>
0-2	23	45,609±7,063	49,957±7,048	36	49,194±6,739	45,333±6,824
3 ve üzeri	29	48,448±8,781	53,034±8,740	22	45,636±8,180	41,955±8,015
MWU/Z=		269,000/-1,190	262,000/-1,319		302,000/-1,510	303,500/-1,485
p=		0,234	0,187		0,131	0,138



Tablo 6.5.'te araştırmaya dahil edilen hastaların tanıtıcı özelliklerine göre ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası durumluk kaygı puan ortalamaları yer almaktadır. Kontrol ve deney gruplarının cinsiyet, yaş, eğitim durumu, sosyal güvence, mesleki durum, gelir durumu, evde bakmakla yükümlü birisi olma durumu ve çocuk sayısı ile ameliyat öncesi durumluk ve ameliyat sonrası durumluk puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 6.6. Kontrol ve Deney Grubunda Klinik Özelliklere Göre Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Durumluluk Kaygı Puanlarının Karşılaştırılması**

Demografik Özellikler	n	Kontrol Grubu		n	Deney Grubu	
		Durumluk Kaygı AÖ	Durumluk Kaygı AS		Durumluk Kaygı AÖ	Durumluk Kaygı AS
<b>Bki</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>
Normal kilolu	10	48,100±9,983	52,400±10,543	20	48,450±7,302	44,850±7,748
Fazla kilolu	20	46,100±8,466	50,450±8,166	20	46,400±8,375	42,850±8,235
I.dereceobez ve üzeri	22	47,773±7,111	52,455±7,029	18	48,778±6,674	44,500±6,233
$\chi^2_{kw} =$		0,554	0,590		0,914	0,669
p=		0,758	0,745		0,633	0,716
<b>Sigara Kullanma Durumu</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>
Evet	22	47,909±8,591	52,182±8,754	25	48,360±6,137	44,280±5,892
Hayır	30	46,667±7,858	51,300±7,733	33	47,455±8,389	43,879±8,477
MWU/Z=		298,500/-0,584	313,000/-0,315		399,000/-0,212	408,000/-0,071
p=		0,559	0,753		0,832	0,944
<b>Ailede Başka Birinde Bel Fıtığı Olma Durumu</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>
Evet	29	47,517±8,288	52,241±8,442	26	47,115±7,987	43,154±7,852
Hayır	23	46,783±8,062	50,957±7,796	32	48,438±7,066	44,781±7,084
MWU/Z=		319,000/-0,267	308,500/-0,461		386,500/-0,462	369,000/-0,736
p=		0,789	0,645		0,644	0,462

Demografik Özellikler	n	Kontrol Grubu		n	Deney Grubu	
		Durumluk Kaygı AÖ	Durumluk Kaygı AS		Durumluk Kaygı AÖ	Durumluk Kaygı AS
<b>Cerrahi Girişim Deneyimi Olma Durumu</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>
Evet	33	46,788±7,335	51,242±7,429	36	47,889±8,162	43,833±8,272
Hayır	19	47,895±9,498	52,421±9,341	22	47,773±6,309	44,409±5,917
MWU/Z=		286,000/-0,523	286,500/-0,514		374,500/-0,345	393,000/-0,048
p=		0,601	0,608		0,730	0,962
<b>Egzersiz Spor Yapma Durumu</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>
Evet	11	47,364±7,393	51,727±7,578	8	43,250±9,301	40,125±10,176
Hayır	41	47,146±8,386	51,659±8,336	50	48,580±6,949	44,680±6,802
MWU/Z=		225,000/-0,011	224,500/-0,022		124,000/-1,717	150,500/-1,118
p=		0,991	0,982		0,086	0,263
<b>Travmaya Maruz Kalma Durumu</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>
Travma var	20	47,700±8,417	52,250±8,632	32	47,438±7,737	43,469±7,800
Travma yok	32	46,875±8,043	51,313±7,884	26	48,346±7,211	44,769±6,999
MWU/Z=		307,000/-0,245	304,500/-0,292		397,500/-0,290	374,500/-0,650
p=		0,807	0,770		0,772	0,516

Tablo 6.6.'da araştırmaya dahil edilen hastaların klinik özelliklerine göre ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası durumluk kaygı puan ortalamaları yer almaktadır. Kontrol ve deney gruplarının BKİ, sigara kullanma durumu, ailede başka birinde bel fıtığı olma durumu, cerrahi girişim deneyimi, egzersiz ve spor yapma ve travmaya maruz kalma ile ameliyat öncesi durumluk ve ameliyat sonrası durumluk puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı ( $p>0.05$ ).

**Tablo 6.7. Kontrol ve Deney Grubunda Tanıtıcı Özelliklere Göre Sürekli Kaygı, Hemşirelik Bakım Memnuniyeti ve Ağrı Puanlarının Karşılaştırılması**

Demografik Özellikler	n	Kontrol Grubu			n	Deney Grubu		
		Sürekli Kaygı	Hemşirelik Bakım Memnuniyeti	Ağrı		Sürekli Kaygı	Hemşirelik Bakım Memnuniyeti	Ağrı
<b>Cinsiyet</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>
Kadın	24	45,708±9,285	84,693±10,948	4,225±2,447	37	44,081±7,551	85,064±18,741	3,457±2,860
Erkek	28	41,464±8,448	82,782±14,348	4,221±2,983	21	41,333±6,216	95,589±4,139	2,452±2,326
MWU/Z=		255,500/-1,480	326,000/-0,184	328,000/-0,147		304,500/-1,361	276,000/-1,836	324,500/-1,038
p=		0,139	0,854	0,883		0,174	0,066	0,299
<b>Yaş</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>
50 altı	28	43,857±9,144	83,647±12,721	3,954±2,807	39	40,667±6,400	88,826±14,970	2,567±2,450
50 ve üzeri	24	42,917±9,026	83,684±13,177	4,537±2,645	19	48,053±6,114	88,975±18,189	4,174±2,935
MWU/Z=		304,500/-0,579	332,000/-0,074	288,000/-0,882		146,000/-3,725	303,500/-1,119	241,500/-2,143
p=		0,563	0,941	0,378		<b>0,000</b>	0,263	<b>0,032</b>
<b>Eğitim Durumu</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>
İlköğretim	36	45,110±8,890	83,245±11,841	4,860±2,659	30	46,333±6,408	85,018±20,117	4,027±3,103
Lise	9	39,333±9,644	83,860±18,519	3,478±2,647	19	40,263±7,086	93,241±9,305	2,458±1,891
Üniversite ve üzeri	7	40,000±7,874	85,564±8,524	1,886±1,808	9	38,222±4,353	92,515±5,581	1,322±1,153
$\chi^2_{kw}$ =		3,610	2,013	7,874		8,334	1,884	4,816
p=		0,307	0,570	<b>0,049</b>		<b>0,001</b>	0,162	<b>0,012</b>
İleri Test (MWU)=				1 > 4, 2 > 4 (p<0.05)		1 > 2, 1 > 3 (p<0.05)		1 > 2, 1 > 3 (p<0.05)

Demografik Özellikler	n	Kontrol Grubu			n	Deney Grubu		
		Sürekli Kaygı	Hemşirelik Bakım Memnuniyeti	Ağrı		Sürekli Kaygı	Hemşirelik Bakım Memnuniyeti	Ağrı
<b>Sosyal Güvence</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>
Evet	42	43,952±8,804	84,336±11,397	4,012±2,730	53	43,113±7,067	88,103±16,447	3,098±2,781
Hayır	10	41,200±10,020	80,842±18,068	5,110±2,637	5	42,800±9,066	97,053±3,105	3,040±1,885
MWU/Z=		181,500/-0,663	193,000/-0,395	165,000/-1,046		129,500/-0,083	85,000/-1,327	120,500/-0,333
p=		0,507	0,693	0,296		0,934	0,184	0,739
<b>Mesleki Durum</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>
Ağır yük kaldırmayı gerektirir	16	46,125±6,946	84,539±14,105	4,962±2,603	20	41,100±6,456	91,368±14,971	2,155±2,363
Uzun süreli oturmayı veya uzun süreli ayakta durmayı gerektirir	36	42,222±9,637	83,275±12,375	3,894±2,745	38	44,132±7,379	87,562±16,459	3,587±2,767
MWU/Z=		210,500/-1,539	248,500/-0,784	220,500/-1,340		288,000/-1,507	307,000/-1,204	261,500/-1,944
p=		0,124	0,433	0,180		0,132	0,228	0,052
<b>Algılanan Gelir Durumu</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>
Gelir giderden az	18	45,944±10,973	81,871±14,467	3,717±3,213	13	46,308±6,156	87,287±17,442	3,969±3,277
Gelir gidere denk ve üzeri	34	42,088±7,629	84,613±11,954	4,491±2,434	45	42,156±7,227	89,333±15,651	2,840±2,498
MWU/Z=		228,000/-1,503	277,000/-0,559	240,500/-1,261		175,000/-2,194	279,000/-0,254	244,500/-0,897
p=		0,133	0,576	0,207		<b>0,028</b>	0,800	0,370

Demografik Özellikler	n	Kontrol Grubu			n	Deney Grubu		
		Sürekli Kaygı	Hemşirelik Bakım Memnuniyeti	Ağrı		Sürekli Kaygı	Hemşirelik Bakım Memnuniyeti	Ağrı
<b>Evde Bakmakla Yükümlü Birisi Olma Durumu</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>
Evet	44	43,364±9,538	82,368±12,451	4,427±2,766	29	44,448±6,921	88,276±16,757	3,572±3,254
Hayır	8	43,750±5,726	90,789±13,180	3,100±2,300	29	41,724±7,265	89,474±15,339	2,614±1,950
MWU/Z=		176,000/0,000	86,500/-2,274	128,500/-1,206		318,000/-1,596	419,500/-0,016	374,000/-0,725
p=		1,000	<b>0,023</b>	0,228		0,110	0,987	0,468
<b>Çocuk Sayısı</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>
0-2	23	41,609±9,233	81,556±15,227	4,026±2,742	36	41,139±6,370	91,462±12,608	2,667±2,322
3 ve üzeri	29	44,862±8,725	85,336±10,485	4,379±2,745	22	46,273±7,388	84,641±19,847	3,791±3,165
MWU/Z=		281,500/-0,960	302,500/-0,572	315,500/-0,332		229,500/-2,672	329,500/-1,075	309,000/-1,398
p=		0,337	0,567	0,740		<b>0,008</b>	0,283	0,162

Tablo 6.7.'de araştırmaya dahil edilen hastaların tanıtıcı özelliklerine göre sürekli kaygı, hemşirelik bakım memnuniyeti ve ağrı puan ortalamaları yer almaktadır. Kontrol ve deney gruplarının cinsiyet, sosyal güvence ve medeni durumu ile sürekli kaygı, hemşirelik bakım memnuniyeti ve ağrı puan ortalamalarının anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan test sonuçlarına göre grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Kontrol grubundaki hastaların yaş değişkeni açısından sürekli kaygı, hemşirelik bakım memnuniyeti ve ağrı puanı ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Deney grubunun ise sürekli kaygı puan ortalaması ile yaş değişkeni arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (MWU=146,000;p=0;  $p<0.05$ ). 50 yaş

ve üzerindeki süreklilik kaygı puanları ( $x=48,053$ ) 50 yaş altı olanların süreklilik kaygı puanından ( $x=40,667$ ), yüksek bulunmuştur. Deney grubunun yaş değişkeni açısından hemşirelik bakım memnuniyeti puanı arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Deney grubunun ağrı puan ortalamalarının yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U Testi'ne göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $MWU=241,500$ ;  $p=0.032$ ;  $p<0.05$ ). 50 yaş ve üzerinde olanların ağrı puanları ( $x=4,174$ ) 50 yaş altı olanların puanlarından yüksek ( $x=2,567$ ) bulunmuştur.

Kontrol grubunun süreklilik kaygı, hemşirelik bakımından memnuniyet ve ağrı puan ortalamaları gelir durumu açısından anlamlı bir fark göstermemektedir ( $p>0.05$ ). Deney grubunda gelir durumuna göre süreklilik kaygı puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $MWU=175,000$ ;  $p=0.028$ ;  $p<0.05$ ). Geliri giderinden az olanların süreklilik kaygı puanları ( $x=46,308$ ), geliri gidere denk ve üzerinde olanların süreklilik kaygı puanlarından ( $x=42,156$ ) yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda süreklilik kaygı puan ortalaması eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ); deney grubunda ise eğitim düzeyi ilköğretim ve altında olanların süreklilik kaygı puan ortalaması ( $x=46,333$ ), eğitim durumu lise olan hastalardan ( $x=40,263$ ) yüksek, eğitim düzeyi lise olanların süreklilik kaygı puan ortalaması ( $x=40,263$ ), eğitim durumu üniversite ve üzeri ( $x=38,222$ ) olan hastalardan yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Kontrol ve deney gruplarının eğitim durumuna göre bakım memnuniyeti puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Kontrol ve deney grubunun eğitim durumuna göre ağrı puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Kontrol ve deney gruplarında eğitim düzeyi ilköğretim ve altı olanların ağrı puanları, eğitim durumu lise olanlardan yüksek; eğitim durumu lise olanların ağrı puan ortalamaları üniversite ve üzeri öğrenimi olanlardan yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda evde bakmakla yükümlü birisi olması durumuna göre hemşirelik bakım memnuniyeti puan ortalamaları arasında fark anlamlı bulunmuştur ( $MWU=86,500$ ;  $p=0.023$ ;  $p<0.05$ ). Evde bakmakla yükümlü birisi olanlarda bakım memnuniyeti puanları ( $x=82,368$ ), olmayanların puanlarından ( $x=90,789$ ) düşük bulunmuştur. Deney grubunda ise evde bakmakla yükümlü birisi olma durumuna

göre sürekli kaygı, bakım memnuniyeti ve ağrı puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Araştırmaya katılan hastaların sürekli kaygı, hemşirelik bakım memnuniyeti ve ağrı puan ortalamaları kontrol grubunda çocuk sayısı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ). Deney grubunda ise sürekli kaygı puanı ortalamalarının çocuk sayısı açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (MWU=229,500;  $p=0.008$ ;  $p<0.05$ ). Bir ve iki çocuğu olanların sürekli kaygı puanları ( $x=41,139$ ), 3 ve daha fazla çocuğu olanların sürekli kaygı puanlarından ( $x=46,273$ ) düşük bulunmuştur.

**Tablo 6.8. Kontrol ve Deney Grubunda Klinik Özelliklerine Göre Sürekli Kaygı, Hemşirelik Bakım Memnuniyeti ve Ağrı Puanlarının Karşılaştırılması**

Demografik Özellikler	n	Kontrol Grubu			n	Deney Grubu		
		Sürekli Kaygı	Hemşirelik Bakım Memnuniyeti	Ağrı		Sürekli Kaygı	Hemşirelik Bakım Memnuniyeti	Ağrı
<b>Bki</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>
Normal kilolu	10	42,300±9,056	85,684±10,851	5,990±2,361	20	43,350±8,093	90,737±14,391	2,630±2,636
Fazla kilolu	20	40,650±9,005	81,000±16,624	3,740±3,144	20	41,550±5,680	88,368±16,448	2,720±2,638
I.derece obez ve üzeri	22	46,455±8,439	85,167±9,307	3,859±2,195	18	44,500±7,610	87,368±17,625	4,022±2,760
$\chi^2_{kw} =$		4,559	0,316	5,151		1,532	0,239	4,635
p=		0,102	0,854	0,076		0,465	0,887	0,099
<b>Sigara Kullanma Durumu</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>
Evet	22	43,682±8,978	85,359±9,228	4,591±2,463	25	43,400±8,510	88,800±14,531	2,392±2,726
Hayır	30	43,233±9,187	82,421±14,930	3,953±2,909	33	42,848±6,083	88,931±17,142	3,624±2,600
MWU/Z=		302,500/-0,510	310,500/-0,362	284,500/-0,844		407,500/-0,079	369,000/-0,689	257,500/-2,440
p=		0,610	0,718	0,399		0,937	0,491	<b>0,015</b>

Demografik Özellikler	n	Kontrol Grubu			n	Deney Grubu		
		Sürekli Kaygı	Hemşirelik Bakım Memnuniyeti	Ağrı		Sürekli Kaygı	Hemşirelik Bakım Memnuniyeti	Ağrı
<b>Ailede Başka Bel Fıtığı Öyküsü</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>
Evet	29	45,241±9,4 40	81,561±11, 811	4,403±3,133	26	44,154±7, 221	88,340±17,57 3	3,650±2,94 7
Hayır	23	41,130±8,0 64	86,316±13, 761	3,996±2,143	32	42,219±7, 115	89,309±14,74 2	2,641±2,44 0
MWU/Z=		247,000/- 1,596	233,500/- 1,845	302,500/- 0,572		346,000/- 1,096	391,000/- 0,394	332,500/- 1,309
p=		0,110	0,065	0,568		0,273	0,693	0,191
<b>Cerrahi Girişim Deneyimi Olma Durumu</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>
Evet	33	43,606±9,1 45	83,828±12, 582	4,312±2,724	36	43,083±7, 821	88,480±16,42 7	2,739±2,49 4
Hayır	19	43,105±9,0 18	83,380±13, 528	4,068±2,787	22	43,091±6, 117	89,522±15,44 8	3,673±2,98 1
MWU/Z=		311,500/- 0,038	311,500/- 0,038	294,500/- 0,361		386,000/- 0,160	379,000/- 0,275	326,000/- 1,125
p=		0,970	0,970	0,718		0,873	0,784	0,261
<b>Egzersiz Spor Yapma Durumu</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>
Evet	11	44,091±12, 438	83,158±16, 061	3,755±2,318	8	40,625±7, 210	89,342±11,23 1	3,250±2,64 4
Hayır	41	43,244±8,0 46	83,800±12, 020	4,349±2,834	50	43,480±7, 152	88,800±16,65 1	3,068±2,73 7
MWU/Z=		224,000/- 0,034	213,500/- 0,269	193,000/- 0,729		146,500/- 1,208	177,500/- 0,512	185,500/- 0,328
p=		0,973	0,788	0,466		0,227	0,609	0,743
<b>Travmaya Maruz Kalma Durumu</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>		<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>
Travma var	20	45,450±8,0 69	85,526±11, 290	4,290±3,070	32	41,031±6, 718	88,684±18,77 7	2,747±2,83 1
Travma yok	32	42,156±9,4 57	82,500±13, 711	4,181±2,532	26	45,615±7, 003	89,109±11,89 8	3,519±2,52 4
MWU/Z=		250,000/- 1,319	287,500/- 0,612	306,500/- 0,254		260,000/- 2,443	327,000/- 1,403	308,500/- 1,685
p=		0,187	0,540	0,799		<b>0,015</b>	0,161	0,092



Tablo 6.8.'de araştırmaya dahil edilen hastaların sağlık özelliklerine göre sürekli kaygı, hemşirelik bakım memnuniyeti ve ağrı puan ortalamaları yer almaktadır. Kontrol ve deney gruplarının BKİ, ailede bel fitiği olan kişi varlığı, daha önceden cerrahi girişim geçirmiş olma, egzersiz ve spor yapma durumu ile sürekli kaygı, hemşirelik bakım memnuniyeti ve ağrı puan ortalamalarının arasındaki fark anlamlı bulunmadı ( $p>0.05$ ).

Kontrol grubundaki hastaların sigara alışkanlığına göre sürekli kaygı, bakım memnuniyeti ve ağrı puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ( $p>0.05$ ). Deney grubundaki hastaların ağrı puan ortalamaları arasındaki fark sigara kullanma durumu açısından anlamlı bulundu (MWU=257,500;  $p=0.015$ ;  $p<0.05$ ). Sigara kullananların ağrı puanları ( $x=2,392$ ), sigara kullanmayanların ağrı puanlarından ( $x=3,624$ ) düşük bulunmuştur.

Kontrol ve deney grubundaki hastaların hemşirelik bakım memnuniyeti ve ağrı puanları ortalamaları travmaya maruz kalma durumu açısından anlamlı bir farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ). Kontrol grubunda sürekli kaygı puan ortalaması anlamlı farklılık oluşturmamaktadır ( $p>0.05$ ); fakat deney grubunda sürekli kaygı ortalaması travmaya maruz kalma durumu açısından anlamlı bir farklılık göstermektedir (MWU=260,000;  $p=0.015$ ;  $p<0.05$ ). Travma yaşamış olanların sürekli kaygı puanları ( $x=41,031$ ), travma yaşamamış olanların sürekli kaygı puanlarından ( $x=45,615$ ) düşük bulunmuştur.

## 7. TARTIŞMA

Bu bölümde; lomber disk hernisi ameliyatı olan kontrol ve deney gruplarındaki hastaların ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeyi, ameliyat sonrası ağrı ve hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyinin literatür ışığında tartışması yer almaktadır.

Ameliyat öncesi dönemde bilinmeyen korkusu, bireyin farklı ortamda tanımadığı kişilerle olması ve ağrının varlığı, anksiyete düzeyini artırmaktadır. Ameliyat öncesi dönemde bireylerin %60-80'inin kaygı yaşadığı yapılan çalışmalarla belirtilmiştir (7,9,10,23).

Çalışmamızda deney grubunun durumluk kaygı puan ortalaması kontrol grubunun durumluk kaygı puanından düşük bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Karadağ'ın ameliyat öncesi eğitimin ameliyat öncesi ve sonrası anksiyeteye etkisini belirlemek için yaptığı çalışmada kontrol grubunda ameliyat öncesi durumluk kaygı puanının  $43.8 \pm 10.1$ 'den ameliyat sonrası  $37.76 \pm 8.05$ 'e deney grubunda ameliyat öncesi  $40.06 \pm 12.29$ 'dan ameliyat sonrasında  $33.26 \pm 8.62$ 'ya düştüğü bulunmuştur (22). Çetinkaya'nın (2010) batin ameliyatı olacak yetişkin hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin kaygı düzeyine etkisini incelediği çalışmasında ameliyat öncesinde bilgilendirici ve eğitici hemşirelik yaklaşımının hastanın kaygı düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu ve anksiyete düzeyini düşürdüğü bulunmuştur (19).

Literatürde ameliyat öncesi hemşirelik eğitiminin anksiyete düzeyini düşürdüğünü belirten bir çok çalışma bulunmaktadır (70,71). Özberksoy'un (2009) meme kanseri olan hastalarda ameliyat öncesi eğitimin ameliyat sonrası kaygı düzeyine etkisini araştırdığı çalışmada 30 deney ve 30 kontrol grubu oluşturulmuş, deney grubuna ameliyat öncesi eğitim verilmiş, eğitimin ameliyat sonrası kaygı düzeyini azaltmada etkili bir yaklaşım olduğu sonucu elde edilmiştir (20). Koca'nın (1998) açık kalp ameliyatı öncesi hemşirelik eğitiminin kaygı düzeyine etkisini incelediği çalışmasında ameliyat öncesi hastalara verilen eğitimin kaygı düzeyini önemli derecede azalttığı tespit edilmiştir (72). Akkas'ın (1996) yaptığı çalışmada ameliyat öncesi dönemde hastaya verilen eğitimin hastanın kaygı düzeyini azalttığı bulunmuştur (73). Keskin'in (2005) anorektal cerrahi uygulanan hastalara uyguladığı eğitiminin kaygı düzeyine etkisini araştırdığı çalışmasında deney grubunun durumluk kaygı puan ortalamalarının kontrol grubuna göre düşük olduğu bulunmuştur (74).

Guo ve arkadaşlarının (2012) kalp damar cerrahisi hastalarında ameliyat öncesi bilgilendirmenin anksiyeteye etkisini araştırdığı randomize kontrollü çalışmada ameliyat öncesi verilen hemşirelik eğitiminin anksiyeteyi düşürdüğü bulunmuştur (75).

Bulgularımız literatür bilgisi ile uyumludur. Eğitim ameliyat öncesi anksiyeyeyi düşürmektedir. Bununla birlikte farklı bulgulara da rastlanabilmektedir. Literatürde bazı çalışmalarda ameliyat öncesi hastalara verilen eğitimin anksiyete düzeyini düşürdüğü belirtilirken, bazı çalışmalarda da ameliyat öncesi verilen eğitimin hastaların anksiyetelerini azaltmadığı saptanmıştır. Sadati ve arkadaşlarının (2013) laparoskopik kolesistektomi planlanan hastalara ameliyattan önce verdikleri hemşirelik eğitiminin kaygı düzeyine olan etkisini araştırdıkları çalışmada, anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ )(97). Shuldham'ın (2002) ameliyat öncesi eğitimin anksiyeteye etkisini araştırdığı çalışmasında eğitimin anksiyeteye etkisi olmadığını bulmuştur (76).

Çalışmamızda eğitimin hastaların sürekli kaygı puanları deney ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ). Literatürde çalışma bulgularımızı destekleyen çalışmalar bulunmaktadır. Asilioğlu ve Çelik'in (2004) açık kalp ameliyatı planlanan hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin anksiyeteye etkisini araştırdığı çalışmada süreklilik kaygı puan ortalamasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ )(77). Cebeci ve Çelik (2011) koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastalara uyguladıkları ameliyat öncesi hemşirelik eğitiminin süreklilik kaygı düzeyine etkisi olmadığını bulmuşlardır (70).

Çalışmamızın deney ve kontrol gruplarında hemşirelik bakım memnuniyeti puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu (MW U= 932,500;  $p=0,001$ ;  $p<0,05$ ). Deney grubunun bakım memnuniyeti puanı ( $x=88,875$ ) kontrol grubunun puanından ( $x=83,664$ ) yüksek bulunmuştur. Literatürde ameliyat öncesi verilen hemşirelik eğitiminin bakım memnuniyeti puan ortalamasında anlamlı fark oluşturduğu desteklenmektedir. Sjoling'in (2003) total diz artroplastisi olan hastalarda ameliyat öncesi bilgilendirmenin memnuniyet üzerine etkisini incelediği çalışmasında eğitim verilen hastaların memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sonuçların istatistiksel olarak anlamlı olduğu tanımlanmıştır (78).

Yılmaz (2002) ameliyat öncesi planlı öğretim yapılan batın cerrahisi hastalarının ameliyat sonrası hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirlemiştir (79). West ve arkadaşları (2014) cerrahi hastalarının ameliyat öncesi video ile bilgilendirilmesinin bakım memnuniyeti düzeyine etkisini incelemişler ve hastaların memnuniyet düzeyinin eğitimle arttığı bulunmuştur (80). Çalışma bulguları literatür ile uyumludur. Çalışmamızda deney grubunun memnuniyet puan ( $88,875 \pm 15,934$ ) ortalaması kontrol grubunun memnuniyet puan ( $83,664 \pm 12,805$ ) ortalamasından yüksek bulunmuştur.

Turhan ve arkadaşlarının (2012) yapmış olduğu çalışmada kaygı düzeyi yüksek olan hastaların memnuniyet düzeyinin düşük, kaygı düzeyi düşük olan hastaların memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur (81). Araştırmanın bulguları çalışmamızla benzerdir.

Deney ve kontrol gruplarında ağrı puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu ( $MWU=1099,000$ ;  $p=0,014$ ;  $p<0,05$ ). Deney grubunun ağrı puan ortalaması ( $x=3,093$ ) kontrol grubunun ağrı puan ortalamasından ( $x=4,223$ ) düşük bulunmuştur. Özberksoy'un (2009) meme kanseri olan hastalarda ameliyat öncesi eğitimin ameliyat sonrası ağrıya etkisini araştırdığı çalışmada ameliyat öncesi eğitimin, ameliyat sonrası ağrı düzeyini azaltmada etkili bir yaklaşım olduğu sonucu elde edilmiştir (20).

Çetinkaya'nın (2010) batın ameliyatı olan yetişkin hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin ağrı düzeyine etkisini incelediği çalışmasında ameliyat öncesinde eğitici hemşirelik yaklaşımının hastanın ağrı düzeyini düşürdüğü bulunmuştur (19). Sjoling ve arkadaşları(2003) total diz artroplastisi olan hastalara cerrahi öncesi verilen eğitimin ağrı düzeyini düşürdüğünü bulmuşlardır (78). Budak'ın (2015) açık kalp ameliyatı olan hastalarda ameliyat öncesi yapılan bilgilendirmenin ameliyat sonrası ağrı düzeyini düşürdüğü görülmüştür (18).

Karayurt (1998) ameliyat öncesi uygulanan eğitim programlarının hastaların ağrı düzeyine etkisini incelediği çalışmasında, rutin bakım verilen gruptaki hastaların yüksek düzeyde ağrı bildirdiğini, eğitim verilen grupta ise ağrı bildiriminin düşük

olduğunu bulmuştur (82) . Literatür bizim çalışmamızın sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Çalışmamıza dahil edilen hastaların yaş ile durumluk anksiyete puanları arasında anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ). Vingerhoets'in (1998) çalışmasında yaşa göre ameliyat sonrası durumluk anksiyete puanında anlamlı bir fark bulunmadığı belirtilmiştir ( $p>0.05$ ) (83). Deyirmenjian ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında açık kalp ameliyatı olan hastalara verilen eğitim anksiyete puan ortalamasında yaşa göre anlamlı bir fark oluşturmamaktadır ( $p>0.05$ ) (84). Çalışmamızın sonucu literatürle uyumludur. Yapılan bazı çalışmalarda yaşın durumluk anksiyete puan ortalamasını etkilemediği belirtilirken, bazı çalışmalarda yaşın anksiyete düzeyini etkilediği görülmektedir (85). Krannich ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında cerrahi planlanan hastaların yaşı ile anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilirken ( $p=0.03$ ), genç hastaların anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (85).

Akbarzadeh ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında hastaların eğitim düzeyleri ile durumluk anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (86). Vingerhoets'in (1998) çalışmasında kalp ameliyatı olan hastaların eğitim düzeylerine göre durumluk anksiyete puan ortalamaları anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (87). Douki ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında ise eğitim düzeyine göre durumluk anksiyete puanı anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (88). Çalışmamızda ise hastaların eğitim düzeyleri ile anksiyete puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. ( $p>0.05$ ) (Tablo 6.5).

Demir ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında hastaların gelir düzeyinin durumluk anksiyete puanını etkilemediği belirtilmektedir ( $p>0.05$ ) (89). Navarro Garcia ve arkadaşlarının (2011) yapmış olduğu çalışmada da hastaların gelir düzeyi ile ameliyat öncesi anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (87). Araştırmamızın sonuçları literatürle paralellik göstermektedir (87,89).

Sidar ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında, durumluk anksiyete ölçeğinden alınan puan ortalamaları ile hastaların daha önceden cerrahi deneyimi olması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirtilirken (90),

Navarro-Garcia ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmada kalp ameliyatı olan hastaların daha önce geçirmiş olduğu ameliyat ile anksiyete puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (87). Çalışmamızda da daha önce ameliyat olma ile durumluk anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 6.6). Çalışmamızın sonuçları Navarro-Garcia'nın çalışması ile paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda deney grubunun sürekli kaygı puan ortalaması ile yaş değişkeni arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Araştırmaya göre 50 yaş ve üzerindeki kaygı puanları, 50 yaş ve altındakilerin kaygı puanlarından yüksek bulunmuştur. El-Nasser ve Mohamed (2013) 50 yaş üzerindeki cerrahi hastalarının (91), Akgöz (2009) beyin cerrahisi kliniğinde yatan 60 yaş ve üzeri hastaların (92), Fidan (2010) 65 yaş üstü hastaların genç hastalara göre kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir (93).

Deney grubunun ağrı puan ortalamaları yaş değişkeni açısından anlamlı fark oluşturmaktadır. Deney grubunda 50 yaş üzerindeki hastaların ağrı düzeyi 50 yaş altındaki hastaların ağrı düzeyinden fazla bulunmuştur. Sidar ve arkadaşlarının (2013) yapmış olduğu çalışmada ağrı düzeyi ile yaş arasında anlamlı fark olduğu ve yaştan arttıkça ağrı düzeyinde arttığı bulunmuştur (87).

Garczyk ve arkadaşları (2013) lomber ve servikal disk herni ameliyatı olan hastaların yaş ortalaması arttıkça hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin arttığını belirlemişlerdir (94) Bizim çalışmamızda ise yaş ve memnuniyet düzeyi arasında anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ).

Deney grubunda gelir durumuna göre sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (MWU=175,000;  $p=0.028$ ;  $p<0.05$ ). Geliri giderden az olanların sürekli kaygı puanları ( $x=46,308$ ), geliri gidere denk ve üzerinde olanların sürekli kaygı puanlarından ( $x=42,156$ ) yüksek bulunmuştur. Demir ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında da düşük gelir düzeyine sahip olan hastaların anksiyete puan ortalamaları geliri yüksek olan hastalara göre yüksek bulunmuştur (89). Çalışma sonucumuz Demir ve arkadaşlarının çalışmasıyla paralellik göstermektedir.

Deney grubundaki hastaların ağrı puan ortalamaları ile sigara kullanma durumu açısından fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Sigara kullananların ağrı

puanları ( $x=2,392$ ), sigara kullanmayanların ağrı puanlarından ( $x=3,624$ ) düşük bulunmuştur. Bunun açıklamasının nikotinin analjezik etkisi ve depresyonu azaltıcı yönde olan etkileri olduğu düşünülmektedir (95,96).

Çalışmamızda travma yaşamış olanların sürekli kaygı puanları ( $x=41,031$ ), travma yaşamamış olanların sürekli kaygı puanlarından ( $x=45,615$ ) düşük bulunmuştur. Sürekli kaygının travma yaşamamış bireylerde daha yüksek olmasının sebebi sürekli var olan kronik ağrının olması ve günlük yaşam aktiviteleri etkiliyor, günlük hayatta kısıtlılıklar oluşturarak sürekli anksiyete düzeyini etkiliyor olmasındır.



## 8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Lomber disk hernisi ameliyatı olan hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası kaygı düzeyine, ameliyat sonrası ağrı ve memnuniyete etkisini belirlemek amacıyla planlanan araştırmadan elde edilen sonuçlar:

- LDH ameliyatı geçiren deney ve kontrol grubundaki hastaların yaş, eğitim durumu, sosyal güvence, mesleki durum, gelir durumu, yaşanılan bölge, refakatçi varlığı ve servise uyum sağlayabilme durumunu içeren tanıtıcı özellikleri BKİ, sigara kullanma durumu, ailede başka birinde bel fıtığı olma durumu, cerrahi girişim deneyimi, egzersiz spor yapma durumu, travmaya maruz kalma ve bele vuran ağrı, bacakta ağrı, yürüyememe gibi hastalığa ilişkin şikayetler yönünden benzer oldukları saptandı (Tablo 6.1, 6.2 ;  $p>0.05$ ).
- LDH ameliyatı geçiren deney ve kontrol grubundaki hastaların cinsiyet, medeni durum, evde bakmakla yükümlü birisi olma durumu ve çocuk sayısını içeren tanıtıcı özellikler açısından kontrol ve deney grupları arasında fark bulundu (Tablo 6.1, 6.2 ;  $p<0.05$ ).
- Deney ve kontrol gruplarının ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları arasında fark bulunmadı (Tablo 6.3;  $p>0,05$ ).
- Deney grubunun ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalaması ( $x=44,052$ ) ve kontrol grubunun ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalaması ( $x=51,673$ ) arasında anlamlı fark bulundu (Tablo 6.3;  $p<0,05$ ).
- Deney ve kontrol gruplarının sürekli kaygı puan ortalamaları arasında fark bulunmadı (Tablo 6.4;  $p>0,05$ ).
- Deney grubunun hemşirelik bakım memnuniyeti ( $x=88,875$ ) ve kontrol grubunun hemşirelik bakım memnuniyeti ( $x=83,664$ ) puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu belirlendi (Tablo 6.4;  $p<0,05$ ).
- Deney grubunun ağrı puan ortalamaları ( $x=3,093$ ) ve kontrol grubunun ağrı puan ( $x=4,223$ ) ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu (Tablo 6.4;  $p<0,05$ ).
- Ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası durumluk kaygı puan ortalamaları ile cinsiyet, yaş, eğitim durumu, sosyal güvence, mesleki durum, gelir durumu,



evde bakmakla yükümlü birisi olma durumu ve çocuk sayısı tanıtıcı özellikleri ile arasında fark saptandı (Tablo 6.5 ;  $p<0.05$ ).

- Ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası durumluk kaygı puan ortalamaları ile BKİ, sigara kullanma durumu, ailede başka birinde bel fitiği olma durumu, cerrahi girişim deneyimi olması, egzersiz ve spor yapma ve travmaya maruz kalma gibi klinik özellikleri arasında fark bulunmadı (Tablo 6.6 ;  $p>0.05$ ).
- Kontrol ve deney gruplarının cinsiyet, sosyal güvence ve medeni durum tanıtıcı özelliklerine göre sürekli kaygı, hemşirelik bakım memnuniyeti ve ağrı puan ortalamaları arasında fark bulunmadı (Tablo 6.7;  $p>0.05$ ).
- Kontrol grubunun yaş puan ortalamaları ile sürekli kaygı, hemşirelik bakım memnuniyeti ve ağrı puanı ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu belirlendi (Tablo 6.7;  $p<0.05$ ).
- Deney grubunun yaşa göre sürekli kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu ( $p<0.05$ ). Çalışmamızda 50 yaş üzerinde olanların sürekli kaygı düzeyi 50 yaş altında olan hastalardan yüksektir (Tablo 6.7).
- Deney grubunun yaşa göre ağrı puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu ( $p<0.05$ ). Çalışmamızda 50 yaş üzerinde olanların ağrı düzeyi 50 yaş altında olan hastalardan yüksek bulundu (Tablo 6.7).
- Deney grubunun gelir düzeyine göre sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır. Geliri giderden az olanların sürekli kaygı puanları ( $x=46,308$ ), geliri giderin üzerinde olanların sürekli kaygı puanından ( $x=42,156$ ) yüksek bulundu (Tablo 6.7).
- Deney grubunun eğitim düzeyine göre sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Eğitim düzeyi yüksek olanlarda sürekli kaygının düşük olduğu saptandı (Tablo 6.7).
- Kontrol ve deney grubunun eğitim durumuna göre ağrı puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu ( $p>0,05$ ). Eğitim düzeyi yüksek olanlarda ağrı düzeyinin düşük olduğu bulundu (Tablo 6.7).
- Kontrol ve deney gruplarının BKİ, ailede bel fitiği olan kişi varlığı, daha önceden cerrahi girişim geçirmiş olma, egzersiz ve spor yapma durumu ile sürekli kaygı, hemşirelik bakım memnuniyeti ve ağrı puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 6.8;  $p>0.05$ ).

- Deneş grubundaki hastaların sigara kullanma durumu ile ağrı puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Çalışmamızda Sigara kullananların ağrı puanları ( $x=2,392$ ), sigara kullanmayanların ağrı puanlarından ( $x=3,624$ ) düşük olduğu elde edildi (Tablo 6.8) .
- Deneş grubundaki hastaların travmaya maruz kalma durumu ile sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Travma yaşamış olanların sürekli kaygı puanları ( $x=41,031$ ), travma yaşamamış olanların sürekli kaygı puanlarından ( $x=45,615$ ) düşük olduğu saptandı (Tablo 6.8).

***Bu sonuçlara dayanarak;***

- Ameliyat öncesi verilen hemşirelik eğitimi anksiyeteyi azaltmada oldukça etkilidir. Hemşirelik eğitimi rutin hemşirelik bakımına ek olarak ameliyat öncesi hastanın hazırlığı, ameliyat sonrası beklenen durumlar, dikkat edilecekler, taburculuk ve günlük yaşam aktivitelerine dönüşü içermelidir.
- Çalışma sonuçlarımıza göre lomber disk hernisinde ameliyat öncesi verilen eğitimin anksiyete ve ağrıyı azaltacağı, bakım memnuniyetini arttıracığı düşünüerek, ameliyat öncesi düzenli ve ayrıntılı hemşirelik eğitimi verilmelidir.
- Lomber disk hernisi ile yatışı yapılan hastalar için eğitim broşürleri geliştirilmelidir.
- Ameliyat öncesi verilen hemşirelik eğitiminde kişinin sosyal ve kişisel farklılıkları göz önünde bulundurulmalı, hastanın sorularını sorabilmesi için uygun eğitim ortamı sağlanmalıdır.
- Hastanın yaş, eğitim düzeyi, egzersiz yapma durumu, sigara kullanma öyküsü, önceki cerrahi deneyimleri ve travmaya maruz kalma özelliklerine göre eğitim genişletilebilir.
- Kurumlarda hizmetiçi eğitimlerde hemşireler için hasta eğitimine yönelik konulara yer verilmelidir.

## 9. KAYNAKLAR

1. Aslan Eti F. Ağrı Doğası ve Kontrolü. (2006) 1.Baskı. İstanbul, Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti, 11-147.
2. Karataş Y., Keskin F. (2015) Lomber dejeneratif disk hastalarında konservatif tedavi yöntemler. Türkiye Klinikleri J Neurosurg Special Topics 5: 38-43.
3. Polat, Ö., Uçkun, A. (2018) Lomber Disk Hastalığında Konservatif Tedavi Yöntemleri.
4. Berker Ö: Lomber Disk Hastalıklarının Konservatif Tedavisi. Özer F, Naderi S (ed), Dejeneratif Disk Hastalığı. Ankara: Türk Nöroşirürji Derneği Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi Grubu Yayınları.
5. Çetinkaya, M. Y. (2015). Disk hernisi cerrahisi ve hemşirelik bakımı. Türkiye Klinikleri Journal of Surgical Nursing-Special Topics, 1(2), 100-106.
6. İlik, F. (2015). Lomber Dejeneratif Disk Hastalıklarında Elektro Fizyolojik Tanı. Türkiye Klinikleri Neurosurgery-Special Topics, 5(3), 25-27.
7. Torun, F., Ören, H., Gök, H., & Torun, S. (2010) Lomber Disk hernilerinde Anksiyete Depresyon ve Somatizasyon.
8. Altındağ, Ö., Altındağ, A., & Soran, N. (2006). Kronik ağrılı hastalarda depresyon düzeyinin ağrı şiddeti ve süresi ile ilişkisinin araştırılması. In New/Yeni Symposium Journal (Vol. 44, No. 4, pp. 178-81).
9. Yılmaz, E. R., Bulut, S. D., Eryılmaz, F., Eser, T., Alataş, E., Eryılmaz, G., & Dolgun, H. (2014). Beyin Cerrahi Servisinde Lomber Disk Hernisi Tanısı İle Yatan Hastalarda Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Hasta İyileşmesi Üzerinde Etkileri. Ortadoğu Medical Journal/Ortadoğu Tıp Dergisi.
10. Gökçek, E., Kaydu, A. (2017) Erişkinlerde lomber disk hernisinin anksiyete/depresyon üzerine etkisi. Van Tıp Dergisi, 25(3), 312-316.
11. Kayahan, M. ve Sertbaş, G. (2007). Dahili ve Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastalarda Anksiyete Depresyon Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 8(2), 113-120.

12. Özberksoy, A. (2006). Meme Kanseri Olan Hastalarda Ameliyat Öncesi Dönemde Bilgilendirici ve Eğitici Hemşirelik Yaklaşımının Ameliyat Sonrası Ağrı ve Kaygı Düzeyleri Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
13. Mitchell, M. (2005). Anxiety Management: A Distinct Nursing Role in Day Surgery. *Ambulatory Surgery* , 8(3), 119-127.
14. Gürsoy, A. A. (2001). Ameliyat öncesi hastaların kaygı düzeyleri ve kaygıya neden olabilecek etmenlerin belirlenmesi. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 1, 23-29.
15. Güz, H., Doğanay, Z., & Güz, T. (2003). Lomber disk hernisi nedeniyle ameliyat olan hastalarda ameliyat öncesi anksiyete. *Nöropsikiyatri arşivi*. 40 (1-2), 36-39.
16. Çöçelli, L. P., Bacaksız, B. D., & Ovayolu, N. (2008). Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. *Gaziantep Tıp Dergisi*.
17. Jjala HA, French JL, Foxall GL, Hardman JG, Bedfordth (2010) NM. Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients under going procedures under regional anaesthesiology. *Br J Anaesth* 104: 369-74.
18. Budak, E. (2015). Açık kalp ameliyatı olan hastalarda ameliyat öncesi anksiyetelerinin giderilmesinin ameliyat sonrası anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisi (Master's thesis, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
19. Çetinkaya, F., & Karabulut, N. (2010). Batın ameliyatı olacak yetişkin hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin kaygı ve ağrı düzeyine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2), 20-26.
20. Özberksoy, A., Özbayır, T., & Taşdemir, N. (2009). Meme kanseri olan hastalarda ameliyat öncesi eğitimin ameliyat sonrası ağrı ve kaygı düzeylerine etkisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 29(6), 1605-1611.
21. Akyolcu, N., (2003). Perioperatif hasta ve ailesinin eğitim gereksinimleri ve hemşirenin rolü. 4. Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi (Kongre Kitabı). İzmir 22-26 Ekim, 97-107.

22. Karadağ, M.,& Aksoy, G. (1999) Lomber Disk Herni Ameliyatı öncesi ve sonrasında sorunlarla başetmede hemşirenin eğitici rolünün etkisi.
23. Taşdemir A, Erakgün A, Deniz MN, Çertuğ A.(2013) Preoperatif bilgilendirme yapılan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerinin state-trait anxiety inventory test ile karşılaştırılması. Turk J Anaesth Reanim 41:44-49.
24. Akca NK, Aydın G, Gümüş K. (2013). Lomber disk hernili hastaların vücut mekanikleri bilgi düzeyleri ile ağrı şiddeti arasındaki ilişki. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(1), 66-77.
25. Soyer, Ö., Dönmez, Y. C., & Van Giersbergen, M. Y. (2018). Ameliyat Olan Hastaların Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 11(3).
26. Sidar A, Dedeli Ö, İşkesen Aİ.(2013). Açık kalp cerrahisi öncesi ve sonrası hastaların kaygı ve ağrı distressi: ağrı düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi. Yoğun Bakım Dergisi 4: 1-8.
27. Lewis, S. M., Heitkemper, M. M., & Dirksen, S. R. (2004). Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems (Vol. 2). Mosby.
28. Öztekin,S.D.(2015) Nöroşirurji Hemşireliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
29. [https://cnx.org/contents/NgXkXQtA@1.1:2G\\_nuwn0@1/Skeletal-System-Module-9-The-Vertebral-Column](https://cnx.org/contents/NgXkXQtA@1.1:2G_nuwn0@1/Skeletal-System-Module-9-The-Vertebral-Column)
30. Erdil F. (2012). Sinir Sistemi Cerrahisi ve Hemşirelik Bakımı. Erdil F, Elbaş NÖ.(Ed.). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Ankara: Aydoğdu Ofset. S:270-293.
31. [https://cnx.org/contents/NgXkXQtA@1.1:2G\\_nuwn0@1/Skeletal-System-Module-9-The-Vertebral-Column#fig-ch07\\_03\\_04](https://cnx.org/contents/NgXkXQtA@1.1:2G_nuwn0@1/Skeletal-System-Module-9-The-Vertebral-Column#fig-ch07_03_04)
32. Öktenoğlu T. (2011) Lomber Omurganın ve Lomber Diskin Biyomekaniği.
33. <http://neufeldlawfirm.com/laymans-medicine-herniated-disc/>
34. Özbayır T. (2014). Nörolojik Travmalar. Karadakovan A, Aslan E.F. (Ed.). Dâhili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
35. Bayraktar N. (2016). Nöroşirürjide Bakım. Elbaş N.Ö. (Ed.). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Akıl Notları. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.

36. İlhan MN, Aksakal FN, Kaptan H, Ceylan MN, Durukan E, İlhan F. ve ark. (2010). Birinci basamakta yaşam boyu bel ağrısı sıklığı ve ilişkili sosyal ve mesleki risk etmenleri. Gazi Medical Journal, 21(3), 107-110.
37. Dönmez YC, Dolgun E, Kabataş M, Özbayır T. (2010). Lomber disk hernili hastalarda risk faktörlerinin incelenmesi. Fırat Üniversitesi. Sağlık Bilgileri Tıp Dergisi
38. Zileli M. (2002) Lomber disk hastalığında tedavi endikasyonları ve hasta yönetimi. Zileli M, Özer AF (Editörler). Omurilik ve omurga cerrahisi cilt1. 2nci baskı, İzmir: Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri.
39. Korkmaz FD. (2014). Baştan Ayağa Sistemik Değerlendirme. Aslan FE. (Ed.).Sağlığın Değerlendirilmesi. İstanbul: Acıbadem Üniversitesi Yayını. S:197-219.
40. Kirazlı Y. Lomber disk hastalığında fizik tedavi ve rehabilitasyon. Zileli M, Özer AF (Editörler).(2002) Omurilik ve omurga cerrahisi cilt1. 2nci baskı, İzmir:Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri.
41. Erdoğan E. Lomber Disk Hernileri. Erişim: 15 Ağustos 2016, <http://www.beyincerrahisi.org/TR,557/lomber-disk-hernileri.html>
42. Yıldırım, M. (2013). Lomber Disk Hernisi Ameliyatı Olan Hastalar İçin Geliştirilen Hasta Güvenliği Öğretim Planının Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi.
43. Aydoğan, N. (2005). Lomber Disk Hernisi Nedeniyle Cerrahi Girişim Uygulanan Hastaların Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimleri. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Master of Science in Nursing, Ankara.
44. Ignatavicius, D. D. (2010). Introduction to medical-surgical nursing. Medical-surgical nursing: Neurologic disorders. [https://books.google.com.tr/books?id=mi3uBgAAQBAJ&lpg=PA731&ots=RzWj0RIiux&dq=Ignatavicius%20D.D.%20\(2010\).%20Introduction%20to%20Medical-Surgical%20Nursing.&hl=tr&pg=PA429#v=onepage&q&f=true](https://books.google.com.tr/books?id=mi3uBgAAQBAJ&lpg=PA731&ots=RzWj0RIiux&dq=Ignatavicius%20D.D.%20(2010).%20Introduction%20to%20Medical-Surgical%20Nursing.&hl=tr&pg=PA429#v=onepage&q&f=true)
45. Güleç, C. ve Köroğlu, E. (2007). Psikiyatri Temel Kitabı (2. bs.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

46. Gürhan N. (2016). Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.
47. Köknel, O. (2000). Günlük Hayatta Ruh Sağlığı. İstanbul: Alfa Kitabevi.
48. Sertbaş, G. ve Bahar, A. (2004). Anksiyete ve Anksiyete ile Başetmede Hemşirelik Girişimleri. Hemşirelik Forumu, Eylül-Ekim, 39-44.
49. Bayraktar, N. ve Bulut, H.D.(2000).Ameliyathanede Ameliyat Öncesi Bekleyen Hastaların Gereksinimleri. Hemşirelik Forumu Dergisi, 3(6),34-38.
50. Özbayır, T., Demir, F., Candan, Y., Coşkun, İ. ve Dramalı, A. (2003). Hastaların Perioperatif Döneme İlişkin İzlenimlerinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(1), 14-23.
51. Sørli T, Busund R, Sexton J, Sexton H, Sørli D. (2007).Video information combined with individualized information sessions: effects upon emotional well-being following coronary artery bypass surgery- a randomized trial. Patient Educ Couns ;65(2):180-8.
52. Tiryaki HC, Abdullayev R, Mutlu NM, Küçükebe ÖB, Okay İT, Dikmen B. (2015). Preoperatif multimedya bilgilendirmesi rejonel anestezi sırasında perioperatif hasta anksiyetesini azaltır mı? Randomize kontrollü çalışma. JARSS;23(2):86-92.
53. Cimilli, C. (2001). Cerrahide Anksiyete. Klinik Psikiyatri, 4(3), 182-186.
54. Rosen I.H, Bergh H.I, Oden A.(2011). Patients' experiences of pain following day surgery - At 48 hours, seven days and three months. Open Nurs J 5:52-59.
55. Karayağız F, Altuntaş M, Güçlü Y.A.(2011). Cerrahi servisinde yatan hastalarda görülen anksiyete dağılımı. Smyrna Tıp Dergisi, 22-26.
56. Aslan, F. E., Şahin, S. K., Secginli, S., & Bülbüloğlu, S. (2018). Hastaların, ameliyat sonrası ağrı yönetimine ilişkin hemşirelik uygulamalarından memnuniyet düzeyleri: Bir sistematik derleme. Ağrı Dergisi, 30(3), 105-115.
57. Guyton A.C, Hall J.E. (2007). Tıbbi Fizyoloji. 11. Basım, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.
58. Eti Aslan F, Badir A. Reality about pain control: the knowledge and beliefs of nurses on the nature, assessment and management of pain. Agri 2005;17(2):44-51.

59. Ay F, Alpar S.E. (2010) Approaches taken by nurses in treating postoperative pain. *Agri* ; 22 (1) :21–9.
60. Yazici Sayin Y, Akyolcu N. (2014). Comparison of pain scale preferences and pain intensity according to pain scales among Turkish Patients: a descriptive study. *Pain Manag Nurs*; 15(1):156–64.
61. Özer A, Çakıl E. (2007). Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörler. *Tıp Araştırmaları Derg* ;5(3):140-3.
62. Mrayyan M.T. (2006). Jordanian nurses' job satisfaction, patients' satisfaction and quality of nursing care. *Int Nurs Rev*;53(3):224-30.
63. Kayrakçı F, Özşaker E. (2014).Cerrahi hastalarının hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemş Derg*; 22(2):105-13.
64. Fındık ÜY, Ünsar S, Süt N.(2010). Patient satisfaction with nursing care and its relationship with patient characteristics. *Nurs Health Sci* ;12(2):162-9.
65. Kuzu C, Ulus B. (2014). Cerrahi kliniklerde tedavi gören hastaların aldıkları hemşirelik bakımından memnuniyet durumlarının belirlenmesi. *Acıbadem Üniv Sağlık Bilimleri Derg*;5(2):129-34.
66. Öner N, Le Compte A. (1998). Süreksiz (durumluk) sürekli kaygı envanteri el kitabı, 2.Baskı, İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
67. Thomas L.H, MacMillan J, McColl E, Priest J, Hale C, Bond S. (1995). Obtaining patients' views of nursing care to inform the development of a patient satisfaction scale. *Int J Qual Health Care*;7(2):153-63.
68. Uzun Ö. (2003) Hemşirelik bakım kalitesi ile ilgili Newcastle Memnuniyet Ölçeğinin Türkçe Formunun geçerlilik ve güvenilirliğin saptanması. *Türk Hemşireler Derg* ;54(2):16-24.
69. Yeşilyurt,D.S. (2016). Ameliyat Öncesi Video ile Yapılan Bilgilendirmenin hastaların kaygı ve memnuniyetine etkisi. *Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Master of Science in Nursing, Edirne.*
70. Cebeci F, Çelik SŞ. Effects of discharge teaching and counselling on anxiety and depression level of CABG patients. *Turkish J Thorac Cardiovasc Surg* 19(2):170-176, 2011.



71. Sjoling M, Nordahl G, Olofsson N, Asplund K. (2003) The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management Patient Education and Counseling; 51: 169-176
72. Koca A. (1998) Acık kalp ameliyatı öncesi hasta eğitiminin anksiyete düzeyine etkisi İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi İstanbul.
73. Akkas A. (1996) Ameliyat öncesi hastaların kaygı düzeyleri ve kaygıya neden olabilecek etmenlerin belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı. Bilim Uzmanlığı Tezi Ankara.
74. Keskin FD. (2005) Anorektal cerrahi gerektiren hastalarda uygulanan planlı bakımın ameliyat sonrası anksiyete düzeyine etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi İzmir.
75. Guo P, East L, Arthur A.(2012) Preoperative education intervention to reduce anxiety and improve recovery among chinese cardiac patients: a randomized controlled trial. International Journal of Nursing Studies 49: 129–137.
76. Shuldham CM, Fleming S, Goodman H.(2002) The impact of pre-operative education on recovery following coronary artery bypass surgery. European Heart Journal 23: 666– 674.
77. Asilioglu K, Celik SS. (2004) The effect of preoperative education on anxiety of open cardiac surgery patients. Patient Education and Counseling 53:65-70.
78. Sjoling M, Nordahl G, Olofsson N, Asplund K.(2003) The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. patient education and counseling; 51: 169-176.
79. YılmazM. (2002) Ameliyat öncesi öğretimin ameliyat sonrası komplikasyonlara ve hasta memnuniyetine etkisi. Hemşirelik Araştırma Derg ; 4(1):40-51.
80. West A, Bittner EA, Ortiz VE. (2014) The effects os preoperative, video-assisted anesthesia education in Spanish on Spanish-speaking patients' anxiety, knowledge, and satisfaction: a pilot study. J Clin Anesth ;26(4):325 9.

81. Turhan Y, Avcı R, Özcengiz D. (2012) Elektif cerrahi hazırlığında preoperatif ve postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisi. *Anestezi Derg* ;20(1):27-33.
82. Karayurt O. (1998) Ameliyat öncesi uygulanan farklı eğitim programlarının hastaların anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi* ; 2(1): 20-26
83. Vingerhoets G. (1998) Perioperative anxiety and depression in open-heart surgery. *Psychosomatics* 39(1): 30-37.
84. Deyirmenjian M, Karam N, Salameh P. (2006) Preoperative patient education for open heart patients: A source of anxiety? *Patient Educ and Couns* 62: 111-117.
85. Cserép Z, Losoncz E, Palog P.(2012) The impact of preoperative anxiety and education level on long-term mortality after cardiac surgery. *Journal of Cardiothoracic Surgery* 7:86.
86. Akbarzadeh F, Kouchaksaraei F,R, Bagheri Z. (2009) Effect of preoperative information and reassurance in decreasing anxiety of patients who are candidate for coronary artery bypass graft surgery. *J Cardiovasc Thorac Res* 1(2): 25-28.
87. Navarro-García MA, Marín- Fernández B, Carlos-Alegre W. (2011) Preoperative mood disorders in patients undergoing cardiac surgery: risk factors and postoperative morbidity in the intensive care unit. *Revista Española de Cardiología*, 64(11):1005-1010.
88. Douki ZE, Vaezzadeh N, Shah mohammadi S. (2011) Anxiety before and after coronary artery bypass grafting surgery: Relationship to QOL. *MEJSR* 7:103-108.
89. Demir A, Akyurt D, Ergün B.(2010) Kalp Cerrahisi Geçirecek Olgularda Anksiyete Sağaltımı. *Göğüs Kalp Damar Cer Derg* 18(3):177-182.
90. Sidar A, Dedeli Ö, İşkesen Aİ. (2013) Açık kalp cerrahisi öncesi ve sonrası hastaların kaygı ve ağrı distressi: ağrı düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi. *Yoğun Bakım Derg* 4: 1-8.
91. El-Nasser GABD, Mohamed N. (2013) Patients satisfaction with patient characteristics. *Med J Cairo Univ* ;81(2):1-10.

92. Akgöz N. (2009) Nöroşirürji Kliniğinde Yatan Hastaların Hemşirelerden Beklentileri ve Mevcut Uygulamalar (tez). Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
93. Fidan H. (2010) Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesinde Yatan Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirilmesi (tez). Van: Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
94. Garczyk D, Jankowski R, Misterska E, Glowacki M, Zukiel R, Kowalska AA. (2013) Patient satisfaction with nursing after surgery due to cervical or lumbar discopathy. *Med Sci Monit* ;19:892-902.
95. Picciotto, M. R., Brunzell, D. H., & Caldarone, B. J. (2002). Effect of nicotine and nicotinic receptors on anxiety and depression. *Neuroreport*, 13(9), 1097-1106.
96. Nastase A, Ivan S, Braga RI, Magrean L, Moldovan M. (2007) Coffee drinking enhances the analgesic effect of cigarette smoking. *Neuroreport* ;18: 921-4.
97. Sadati L, Pazouki A, Mehdizadeh A. (2013) Effect of preoperative nursing visit on preoperative anxiety and postoperative complications in candidates for laparoscopic cholecystectomy: a randomized clinical trial. *Scand J Caring Sci* 27:994-998.
98. Risser NL. (1975). Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. *Nurs Res*;24(1):45-52.
99. Turhan Y, Avcı R. ve Özcengiz D.(2012). Elektif cerrahi hazırlığında preoperatif ve postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisi. *Journal of anesthesia* 20(1): 27-33.

## 10. EKLER

### Ek 1. Hasta Tanıtım Formu

#### HASTA TANITIM FORMU

##### 1) Cinsiyetiniz?

a) Kadın

b) Erkek

##### 2) Hangi yaş aralığındasınız ?

a) 20-29 yaş

b) 30-39 yaş

c) 40-49 yaş

d) 50 ve üzeri

##### 3) Kilo:

Boy:

##### 4) Medeni durum:

a) Evli

b) Bekar

##### 5) Eğitim Durumu:

a) Okur yazar

b) İlköğretim

c) Lise

d) Üniversite ve üzeri

##### 6) Sigara kullanıyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır



**13) Ailenizde başka bel fıtığı olan kişi var mı?**

**a) Evet**

**b) Hayır**

**14) Ameliyat öncesi ve sonrası yanınızda refakat edecek biri var mı ?**

**a) Evet**

**b) Hayır**

**15) Daha öncesinde cerrahi girişim deneyiminiz var mı ?**

**a) Evet**

**b) Hayır**

**16) Bulduğunuz servise uyum sağlayabildiniz mi?**

**a) Evet**

**b) Hayır**

**c) Kısmen**

**17) Günlük aktiviteniz dışında düzenli egzersiz, spor yapıyor musunuz?**

**a) Evet**

**b) Hayır**

**18) Belinize zarar verecek herhangi bir travmaya maruz kaldınız mı?**

**a) Evet**

**b) Hayır**

**19) Travmaya maruz kaldıysanız bu travma neye bağlıdır?**

- a) ağır kaldırma
- b) kayma, düşme
- c) belini zorlayacak şekilde eğilme
- d) trafik kazası

**20) Hastaneye başvurma sebebiniz?**

- a) bele vuran ağrı
- b) bacakta ağrı
- c) yürüyememe
- d) oturup kalkamama

## Ek 2. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği

### STAI 1

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)



STAI 2

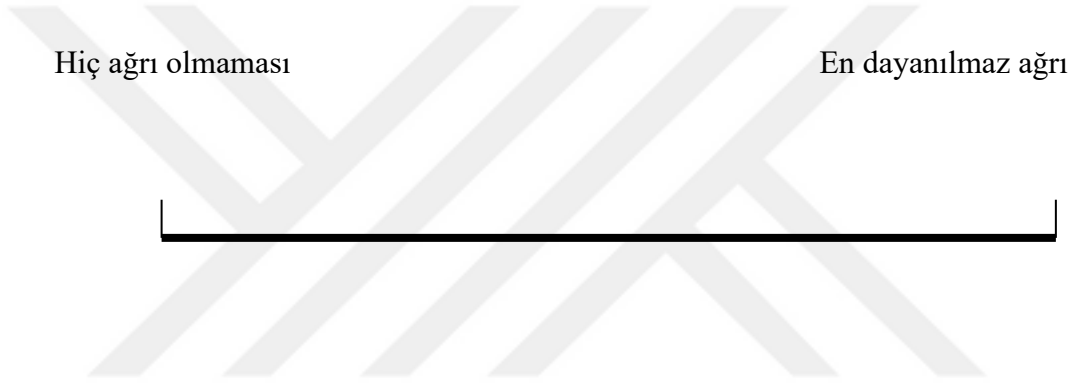
		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

### Ek 3. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)

Adınız Soyadınız: \_\_\_\_\_

Tarih: \_\_\_\_\_

Ağrı şiddetinizi aşağıdaki ölçek üzerinde işaretleyin.



#### Ek 4. Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği (NHBMÖ)

1	Hemşirelerin size ayırdığı süreden	1	2	3	4	5
2	Hemşirelerin işlerinde gösterdikleri yeterlilikten	1	2	3	4	5
3	Birine ihtiyaç duyduğunuz zaman etrafınızda daima bir hemşirenin bulunmasından	1	2	3	4	5
4	Hemşirelerin bakımınız konusundaki bilgi düzeyinden	1	2	3	4	5
5	Hemşireleri çağırdığınız zaman yanınıza olabildiğince çabuk gelmelerinden	1	2	3	4	5
6	Hemşirelerin sizi evinizdeymiş gibi rahat ettirmelerinden	1	2	3	4	5
7	Hemşirelerin durumunuz ve tedaviniz hakkında sizi bilgilendirmelerinden	1	2	3	4	5
8	Hemşirelerin iyi olup olmadığınızı kontrol etme sıklığından	1	2	3	4	5
9	Hemşirelerin yardımseverliğinden	1	2	3	4	5
10	Hemşirelerin size açıklama yapma biçiminden	1	2	3	4	5
11	Hemşirelerin yakınlarınızın ve arkadaşlarınızın sizinle ilgili endişelerini gidermesinden	1	2	3	4	5
12	Hemşirelerin işlerini yaparken gösterdikleri tavırdan	1	2	3	4	5
13	Durumunuz ve tedaviniz hakkında size verdikleri bilginin içeriğinden	1	2	3	4	5
14	Hemşirelerin size karşı bir birey olarak davranış tarzlarından	1	2	3	4	5
15	Hemşirelerin sizin üzüntü ve endişeleriniz dinlemesinden	1	2	3	4	5
16	Serviste size sağlanan özgürlükten	1	2	3	4	5
17	Hemşirelerin isteklerinizi karşılamada istekli olmalarından	1	2	3	4	5
18	Hemşirelerin mahremiyetinize (bireysel ve bedensel sınırlarınıza) saygı göstermesinden	1	2	3	4	5
19	Hemşirelerin ihtiyaçlarınızın farkında olmasından	1	2	3	4	5

GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ  
VE BEDEN MEKANİKLERİ

SAĞLIKLI  
GÜNLER

T.C İSTANBUL  
GAZİOSMANPAŞA - TAKSİM  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA  
HASTANESİ



Hasta bireyin aktivitelerini aşamalı şekilde ve tolere ettiği ölçüde artırması önerilir.

İlk 15 gün hareketler sınırlı olmalıdır.Ayağa kalkılan ya da oturulan süre bir seferde 10 dakikayı aşmamalıdır.Yatak içinde ayakları kanına çekme, kaldırma, uzatma ve iki yana dönme hareketleri yapılabilir.

İkinci 15 günde hareketler artırılabilir,yatakta daha kısa süre kalınmalıdır.Ev içinde 30 dakika ile 1 saat arası süre ile dolaşılabilir.

Üçüncü 15 günde hareket sınırlılıkları kalkmaktadır. Hasta ev dışında gezebilir, merdiven inebilir,bir saat süreyle oturabilir.Bir saat süreyle yolculuk yapılabilir.

Seksüel aktiviteye 20 gün sonra başlanabilir.

Yerden bir obje kaldırırken eğilme, uzanma,kaldırma işlemleri beden mekaniklerine uygun yapılmalıdır.

Kaldırılan objenin ağırlığı 5 kg 'ı geçmemeli, her iki kolada eşit yük paylaştırılmalıdır.

İyileşme sürecinde araba kullanmak gibi omurganın bükülmesine yol açan hareketlerden kaçınılmalıdır.

2-3 ay ağır işlerden kaçınılması gerekmektedir.

Sirt ağrısının olduğu durumlarda korse kullanımı önerilmektedir.

Beden mekaniklerine uyulmasının omurga sağlığı açısından önemi bilinmelidir.



BEYİN VE SİNİR CERRAHİSİ  
Gökçe KARAKUR  
Hemşire

LOMBER DİSK HERNİSİ  
HAKKINDA BİLİNMESİ  
GEREKENLER



182

sağlık.gov.tr



GOP Fizik Tedavi Hastanesi:  
Mevlana Mah. Hıdırefendi Cd.  
Gaziosmanpaşa/İstanbul  
Taksim Eğitim ve Araştırma  
Hastanesi:  
Kıyık Mustafa Çelebi Mah.  
Beşiktaş/İstanbul



## LOMBER DİSK HERNİSİ NEDİR?



Yapılan çalışmalarda insanları yaklaşık %80'inin yaşamlarının herhangi bir döneminde bel ağrısı deneymediği ve bunun %3-10'unun nedeninin disk hernisi olduğu belirlenmiştir.



Belimizde 5 adet omur kemiği vardır. Bu kemikler arasında disk adı verilen kıkırdaklar bulunur. Diskler omurganın hareketli olmasını ve zorlamalara karşı dirençli olmasını sağlar.

Bel fıtığı beldeki omur kemikleri arasında bulunan ve sarsıntıyı önleyen, esnekliği sağlayan disklerin fıtıklaşması sonucu ortaya çıkan bir hastalıktır.

## LOMBER DİSK HERNİSİ AMELİYATI

Bel fıtığı ameliyatının amacı fıtıklaşmış diskin sınırlara baskı yapmasını ve bu şekilde ağrı, kuvvet kaybı gibi şikayetlere sebep olmasını önlemektir.

Ameliyat lokal, spinal veya genel anestezi altında yapılabilir. Hasta ameliyat masasına yüzüstü yatırılır ve hastaya çömelme pozisyonuna benzer bir pozisyon verilir.

Fıtıklaşmış diskin üzerindeki cilde küçük bir kesil yapılar bu şekilde fıtık çıkarılır.



### AMELİYAT ÖNCESİ HAZIRLIK

Diyabet, Hipertansiyon gibi kronik hastalığınız ve bunlara bağlı kullanılan ilaçlarınız varsa bunları doktor ya da sürekli hemşirenize bildirmeniz gerekmektedir.

Kan sulandırıcı ilaçlar kullanıyorsanız ameliyattan 1 hafta öncesinde ilaçların kesilmesi gerekmektedir.

Ameliyattan önceki gün hemşireniz size ameliyatın detayları hakkında bilgi verecektir ve saat 24:00'dan sonra aç kalınması gereklidir.

Hekim istemine göre ameliyatta kullanılmak üzere kan hazırlığı yapılabilir.

Bağırsak boşaltıcı lavman uygulanabilir.

Ameliyattan önceki gece duş alınması gerekmektedir.

Ameliyat sabahı damar yolu içiniz takılacak ve serum verilecektir.

Tansiyon ilacı kullanıyorsanız biraz su ile içmeniz istenecektir. Diyabet ilacınız varsa kullanılmayacaktır.

Sadece alt iç çamaşırı kalacak şekilde size verilen ameliyat önlüğü ve varis çorabını giymeniz, bone takmanız istenmektedir. Hasta bilekliği mutlaka takılı olmalıdır.

Her türlü taksit, eğer varsa işitme cihazı, takma diş ve gözlük çıkarılmalıdır. Tırnaklarınızda oje varsa çıkarılması gerekmektedir.

Acil vakalar ya da benzeri durumlar nedeniyle ameliyat ertelenebilir, bu durumda ekip tarafından size bilgi verilecektir.

## AMELİYAT SONRASI VE TABURCU OLMA

### AMELİYAT SONRASI :

Ameliyat sonrasında vücudunuzda idrar sondası, dren, damar yolu (ğnesi gibi bakım ekipmanları bulunabilir. Durumunuz düzeldikçe, ilerleyen saatlerde bu araçlar çıkarılacaktır.

Bulantı-kusma ve ağrı şikayetiniz olabilir. Hemşirenize bildirdiğinizde uygun ilaçlarla bu sorunlar önlenecektir.

Ameliyat sonrasında 6 ile 8 saat arası aç kalmamız gerekecektir. Sonrasında önce sıvı ve yumuşak besinlerle beslenecek, en kısa sürede normal beslenmeye geçilecektir.

İlk kez ayağa kalkarken hemşireniz tarafından size bilgi verilecektir.

Durumunuza göre korse ile ayağa kalkmanız önerilebilir. Bilgi vermeden ayağa kalkmanız gerekmektedir.

### TABURCULUK:

Dikişler ameliyattan 1 hafta-10 gün sonrasında alınacaktır. Yara iyileşmesi ilk 20 gün devam eder. İlk 5 gün kızamık ve şişlik olması normaldir.

Bölgenin temiz tutulması önemlidir, gerilmelerden bükülmelerden ve travmalardan korunmalıdır.

Dikişler alınana kadar yara yerini ıslatmayacak şekilde banyo yapılabilir, alindikten sonra ise tüm vücut banyo yapılabilir.

Duş şeklinde banyo yapılması tercih edilmelidir, dikiş bölgesi fazla ovalanmamalıdır.

Beden ağırlığı normal sınırlarda tutulmalı, kilo alımı ve kabızlık önlenmelidir.

Bol sıvı, bol sebze ve meyve tüketilmelidir.

İlaçlar önerilen dozlarda düzenli kullanılmalıdır.

\*Planlanan sağlık kontrollerine mutlaka gidilmelidir.\*



## Ek 6. Bilimsel Araştırmalar için Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

### BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın katılımcı,

“Lomber disk hernisi ameliyatı olan hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin ameliyat öncesi ve sonrası kaygı düzeyine, ameliyat sonrası ağrı ve memnuniyete etkisi” isimli yüksek lisans tez çalışmamız, lomber disk hernisi ameliyatı olan hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası kaygı düzeyine, ameliyat sonrası ağrı ve memnuniyete etkisini araştırmaktadır. Araştırma Gaziosmanpaşa-Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir cerrahisi servisinde yatmakta olan siz gönüllüler ile yürütülecektir. Verilen anket formlarını doldurmanız yaklaşık 10 dakikanızı almaktadır.

Lomber disk hernisi tedavisinde cerrahi girişim önemli bir yere sahiptir. Ameliyat yüksek oranda herni sorununu tedavi edebilmektedir. Cerrahi başarı oranı %90’dır. Ameliyat öncesi dönemde hastalar; ameliyat sonrası süreçte sakat kalma, çalışma gücünü kaybetme, bağımlı olma duygusu, paralizi gelişmesi, ağrı hatta ölüm korkusu yaşadıkları için kaygı düzeyi yükselebilir. Bu çalışmada ağrı, kaygı düzeyi ve memnuniyet arasındaki ilişki incelenecektir. Bu şekilde sorunlar ve ihtiyaçlar belirlenecek ve çözüm geliştirilebilecektir.

Vereceğiniz bilgiler sadece bilimsel veri oluşturmak amacıyla kullanılacaktır. Verdiğiniz bilgilerin gizliliği sağlanacak, bilgileriniz üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Araştırmadan dolayı herhangi bir risk bulunmamakta olup riskler araştırmacının sorumluluğundadır. Bununla birlikte araştırma sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için samimi cevaplar vermeniz oldukça önemlidir.

Ben .....katılmam istenen bu çalışmanın kapsamı ve amacında üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve detaylı bilgi alma fırsatını buldum. Bu koşullarda söz konusu araştırmayı kendi rızamla ve hiçbir baskı olmaksızın kabul ediyorum.

Bireyin Adı Soyadı .....

İmzası.....

Telefon ..... Adresi

.....

Tarih (gün/ay/yıl) .....

Araştırmacının Adı Soyadı

.....İmzası.....

Telefon ..... Adresi

.....

Tarih (gün/ay/yıl) .....

## Ek 7. Newcastle Memnuniyet Ölçeği Kullanım İzni

08.07.2019

Gmail - Newcastle Memnuniyet Ölçeği kullanım izni



Gökçe Karaokur <gkcekrkr@gmail.com>

### Newcastle Memnuniyet Ölçeği kullanım izni

2 ileti

Gökçe Karaokur <gkcekrkr@gmail.com>  
Alıcı: ozge.uzun@izmir.edu.tr

14 Temmuz 2016 16:40

Değerli Hocam,  
Medipol Üniversitesi Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Bölümünde Yüksek Lisans eğitiminin tez aşamasındayım. Lomber Disk Hernisi olan hastalarda ameliyat öncesi verilen eğitimin ameliyat öncesi anksiyete, ameliyat sonrası ağrı ve hasta memnuniyetine etkisi başlıklı tezimde kullanmak amacıyla "Newcastle Memnuniyet Ölçeği"ni izninizle kullanmayı planlamaktayım. Teşekkür ederim.  
Saygılar

Hem. Gökçe Karaokur

Ozge Uzun <ozge.uzun@izmir.edu.tr>  
Alıcı: Gökçe Karaokur <gkcekrkr@gmail.com>

14 Temmuz 2016 17:29

Sayın Hem. Gökçe KARAOKUR  
Taraftımdan Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan "Newcastle Hemşirelikten Memnuniyet Ölçekleri"ni tez çalışmada kullanabilirsin. Puan değerlendirmelerinde olası hataları önlemek için ölçeklerle ilgili değerlendirme önerilerini ekte gönderdim.  
Çalışmada başarılar dilerim

Prof. Dr. Özge UZUN  
Necdet Doğanata Yerleşkesi, Sağlık Bil.Fak.  
Zbeyde Hanım Mah. Başpehlivan Karaali Cd. No:379  
Örnekköy/Karşıyaka, 35570/İZMİR  
Tel:0 232 372 3535-3006 ya da 3008  
E-Mail:ozge.uzun@izmir.edu.tr

**Kimden:** Gökçe Karaokur [gkcekrkr@gmail.com]  
**Gönderildi:** 14 Temmuz 2016 Perşembe 16:40  
**Kime:** Ozge Uzun  
**Konu:** Newcastle Memnuniyet Ölçeği kullanım izni

[Alınılan metin gizlendi]

1. newcastle puan örnek açıklama.doc  
61K

## Ek 8. Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kurum Onayı



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 16867222-604.01.01  
Konu : Gökçe KARAOKUR'un  
Araştırma İzni Hk.

### TAKSİM EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

İlgi : a) 23/10/2018 tarihli ve 71211201-46992 sayılı yazı.  
b) 09/11/2018 tarihli ve 45793301-604.02.99-13854 sayılı yazı.

İlgi a) sayılı yazı ile İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik ABD Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi Gökçe KARAOKUR'un, Dr. Öğr. Üyesi Selda RIZALAR'ın danışmanlığında yürütülecek; "Lomber Disk Hernisi Ameliyatı Olan Hastalara Ameliyat Öncesi Verilen Eğitimin Ameliyat Öncesi ve Sonrası Kaygı Düzeyine Ameliyat Sonrası Ağrı ve Memnuniyete Etkisi" konulu çalışmasını, ilgi b) sayılı yazımızda geçen uygun görüşleriniz ile Müdürlüğümüzce onaylanmış olup, araştırmanın yürütülmesi esnasında adı geçene gerekli kolaylığın gösterilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır.  
Dt. Şule TUYGUN  
Başkan a.  
Başkan Yardımcısı

Seyitmizam Mah. Mevlana Cd. No:85, 34015 Kat: 1 Oda No: 102 Zeytinburnu/İst.

Sağlığın Geliştirilmesi Birimi

Faks No:

e-Posta: arzu.sarmusak@saglik.gov.tr İnt. Adresi: www.istanbul saglik.gov.tr

Bilgi için: Arzu SARMUSAK

Unvan: FİRMA

Telefon No: 0212 638 33 99 - 3102

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d825c056-5999-4baa-92ef-7916f5835f90 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.





T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TAKSİM EĞİTİM VE  
ARAŞTIRMA HASTAHANESİ - T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
TAKSİM EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTAHANESİ  
09/11/2018 18:36 - 45793301 - 604.02.99 - E.13824  
0080534953

T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 45793301-604.02.99  
Konu : Gökçe KARAOKUR'un Araştırma  
İzni.Hk.

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE  
(Sağlığın Geliştirilmesi Birimi)

İlgi : 01/11/2018 tarihli ve 16867222-604.02.99-3396 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazıya istinaden; Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi Gökçe KARAOKUR'un "Lomber Disk Hernisi Ameliyatı Olan Hastalara Ameliyat Öncesi Verilen Eğitimin Ameliyat Öncesi ve Sonrası Kaygı Düzeyine, Ameliyat Sonrası Ağrı ve Memnuniyete Etkisi" konulu tez çalışmasını kurumumuzda yapması uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

e-İmzalıdır.  
Doç. Dr. Savaş ÖZTÜRK  
Başhekim

Karayolları Mah. Osmanbey Cad. 621 Sok. No.10 Gaziosmanpaşa/ İSTANBUL  
Faks No:  
e-Posta: ebru.polattimur@saglik.gov.tr İnt. Adresi: www.taksimhastanesi.gov.tr

Bilgi için: Ebru POLATTİMUR  
Unvan: HEMŞİRE  
Telefon No: 0212 945 30 00-51 15

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 2e9da604-ab0a-4d18-a157-3057b500adb4 koda ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## 11. ETİK KURUL ONAYI



T.C.  
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.44279  
Konu : Etik Kurulu Kararı

30/11/2017

Sayın Gökçe KARAOKUR

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğumuz “Lomber disk hernisi ameliyatı olan hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin ameliyat öncesi ve sonrası kaygı düzeyine, ameliyat sonrası ağrı ve memnuniyete etkisi” isimli başvurumuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar  
Etik Kurulu Başkanı

Ek:  
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 30.11.2017 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağımıza <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden E7E0F7FFX7 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi  
Kavacak Mah. Ekinciler Cad.No:19 Kavacak Kavşağı 34810  
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44  
İnternet: [www.medipol.edu.tr](http://www.medipol.edu.tr)  
Ayrıntılı Bilgi İçin : [bilgi@medipol.edu.tr](mailto:bilgi@medipol.edu.tr)





İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU KARAR FORMU

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Lomber disk hernisi ameliyatı olan hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin ameliyat öncesi ve sonrası kaygı düzeyine, ameliyat sonrası ağrı ve memnuniyete etkisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Gökçe KARAOKUR			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	14.11.2017		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	14.11.2017		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
Karar Bilgileri	<b>Karar No: 497</b>	<b>Tarih: 29/11/2017</b>		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna “oybirliği” ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

\* :Toplantıda Bulunma

## 12. ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Gökçe	<b>Soyadı</b>	Karaokur
<b>Doğ.Yeri</b>	Karacabey	<b>Doğ.Tar.</b>	01.03.1989
<b>Uyruğu</b>	TC	<b>TC Kim No</b>	
<b>Email</b>	karaokurgokce@gmail.com	<b>Tel</b>	

### Eğitim Düzeyi

	<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mez. Yılı</b>
<b>Yük.Lis.</b>	Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2019
<b>Lisans</b>	Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	2012
<b>Lise</b>	Karacabey Anadolu Lisesi	2007

### İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre (Yıl - Yıl)</b>
1.	Sorumlu Hemşire (Nöroşirurji)	Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2017-2019
2.	Hemşire	Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2013-2017

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

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

	<b>Sayısal</b>	<b>Eşit Ağırlık</b>	<b>Sözel</b>
<b>ALES Puanı</b>	75,33074	72,03498	58,35309
<b>(Diğer) Puanı</b>			

### Bilgisayar Bilgisi

<b>Program</b>	<b>Kullanma becerisi</b>
Microsoft Office	iyi
SPSS	iyi

## Uluslararası ve Ulusal Yayınlar / Sertifikalar / Ödüller / Bildiriler

### Sertifika ve Katılım Belgeleri

- Nursing in an International Context - Leadership and Management in Nursing  
Utrecht University , The Netherlands 2011
- İlaç Dozu Hesaplama Becerileri Web Tabanlı Eğitimi -Hacettepe Üniversitesi,  
Ankara 2012
- Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi Eğitim Tatbikatı - İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü,  
Afetlerde Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü, İstanbul 2015
- Afetlerde Psikososyal Hizmetler Geliştirme Eğitimi - İstanbul İl Sağlık  
Müdürlüğü, Afetlerde Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü, İstanbul 2015
- Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi Geliştirme Eğitimleri - İstanbul İl Sağlık  
Müdürlüğü, Afetlerde Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü, İstanbul 2016
- Yoğunbakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı  
T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
İstanbul 2016
- Klinikte Kan Bileşenleri Kullanımı Eğitimi, Türkiye Kan Vakfı ve Türkiye Kan  
Merkezleri ve Transfüzyon Derneği, İstanbul 2017.
- 1. Palyatif Bakım Sempozyumu, Üsküdar Devlet Hastanesi, İstanbul 2017
- Biyoistatistik Yöntemler, Spss Kullanımı, Sci ve Sci Expanded Dergiler İçin  
Bilimsel Yayın Oluşturma Eğitimi – Biruni Üniversitesi, İstanbul 2018.
- 1. Hipofiz Hastalıklarında Hemşirelik Bakımı Kursu, İstanbul Üniversitesi  
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul 2018.
- 1. Psikiyatri Hemşireliği Günleri, Fransız Lape Hastanesi, İstanbul 2018
- 14. Ulusal Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Kongresi ,Türk Nöroşirürji Derneği  
Antalya- 2018

### Bildiriler

- 14. Ulusal Uluslararası Katılımlı Nöroşirürji Hemşireliği Kongresi “Lomber disk  
hernisinde hastanede kalma süresinin non-steroidal anti-inflamatuar ilaç kullanım  
düzeyine ve taburculuk sonrası yaşam kalitesine etkisi” (Poster Bildirisi) (2018-  
Antalya)