

**DAMLA
KAYA**

**LOMBER DİSK HERNİ TANILI BİREYLERDE YAŞANAN AĞRININ
ÖZBAKIM GÜCÜNE ETKİSİ VE BİREYLERİN AĞRI İLE BAŞ ETME
YÖNTEMLERİ**

**CÜSBE
SİVAS
2019**



T.C.

SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**Lomber Disk Herni Tanılı Bireylerde Yaşanan Ağrının Özbakım
Gücüne Etkisi ve Bireylerin Ağrı İle Baş Etme Yöntemleri**

DAMLA KAYA

YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANA BİLİM DALI

SIVAS-2019

T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**Lomber Disk Herni Tanılı Bireylerde Yaşanan Ağrının Özbakım
Gücüne Etkisi ve Bireylerin Ağrı İle Baş Etme Yöntemleri**

DAMLA KAYA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ESASLARI

ANA BİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. ŞERİFE KARAGÖZOĞLU

SİVAS-2019

“Lomber Disk Herni Tanılı Bireylerde Yaşanan Ağrının Özbakım Gücüne Etkisi ve Bireylerin Ağrı İle Baş Etme Yöntemleri” adlı **Yüksek Lisans** Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik Esasları** Ana Bilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan _____

Üye _____

Üye _____

ONAY

Bu tez çalışması, Tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyda AKIN POLAT

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MÜDÜRÜ

Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

ÖZET

Lomber Disk Herni Tanılı Bireylerde Yaşanan Ağrının Özbakım Gücüne Etkisi ve Bireylerin Ağrı İle Baş Etme Yöntemleri

DAMLA KAYA

YÜKSEK LİSANS Tezi

Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Şerife Karagözoğlu

2019, viii+70

Çalışma lomber disk herni tanılı bireylerde yaşanan ağrının özbakım gücüne etkisini ve bireylerin ağrı ile baş etme yöntemlerini değerlendirmek amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın evrenini Sivas ilinde bir üniversite hastanesinin Beyin ve Sinir Cerrahisi polikliniğe 15 Mart–31 Mayıs 2019 tarihleri arasında başvurmuş ve lomber disk herni tanısı ile kliniğe yatışı yapılmış, henüz cerrahi girişim uygulanmamış 57'si kadın 43'ü erkek 100 hasta oluşturmuştur. Çalışma verilerinin toplanmasında; Hasta Tanıtım Formu, Visual Ağrı Skalası, araştırmacılar tarafından oluşturulan Ağrı ile Baş Etme Yöntemleri Formu ve Özbakım Gücü Ölçeği kullanılmıştır. Veriler SPSS 22.0 paket programına yüklenmiş ve istatistiksel analizde Kolmogorov-Smirnov, Varyans analizi, Tukey testi kullanılmış ve yanılma düzeyi 0.05 alınmıştır. Çalışmamızda ameliyat olmamış lomber disk herni tanılı hastaların ağrı puan ortalaması 6.24 ve özbakım gücü puan ortalaması 97.09 olup, ağrı ile özbakım gücü arasında negatif yönlü güçlü bir ilişki bulunmuştur ($r=-0.773$; $p=0.000$). Bu bulguya göre çalışma kapsamında yer alan lomber disk herni tanılı hastaların ağrısı arttığında özbakım gücü azalmaktadır. Katılımcıların eğitim durumuna göre özbakım gücü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuş olup ($p<0.05$), okur-yazar olan hastaların özbakım gücü üniversite mezunu olan hastalara kıyasla daha düşüktür. Katılımcıların ağrı ile baş etmede en çok tercih ettiği yöntem %84 oranında ağrı kesici ilaç kullanımı, en az tercih edilen ağrı giderme yöntemi %1 oranında akupunktur yaptırmak olmuştur. Çalışmamızda lomber disk hernili hastalarda ağrının azaltılması ile özbakım gücünün artırılacağı sonucu dikkate alınarak sağlık profesyonellerine ağrıyı azaltma yöntemleri ve özbakım gücünü artırmaya yönelik girişimler hakkında hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Lomber Disk Herni, Ağrı, Özbakım Gücü, Ağrı ile Baş Etme, Hemşirelik

ABSTRACT

The Effect of Pain on Self Care Agency in Individuals with Lumbar Disc Hernia and Methods of Coping with Pain

DAMLA KAYA

MASTER Thesis

Department of Principles of Nursing

Supervisor: Prof. Dr. Şerife Karagözoğlu

2019, viii+70

This study was carried out as sectional and descriptive to evaluate the effect of pain in individuals with lumbar disc hernia on self-care agency and the methods of coping with pain. The population of the study consists of 100 patients (57 females and 43 males) admitted to the outpatient clinic of a university hospital in Sivas province with the diagnosis of lumbar disc hernia between March 15 - May 31 2019. While collecting the data of the study; Patient Introduction Form, Visual Analog Scale, Pain Coping Methods Form created by the researchers and Self-Care Agency Scale were used. In our study, the mean of pain score of patients with lumbar disc herniation was 6.24 and the mean score of self-care agency was 97.09. A strong negative correlation was found between pain and self-care agency ($r=-0.773$; $p=0.000$). According to this finding, when the pain of patients increases, self-care agency decreases. A statistically significant difference was found between the self-care agency of the participants and their educational level ($p<0.05$). Participant's most preferred method of coping with pain was the use of pain medication with a rate of 84%, the least preferred method was acupuncture with a rate of 1%. In our study, considering the result of increasing the self-care agency by reducing the pain in patients with lumbar disc herniation, it has been proposed to organize in-service training programs for neurosurgery specialists and especially nurses in this field about pain reduction methods and attempts to increase self-care agency.

Keywords: Lumbar Disc Herniation, Pain, Self-Care Agency, Coping with Pain, Nursing

Teşekkür Yazısı

Tez çalışmamın gerçekleştirilmesinde, değerli bilgilerini benimle paylaşan, kendisine ne zaman danışsam bana kıymetli zamanını ayırıp sabırla ve büyük bir ilgiyle bana faydalı olabilmek için elinden gelenden fazlasını sunan her sorun yaşadığımda yanına çekinmeden gidebildiğim, güler yüzünü ve samimiyetini benden esirgemeyen kıymetli ve danışman hoca statüsünü hakkıyla yerine getiren Prof.Dr. Şerife Karagözoğlu'na sonsuz teşekkür ediyorum.

Tezimin istatistiksel yorumuna katkılarından dolayı Sayın Yrd. Doç. Dr. Ziyet ÇINAR'a teşekkür ederim.

Beni bugüne kadar yetiştiren, büyüten, her zaman kale gibi arkamda dimdik duran, sevgisini hiç esirgemeyen, elleri hep üzerimde olan canım babam Halil İbrahim Yılmaz'a ve annem Hülya Yılmaz'a sonsuz teşekkür ederim. Ayrıca canım anneme tez çalışmam süresi boyunca çocuklarımla ilgilenip, maddi manevi desteğini esirgemeyerek işimi fazlasıyla kolaylaştırdığı için minnettarım.

Dünyanın en iyi kardeşi diyebileceğim, benden kilometrelerce uzakta olsa bile varlığını hep kalbimde hissettiğim, canım kardeşim, sırdaşım, en iyi arkadaşım Duygu Yılmaz Yaylacı'ya sevgisini ve desteğini hep hissettirdiği için sonsuz teşekkür ederim.

Diğer yarım, varlığına her zaman şükrettiğim, çocuklarımla babası, sevgili eşim İsmail Kaya'ya tez çalışmam boyunca maddi ve manevi desteğini hiç esirgemediği, her durumda yanımda olduğunu hissettirdiği için yürekten teşekkür ederim.

Sanırım en büyük teşekkürü hak eden iki insan... Oğlum Barbaros KAYA ve kızım Duru KAYA. Bu süreçte benden kucak dolusu sevginizi, tatlı dilinizi, mis kokunuzu esirgemediğiniz için minnettarım.

Tezimin yazımı esnasında değerli bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, bu süreçte yanımda olarak maddi manevi yardımını esirgemeyen eşimin kardeşi, benim ablam olan Fidan GÜLAĞIZ'a sonsuz teşekkür ederim.

İçindekiler

Sayfa No

| | |
|--|-------------|
| ÖZET | i |
| ABSTRACT | ii |
| TEŞEKKÜR | iii |
| İÇİNDEKİLER DİZİNİ | iv |
| TABLolar DİZİNİ | vi |
| ŞEKİLLER DİZİNİ | vii |
| KISALTMALAR DİZİNİ | viii |
| 1.GİRİŞ | 1 |
| 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi..... | 1 |
| 1.2. Araştırmanın Amacı..... | 5 |
| 1.3. Araştırmanın Sorusu..... | 5 |
| 2.GENEL BİLGİLER | 6 |
| 2.1. Lomber Disk Hernisi..... | 6 |
| 2.1.1. Vertebral Kolon ve Diskin Anatomik Yapısı..... | 6 |
| 2.1.2. Lomber Disk Hernisinin Tanımı ve Fizyopatolojisi..... | 11 |
| 2.1.3. Lomber Disk Hernisinin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri | 12 |
| 2.1.4. Lomber Disk Hernisinde Klinik Belirti ve Bulgular..... | 12 |
| 2.1.5. Lomber Disk Hernisinde Tanı Yöntemleri..... | 13 |
| 2.1.6. Lomber Disk Hernisinde Tedavi Yöntemleri | 15 |
| 2.2. Lomber Disk Herni ve Ağrı..... | 19 |
| 2.2.1. Ağrı ve Tanımı..... | 19 |
| 2.2.2. Ağrının Sınıflaması..... | 20 |
| 2.2.3. Ağrı Mekanizması ve Nörofizyolojisi..... | 22 |
| 2.2.4. Ağrı Teorileri..... | 22 |
| 2.2.5. Ağrı Tedavi Yöntemleri..... | 24 |
| 2.2.6. Lomber Disk Hernide Ağrı..... | 26 |
| 2.3. Lomber Disk Hernide Ağrı ile Baş Etme Yöntemleri..... | 26 |
| 2.4. Lomber Disk Herni ve Özbakım Gücü..... | 27 |
| 2.4.1. Özbakım Gücü Tanımı ve Önemi | 27 |
| 2.5. Lomber Disk Hernide Hemşirelik Bakımı..... | 29 |

| | |
|--|----|
| 3.GEREÇ VE YÖNTEM | 34 |
| 3.1. Araştırmanın Tipi..... | 34 |
| 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri..... | 34 |
| 3.3. Araştırmanın Evreni..... | 34 |
| 3.4. Araştırmanın Örneklemi..... | 34 |
| 3.5. Veri Toplama Araçları..... | 34 |
| 3.6. Verilerin Toplanması..... | 36 |
| 3.7. Verilerin Değerlendirilmesi..... | 36 |
| 3.8. Araştırmanın Etik Yönü..... | 37 |
| 3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları..... | 37 |
| 4.BULGULAR | 38 |
| 5.TARTIŞMA | 48 |
| 6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER | 51 |
| 6.1. Sonuçlar..... | 51 |
| 6.2. Öneriler..... | 53 |
| 7. KAYNAKLAR | 54 |
| EKLER | 60 |
| EK- 1. Hasta Tanıtım Formu..... | 60 |
| EK- 2. Visual Ağrı Skalası..... | 61 |
| EK -3. Ağrı ile Baş Etme Yöntemleri Formu..... | 62 |
| EK -4. Özbakım Gücü Ölçeği | 63 |
| EK-5. Bilgilendirilmiş Olur Formu..... | 65 |
| İZİNLER | 67 |
| EK-6. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı Kurul Kararı | 67 |
| EK-7. Kurum İzni..... | 69 |
| ÖZGEÇMİŞ | 70 |

Tablolar Dizini

| | <u>Sayfa No</u> |
|--|-----------------|
| Tablo 4.1. Çalışmaya Katılan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı..... | 38 |
| Tablo 4.2. Lomber Disk Hernili Bireylerin Visual Analog Skala ve Özbakım Gücü Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı..... | 40 |
| Tablo 4.3. Visual Analog Skala ve Özbakım Gücü Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki..... | 40 |
| Tablo 4.4. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ağrı ve Özbakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı | 41 |
| Tablo 4.5. Bireylerin Ağrı ile Baş Etme Yöntemleri | 44 |
| Tablo 4.6. Bireylerin Ağrı ile Baş Etme Yöntemlerine Göre Ağrı ve Özbakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı..... | 46 |

Şekiller Dizini

| | <u>Sayfa No</u> |
|---|-----------------|
| Şekil1: Vertebral Kolon | 6 |
| Şekil 2: Vertebral Kavisler | 7 |
| Şekil 3: Tipik Bir Vertebra | 8 |
| Şekil 4: Servikal Vertebra..... | 8 |
| Şekil 5: Atlas ve Axis | 9 |
| Şekil 6: Torakal Vertebra | 9 |
| Şekil 7: Foramen İntervertebral | 10 |
| Şekil 8: Lomber Disk Herni Oluşumu | 12 |
| Şekil 9: Lomber Disk Hernide Radikülopatik Ağrının Yayılım Alanları | 13 |
| Şekil 10: Kapı Kontrol Teorisi Mekanizması..... | 23 |

Kısaltmalar Dizini

| | |
|------------|-------------------------------|
| MRG | Magnetik Rezonans Görüntüleme |
| BT | Bilgisayarlı Tomografi |
| LDH | Lomber Disk Herni |
| ESE | Epidural Steroid Enjeksiyon |
| SG | Substansia Gelatinosa |
| T | Transmisyon Hücreleri |
| VAS | Visual Ağrı Skalası |

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Bel ağrısı, bacak ağrısıyla birlikte veya bacak ağrısı olmadan, on ikinci kosta ile inferior gluteal katlantılar arasındaki bölgenin ağrısıdır. Bel ağrısı toplumda sık görülen bir kas iskelet sistemi sorunudur. Dünyada üst solunum yolu enfeksiyonlarından sonra hastaneye başvurunun en sık sebebidir (Özgen, 2019). Batı ülkelerinde tahmini yıllık insidansa bakıldığında 1000 yetişkinin beşinde bel ağrısı görülmektedir (Soleimani vd., 2013).

Bel ağrısı çoğu zaman kas iskelet sistemine ait yapılardan kaynaklanmakla birlikte, inflamatuvar, enfeksiyöz, metabolik, neoplastik, vasküler, dejeneratif, travmatik, psikonejik veya visseral pek çok nedene bağlı olabilir. Bu sebeple hastalarda bel ağrısının etiyolojisini belirlemek, ağrının kaynağını ortaya çıkarmak şarttır. Disk dejenerasyonları disk hernileri gibi hastalıklar en sık karşılaşılan etiyolojik nedenler arasında bulunurlar. Lomber bölge, hem tüm gövdenin ağırlığını taşıması, hem de her yöne hareketin olduğu bir alan olması nedeniyle disk hernilerin en sık görüldüğü yerlerden biridir (Akbay vd., 2004). Lomber disk hernisi pratik anlamda nükleus pulposusun annulus fibrosustaki yırtıktan spinal kanala doğru herniye olmasıdır (Toplamaoğlu, 2005; Coşan, 2004).

Lomber disk herni hastalarında ilk görülen semptom bel ağrısıdır. Lomber disk hernilerinde başlangıçta görülen aksiyel ağrı bazen haftalarca sürebilir (Akbay vd., 2004). Tablonun aniden kötüleşmesi bir travma, ani hareket (özellikle rotasyonel) veya ağır kaldırmaya bağlı olabildiği gibi, herhangi bir neden olmaksızın ani başlayan radiküler ağrı da ortaya çıkabilir (Aydoğan ve Sarı, 2015). Ağrı bazen hareketi engelleyecek kadar şiddetlidir ve paravertebral adale spazmına sebep olabilir. Ağrı karakteristik olarak oturmak, dolaşmak, öksürmek, hapşırma ve gerinmek ile artar (Dönmez vd., 2010). Radiküler ağrıdan sonra herniye olan intervertebral diskin komprese ettiği sinir köküne ait semptomlar ortaya çıkmaya başlar (Akbay vd., 2004). Bası altında olan kökler L5 veya S1 ise dermatomal farklılıklar olsa da, ön planda siyatik yakınmalar mevcuttur. Kas gücü kaybı, ayak ve ayak bileği düzeyinde değerlendirilir. L2, L3 ve L4 köklerine olan basılarda ise, hastada daha çok, femoral sinir trasesinde, uylukta lokalize ağrı, kuadrisepte güçsüzlük, dizde boşalma hissi ön plandadır (Akbay vd., 2004; Aydoğan ve Sarı, 2015; Coşan, 2004). Hastaların bir kısmında hafif üriner semptomlar olabilir. Sık idrara çıkmak, idrar yapmaya başlarken zorlanmak, idrar kaçırmaya başlıca şikayetlerdendir (Akbay vd., 2004).

Lomber disk hernisi tanılı bireylerde hastalık belirti ve bulgularının türü, şiddeti, lokalizasyonu ve semptomlarını artıran ya da azaltan faktörler farklılık gösterebilmektedir. Hastalarda en sık görülen belirti ve bulgu bel ve bacak ağrısıdır (Bayraktar, 2016; Erdil, 2012; Karabekir vd., 2007; Öztekin ve Sunal, 2015). En sık görüldüğü yaş aralığı 30–55 olup, bu yaş aralığı iş hayatının aktif olduğu dönemdir. Sosyoekonomik olarak bakıldığında bel ağrıları çok önemli iş gücü kaybı nedenidir (Şavluk ve Arbaş, 2012). Yaşanan ağrının şiddetini azaltmamak veya ağrıyı giderememek yani ağrı ile etkin baş edememek günlük hayatın aksaması ve sorumlulukların yerine getirilememesine yol açarak bireyin özbakım gücünü de azaltabilmektedir.

Özbakım, insanın yaşamını, sağlık ve iyilik halini devam ettirebilmesi için kendisi tarafından gerçekleştirilen eylemler olarak tanımlanmaktadır (Altay ve Avcı, 2009; Öztürk ve Karataş, 2008; Ergin vd., 2011). Yaş, gelişimsel durum, yaşam deneyimi, sosyokültürel durum, sağlık ve mevcut kaynaklar, bireyin özbakım yeteneğini belirleyen faktörlerdir. Orem (2001)'in kuramında özbakım gücü insanın kendisinin ve başkalarının özbakımını yapacak ve gereksinimlerini belirleyecek güce sahip olması olarak tanımlanmış ve bu gücün bireysel farklılıklar gösterebileceği belirtilmiştir. Orem'e göre özbakım gücü bireyin bulunduğu çevreden edinilir ve çevre özbakım gücünü etkiler (Orem, 2001). Temel insan gereksinimleri etkili şekilde karşılandığı zaman özbakım, sağlığı ve iyiliği destekler. Kısaca sağlıklı bir bireyin temel gereksinimlerini karşılayabilmesi için yeterli özbakım gücüne sahip olması gerekir (Bakoğlu ve Yetkin, 2000). Sağlık ve özbakım davranışı arasında sıkı bir ilişki vardır. Özbakım yerine getirildiğinde, sağlık ve iyilik halinin gelişmesine katkıda bulunur (Parissopoulos ve Kotzabassaki, 2004). Birey herhangi bir sağlık sorunuyla karşılaştığında özbakım gereksinimi daha da ön plana çıkmaktadır (Callaghan, 2003). Özbakım yerine getirildiğinde sağlık ve iyilik halinin gelişmesine katkı sağlar. Lomber disk hernisi olan bireylerde yaşanan ağrı ve diğer semptomlardan (kas gücü kaybı, sık idrara çıkma, idrar kaçırma) dolayı özbakım gücünde azalma meydana gelebilir.

Ağrının genel ve psikolojik sağlığı, ekonomiyi etkilediği, kişinin işe gitmediği gün sayısını arttırdığı ve ağrı yaşayan bireylerin ağrı yaşamayanlara göre hastaneye daha fazla başvurduğu bilinmektedir (Birge ve Mollaoğlu, 2018). Ayrıca yaşanan ağrı bazen bireyin en temel günlük gereksinimlerini engelleyecek ve bireyi bu temel faaliyetler için başka kimselere bağımlı kılacak kadar şiddetli de olabilmektedir. Günümüzde ağrı yönetiminde yaygın olarak analjezik ilaçlar kullanılmaktadır. Analjezik tedavisi, hızlı etki göstermesi ve kolay ulaşılabilir ve uygulanabilir olması sebebiyle ağrının giderilmesinde en çok tercih edilen tedavi yöntemidir. Ancak analjeziklerin bilinçsiz ve çok kullanılmasının birey ve ülke ekonomisine

getirdiği yük, bazı fizyolojik fonksiyonlara olumsuz etkisi ve özellikle narkotiklerin kullanıldığı durumlarda dozun artırılmasıyla tolerans gelişmesi gibi olumsuz yan etkilere neden olduğu bilinmektedir (Tercan, 2015; Özel vd., 2014). Bahsedilen tüm bu sebeplerden dolayı ağrı ile etkin ve doğru baş etmenin önemi ortaya çıkmaktadır. Ağrının kontrolü ve giderilmesinde hemşirelik yaklaşımlarının ilaç uygulamaları kadar etkili olduğu belirtilmektedir. Ağrılı hastanın bakımında önemli sorumluluklar üstlenen hemşirenin, ağrının kontrolü ve giderilmesinde yardımcı olabilmesi için hastaların ağrı davranışlarının ve hemşirelerin ağrılı hastayı nasıl tanımladıklarının bilinmesi gerekmektedir (Özel vd., 2014). Ağrı tedavisinde hemşirenin yapması gereken tedaviye etkin olarak katılması, tedavi sonucunu izlemesi, farmakolojik olmayan yöntemler kullanarak ağrıyı yaşanabilir sınırlar için tutması, hastaya ağrı ile başa çıkma yöntemlerini öğretmesi ve hastanın uygulaması için cesaretlendirmesidir (Çöçelli vd., 2008). Ağrı ile baş etmede ilaç ve ilaç dışı yöntemler kullanılmaktadır. İlaç tedavisinde opioid ve opioid olmayan analjezikler, nöropsikiyatrik ilaçlar, nonsteroid anti-inflamatuarlar ve opioidler kullanılmaktadır. Sıcak-soğuk uygulama, akupunktur, egzersiz, masaj, hidroterapi, kas gevşemesi, dikkati başka yöne çekme, meditasyon, hipnoz, aromaterapi, müzik terapi, refleksoloji ağrıyı gidermede kullanılan ilaç dışı yöntemler arasındadır (Uzunçakmak ve Kılıç, 2017).

Literatürde lomber disk herni hastalarında ağrı düzeylerini inceleyen çalışmalar mevcuttur (Akca vd., 2013; Bahçeli, 2014; Köse vd., 2013; Yılmaz, 2017; Yılmaz vd., 2018). Akca vd. (2013) tarafından yapılan bir çalışmada hastaların ağrı düzeylerinin yüksek, vücut mekanikleri bilgi puanlarının orta düzeyde olduğu saptanmış ve hastaların vücut mekanikleri hakkında bilgi puanları azaldıkça ağrı düzeylerinin arttığı belirlenmiştir. Lomber disk herni hastalarında ağrı düzeyini inceleyen diğer çalışmalarda, Köse vd (2013) VAS ortalamasını 7.3 bulmuş, Yılmaz vd (2018) VAS ortalamasını 6.3 bulmuş, Yılmaz (2017) %40,2 oranında hastanın ağrı skorunun 7–8, %27,2 oranında hastanın ağrı skorunun 9–10 olduğunu bulmuştur.

Literatürde lomber disk herni tanılı hastalarda ağrının günlük yaşam aktivitesi üzerine etkisini inceleyen çalışmalar mevcuttur (Köse vd., 2018; Yılmaz vd., 2018). Köse vd. (2018) tarafından yapılan bir çalışmada, hissedilen ağrı şiddeti arttıkça günlük yaşam aktivitelerindeki kısıtlılık ve uyku kalitesindeki bozulmanın direk olarak etkilendiği ve arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Yılmaz vd (2018) tarafından yapılan bir başka çalışmada lomber disk hernisi olan bireylerin yaşam kalitelerinin ve fiziksel aktivite düzeylerinin düşük, ağrı düzeylerinin orta ve fonksiyonel yetersizliklerinin ciddi düzeyde olduğu saptanmıştır.

Literatürde lomber disk herni tanılı bireylerin kullandıkları tamamlayıcı yaklaşımların ağrı üzerine etkisini araştıran çalışmalar mevcuttur (Sınmaz, 2018; Yılmaz, 2017; Birge ve Mollaoğlu, 2018; Çilingir vd., 2014; Karadağ vd., 2016; Soleimani, 2013). Yılmaz (2017) tarafından yapılan el ve boyun fitiği olan hastaların ameliyat öncesi ağrı gidermede kullandıkları tamamlayıcı yaklaşımların incelendiği bir çalışmada hastaların ameliyat öncesi ağrılarını gidermede tamamlayıcı yöntemlere başvurduğu ve en sık kullanılan tamamlayıcı yöntemin halk dilinde ‘bel çekme’ olarak adlandırılan traksiyon yöntemi olduğu bulunmuştur. Soleimani vd. (2013) tarafından yapılan akut lomber disk herniasyonunda konservatif tedavi yöntemlerinin incelendiği diğer bir çalışmada ise konservatif tedavinin kayda değer bir yan etki olmaksızın ağrıyı rahatlama ve maluliyeti azaltmaya belirgin bir katkı sağladığı sonucuna ulaşılmıştır.

Literatürde ağrı yönetimi ile ilgili yapılmış bir çalışmada Hong Kong’da bulunan sekiz üniversiteden dahil edilen öğrencilerin ağrı anında reçetesiz ağrı kesici ilaç kullanımının çok yüksek olduğu bulunmuştur (Tse vd., 2017). Sınmaz (2018) tarafından yapılan lomber disk herni ve ağrı deneyimi ile ilgili bir çalışmada hastaların yarısından fazlasının ağrıyla baş etmek için ameliyat öncesi dönemde ağrı kesici ilaç kullandıkları ve en sık kullanılan ağrı kesicinin NSAİ grubu analjezikler olduğu belirlenmiştir. Yapılan başka bir çalışmada Avustralya’daki hastaların ağrı tedavisi için % 86.1’inin ilaç kullandığı ve üçte birinin farmakolojik olmayan tedavi kullandığı bulunmuştur (Henderson vd., 2013).

Literatürde lomber disk herni ve özbakım gücü arasındaki ilişkiyi inceleyen sadece bir çalışmaya rastlanılmıştır. Irmak (2016) tarafından lomber disk herni nedeniyle ameliyat olan hastalarda hastalık algısının özbakım gücüne etkisinin incelendiği çalışmada hastalarda hastalık algısı ve özbakım gücü arasında negatif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur.

Literatürde lomber disk herni tanılı bireylerde yaşanan ağrının özbakım gücüne etkisi ve bireylerin ağrı ile baş etme yöntemleri ile ilgili iki parametrenin birlikte incelendiği bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Ancak literatür sonuçlarına göre lomber disk herni hastalarının ağrı puan ortalamalarının orta seviyenin üzerinde olmasından ve lomber disk herni hastalarının yaşadığı diğer semptomlardan (şiddetli olabilen bel ve bacak ağrısı, ayakta oluşabilecek güçsüzlük, uyuşukluk, sık idrara çıkma, idrar kaçırma) dolayı özbakım gücünde azalma meydana gelebileceği öngörülmektedir. Bu sonucun ortaya çıkması halinde, ağrının azaltılması dolayısıyla özbakım gücünün artırılması için doğru ve etkin ağrı ile baş etme yöntemlerinin kullanılması daha da önem kazanmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Çalışmamızın amacı lomber disk herni tanılı bireylerde yaşanan ağrının özbakım gücüne etkisini ve bireylerin ağrı ile baş etme yöntemlerini araştırmaktır.

1.3. Araştırmanın Sorusu

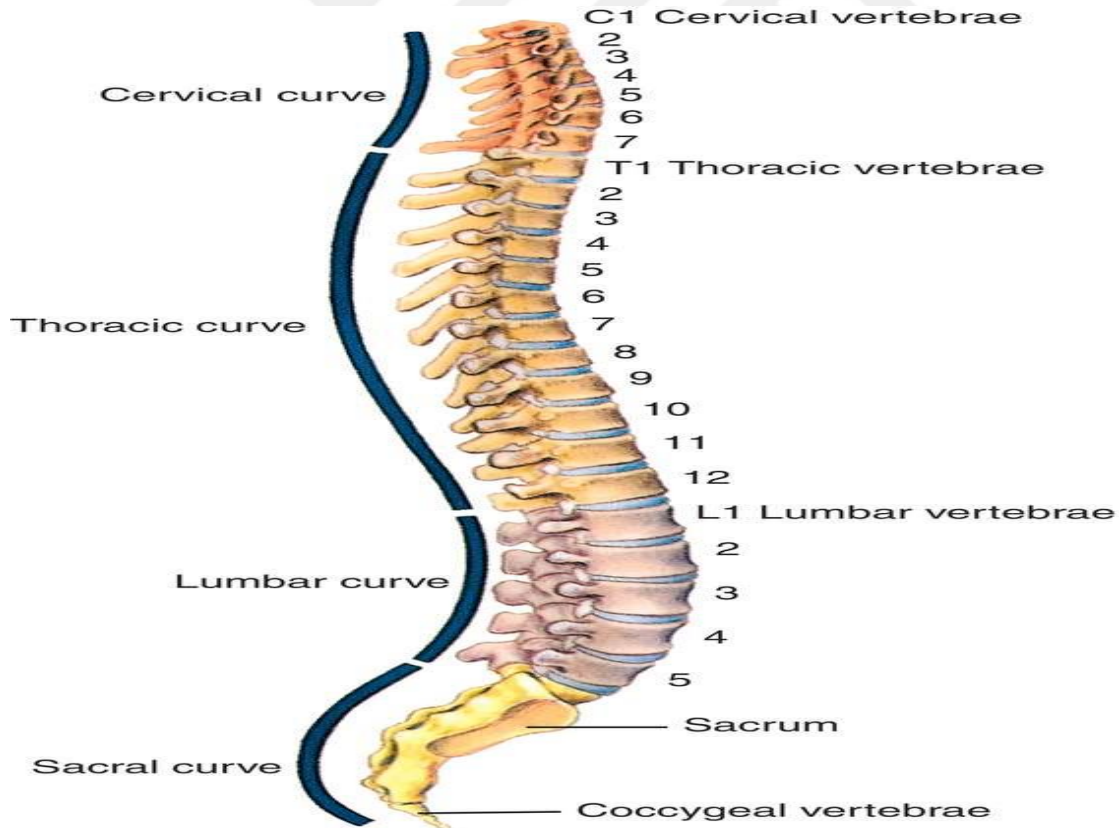
- Lomber disk herni tanılı bireylerde ağrı ne düzeydedir?
- Lomber disk herni tanılı bireylerde özbakım gücü ne düzeydedir?
- Lomber disk herni tanılı bireylerde yaşanan ağrının özbakım gücüne etkisi var mı?
- Bireylerin ağrı ile baş etme yöntemleri nelerdir?
- Bireylerin ağrı ile baş etme yöntemlerine göre ağrı düzeyi nedir?
- Bireylerin ağrı ile baş etme yöntemlerine göre özbakım gücü ne düzeydedir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Lomber Disk Hernisi

2.1.1. Vertebral Kolon ve Diskin Anatomik Yapısı

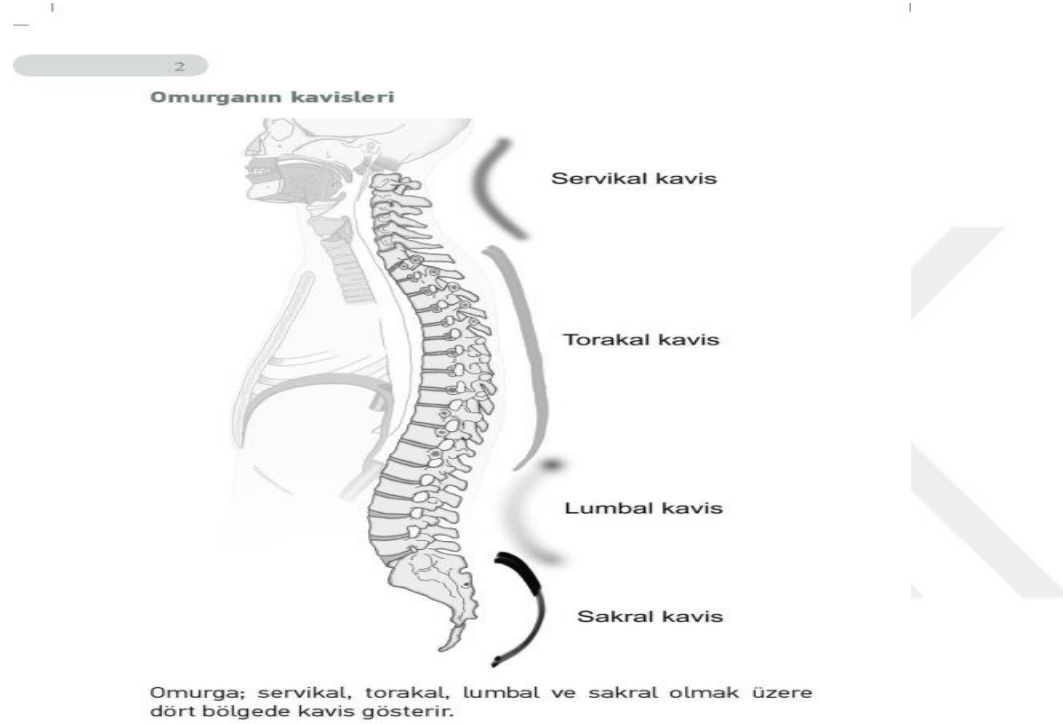
Vertebral kolon, 33–34 tane vertebra ve aralarında yer alan discus intervertebralislerin üst üste sıralanması ile oluşmuş bir sütundur. Vertebral kolon vücudun arka ve orta kısmında bulunur. Toraks ve kafatası arasında 7 servikal vertebra yer alır. Torakal bölgede 12 adet vertebra yer alır ve bu vertebra diğerlerinden ayıran en önemli özellik kaburgalarla eklem yapmalarıdır. Torakal vertebra alt kısmında 5 lomber vertebra bulunur. Bu vertebra karın arka duvarının iskelet desteğini oluştururlar ve boyutlarının büyük olmasıyla diğer vertebralardan ayrılırlar. Daha sonra gelen 5 sakral vertebra, os sacrum olarak adlandırılan tek bir kemik halinde birbirine kaynaşmıştır. Sacrumun alt kısmında, sayıları değişmekle birlikte, genellikle 4 vertebra coccygae kaynaşarak küçük tek bir triangular kemik olan os coccygisi oluşturur (Şekil 1).



Şekil 1: Vertebral Kolon

<https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/columna+vertebralis>Erişim:18.04.2019

Vertebral kolonun görevi baş, göğüs ve karın bölgesinde yer alan oluşumların ağırlığını taşımak ve bu ağırlığı pelvis aracılığı ile alt ekstremitelere iletmektir. Vertebral kolon düz bir sütun şeklinde değildir. Yetişkinlerde vertebra boyun, sırt, bel ve sakral bölgede olmak üzere dört kavis yapar (Şekil 2). Kavisler vücut için esnek bir destek görevi yapar. Sırt ve sakral bölge kavisleri öne doğru, boyun ve bel bölgesi kavisleri de arkaya konkavdır. Vertebraların hacmi ve bazı özellikleri, bölgeler arasında farklılık gösterdiği gibi, her bölgedeki vertebralarında kendi aralarında az da olsa farklılıkları görülür.

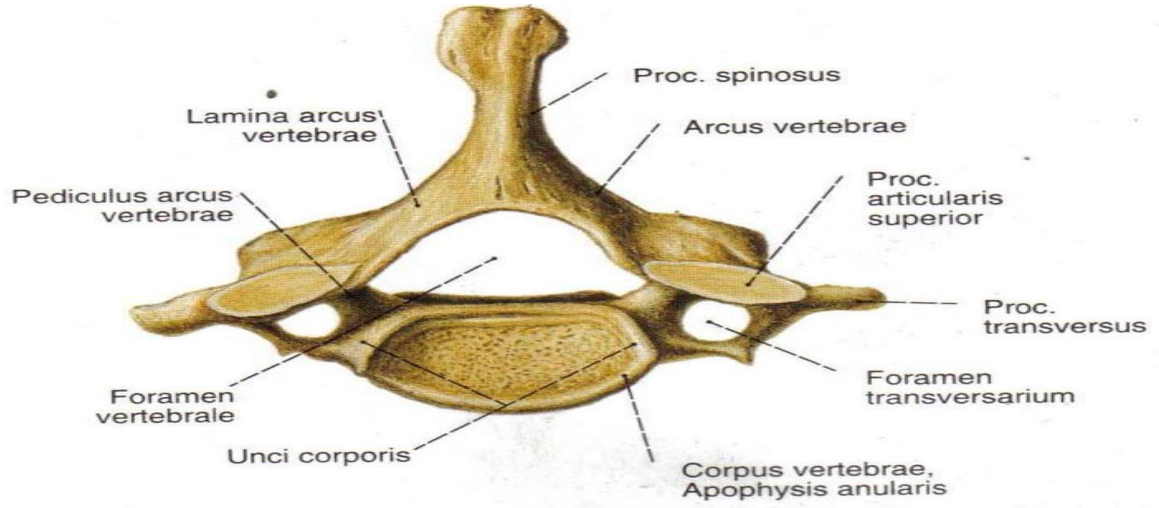


Şekil 2: Vertebral Kavisler

<http://www.jcam.com.tr/files/KATD-2737.pdf>Erişim:18.04.2019

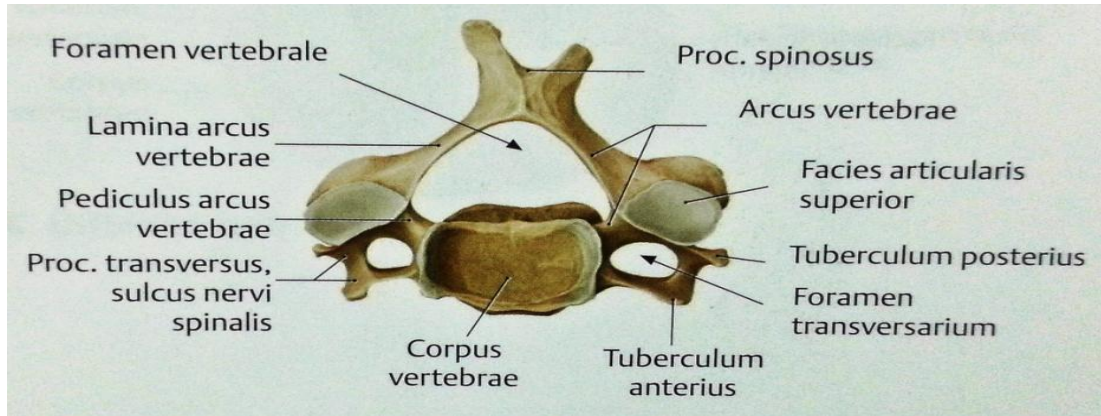
Vertebraların özellikleri yeni doğmuş çocuklarda birbirine benzer. Gelişme sırasında artan ağırlık, hareket, vertebralara yapışan kasların etkileri sonucunda vertebra şekilleri arasında farklılıklar görülür. Birinci servikal vertebra dışında, genel olarak vertebraların bir corpusu ve bir arcusu vardır. Corpus vertebra; kısa silindir şeklindedir ve iki korpus arasında discus intervertebralis bulunur. Corpusların büyüklüğü, üzerlerine binen yüklerle orantılı olarak aşağıya doğru indikçe artar. Corpusları en büyük olan vertebralar beşinci lumbal ve birinci sakral vertebralardır. Arcus vertebra; corpus vertebranın yan kısımlarından başlar.

Arcus vertebra üzerinde üç çıkıntı vardır. Bunlar; processus spinosus, processus transversus, processus articularis. Corpus ve arcus tarafından çevrelenen büyük deliğe foramen vertebrale denir. Vertebraer üst üste sıralandıklarında bu deliklerde üst üste gelerek canalis vertebralis oluştururlar. Bu kanalın içerisinde medulla spinalis yer alır (Şekil 3).



Şekil 3: Tipik bir vertebra

<https://docplayer.info/49580156-Anatomy-of-vertebrae.html>Erişim:18.04.2019

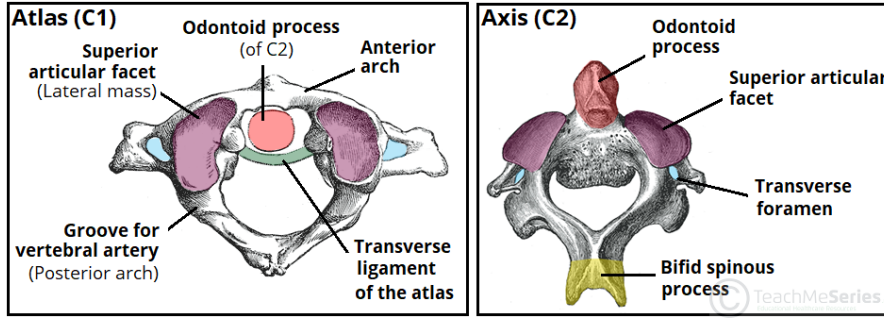


Şekil 4: Servikal vertebra

<https://docplayer.biz.tr/58590791-Kronik-boyun-agrili-hastalarda-fiziksel-uygunluk-gunluk-fiziksel-aktivite-vucut-kompozisyonu-ve-yasam-kalitesinin-arastirilmesi.html>Erişim:18.04.2019

Vertebral kolonu oluşturan vertebralar buldukları yerlere göre servikal, torakal, lumbal, sakral ve koksigeal olarak beş gruba ayrılır (Taner vd., 2003; Moore ve Anne, 2006; Drake vd., 2007).

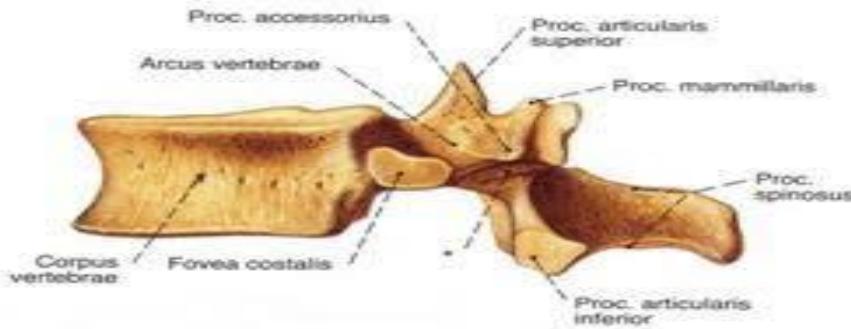
- ✓ Servikal Vertebra: 7 adettir. Boyutları küçük ve processus transversuslarında delik vardır (Şekil 4). Birinci ve ikinci servikal vertebralar olan atlas ve axis baş hareketlerini yaptırmak üzere özelleşmişlerdir (Şekil 5).



Şekil 5: Atlas ve Axis

<https://teachmeanatomy.info/neck/bones/cervical-spine/>Erişim:18.04.2019

- ✓ Torakal Vertebra: 12 torakal vertebrayı birbirinden ayıran en önemli özellik kaburgalarla eklem yapmalarıdır. Tipik bir torakal vertebranın korpusunun her iki tarafında kendisine ait kaburga başı ile ve bir alttaki kaburga başı ile eklem yapan yarım eklem yüzleri (fovea costalis superior ve inferior) bulunur (Şekil 6).



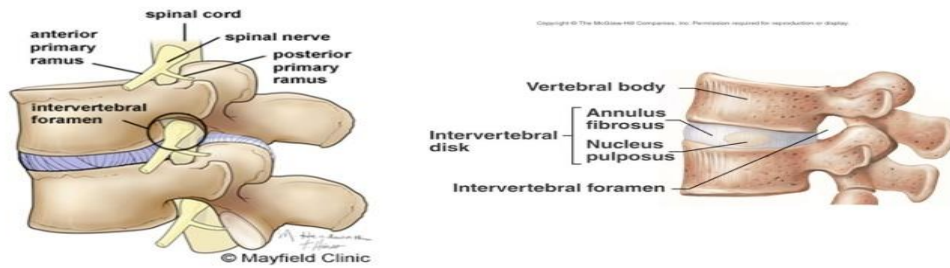
Şekil 6: Torakal Vertebra

<http://acikerisim.selcuk.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/10198/478948.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Erişim:18.04.2018

- ✓ Lumbar Vertebra: 5 adet lumbar vertebra diğer bölgelerdeki vertebralardan boyutlarının büyüklüğü ile ayırt edilebilir. Ayrıca kaburgalarla eklem yapan yüzleri yoktur.
- ✓ Os Sacrum: 5 vertebra'nın birleşmesinden oluşan bir kemiktir. Sivri ucu (apex ossis sacri) aşağıda olmak üzere üçgen şeklindedir ve konkav bir ön yüzü (facies dorsalis) vardır. Yukarıda beşinci lumbar vertebra ile aşağıda os coccygis ile eklem yapar.
- ✓ Os Coccygis: 3–4 vertebra'nın kaynaşması ile oluşan ve sacrum alt ucu ile eklem yapan üçgen şeklinde bir kemiktir. En belirgin özelliği küçük boyutlu olması ve arkusları olmadığı için bir canalis vertebralis olmamasıdır.

Foramen intervertebraleler birbirine komşu vertebraların her iki tarafında intervertebral disklerin de katılımıyla oluşurlar (Şekil 7). Bu deliklerden canalis vertebralis giren ve çıkan spinal sinirler ve kan damarları geçer. Bir foramen intervertebrale üstteki vertebra'nın pedikülünde bulunan incisura vertebralis inferior ile altındaki vertebra'nın pedikülünde bulunan incisura vertebralis superior arasında oluşur (Taner vd., 2003; Moore ve Anne, 2006; Drake vd., 2007).

Intervertebral Foramen



Şekil 7: Foramen İntervertebral

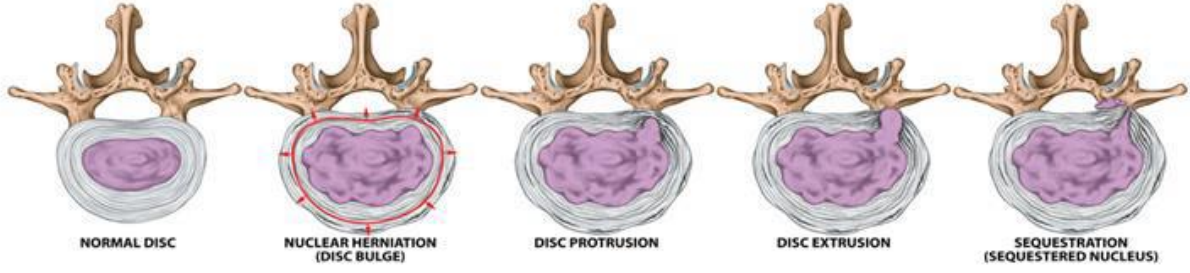
<https://slideplayer.com/slide/9217077/Erişim:18.04.2019>

2.1.2. Lomber Disk Hernisinin Tanımı ve Fizyopatolojisi

Disk hernisi, genel olarak diskus intervertebralisin infeksiyon veya tümör dışı nedenlerle, şekil ve içeriğinde meydana gelen patolojik değişiklikler sonucu ortaya çıkan hastalığa verilen isimdir. Diskus intervertebralis, vertebralar arasında bulunan ve öncelikle kolumna vertebralisine gelen aksiyel yüklerin emilip dağıtılmasından sorumlu yapılara verilen isimdir. Diskus vertebralis, anatomik olarak başlıca iki kısımdan oluşur: Diskus intervertebralisin merkezinde bulunan ve yüksek oranlarda su içeren, jelatinöz kıvamlı nukleus pulposus. Diğer nukleus pulposusu çevreleyen anülüs fibrosus. Nukleus pulposus, jelatinöz yapısı nedeniyle üzerine gelen yükleri anülüs fibrosus ve vertebral son plaklara dağıtarak birim alana düşen basıncı azaltır. Nukleus pulposus tamamen bulunduğu yere yapışık, hareketsiz bir yapı değildir. Fleksiyon ve ekstansiyon sırasında vertebranın hareketlerine bağlı olarak bir miktar hareket edebilir. Anülüs fibrosus tabakalar halinde dizilmiş, değişik açılarda uzanarak diskus intervertebralisin her yöndeki dayanıklılığı artıran kollajen liflerden oluşur (Akbay vd., 2004).

Disk hernisi pratik anlamda, nukleus pulposusun, anülüs fibrosustaki yırtıktan spinal kanala doğru herniye olmasıdır (Coşan, 2004). Spinal omurganın primer eğriliği fetal hayatın erken dönemlerinde torasik ve sakrokoksigel eğrilikler olarak ayırt edilir. Bu dönemlerde omurga hareketleri daha kısıtlı olup, kısmi harekete izin verir. Gelişim ilerledikçe servikal ve lomber bölgelerdeki lordotik eğrilikler belirginleşir. Hareketli olan servikal ve lomber bölge ile daha az hareketli torasik bölge arasındaki geçiş bölgeleri daha fazla yüklenmeye maruz kalırlar ki, bu da alt seviye lomber ve servikal bölgelerde disk hernisinin daha fazla görülmesini açıklar. Vücut ağırlığının büyük kısmını lomber vertebralar taşır. Bu nedenle disk hernisi lomber bölgede daha sık görülür. Lomber bölgede bu oran %95 hastada L4–5 ve L5-S1 seviyelerinde, %4 hastada L3–4 seviyelerinde, geri kalan %1 de ise diğer üst mesafeler şeklindedir (Toplamaoğlu, 2005).

Disk hernisi oluş şekline göre 4 şekildedir. Birincisi bombeleşme; anülüsün son plağın gerisine bir miktar taşıdığı durumdur. İkincisi protrüzyon; anatomik olarak bütünlüğü bozulmamış nukleus pulposuzun esnemiş anülüs fibrozisi iterek bombeleşmesine neden olmasıdır. Üçüncüsü ekstrüzyon; nukleus pulposus yırtılmış olan anülüsü aşarak dorsale doğru migre olmuştur. Çıkan nukleus parçası ile içerideki nukleus parçasının bağlantısı vardır. Dördüncüsü sekestrasyon; annulus yırtıktır ve çıkan parçanın içeride olan parça ile ilişkisi kesilmiştir (Toplamaoğlu, 2005).



Şekil 8: Lomber Disk Herni Oluşumu

<https://www.jointconsciouschiro.com/single-post/What-is-a-DiscHerniation>Erişim:18.04.2019

2.1.3. Lomber Disk Hernisinin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Lomber disk herni (LDH) gelişiminde bireysel, fiziksel ve psikososyal risk faktörleri rol oynar (Akca vd., 2013). Genç-orta yaş, erkek cinsiyet, ailesel yatkınlık, çevresel faktörler, geçirilmiş travma, obezite ve sigara içmek yaygın olarak karşılaşılan risk faktörleridir. Yaşla birlikte bel ağrısı sıklığında belirgin artış görülmekle birlikte disk hernisi insidansı ise azalmaktadır. Bu da anülüsteki sıvı kaybı ve fibroze bağlanmaktadır (Toplamaoğlu, 2005). Günlük yaşamda sık kullandığımız kıvrırma, bükme içeren iş faaliyetleri, uygunsuz ağır kaldırma, hantal statik duruş ve psikolojik stres LDH gelişimine neden olan çevresel faktör olarak kabul edilmektedir (Toplamaoğlu, 2005; Driessen vd., 2010; Driessen vd., 2011). Vücut mekaniklerine uygun hareket etmeme günlük hayatta LDH gelişimini ve LDH' ye bağlı komplikasyonları önemli oranda arttırmaktadır (Dönmez vd., 2010; Ay ve Evcik, 2008).

2.1.4. Lomber Disk Hernisinde Klinik Belirti ve Bulgular

LDH hastalarında belirlenen ilk semptom bel ağrısıdır. Lomber disk hernilerde başlangıçta görülen aksiyel ağrı bazen haftalarca sürebilir. Yerini radiküler ağrıya (siyatalji) bıraktıktan sonra herniye olan intervertebral diskin komprese ettiği sinir köküne ait spesifik semptomlar ortaya çıkmaya başlar. Ağrının yeri ve dağılımı çoğu zaman komprese olan sinir kökü hakkında bilgi verir (Şekil 8).

| | |
|----|--|
| L3 | Uyluk anterior yüzü |
| L4 | Uyluk anterolaterali, diz, bacak medial yüzü |
| L5 | Uyluk posterolaterali, bacak lateral yüzü |
| S1 | Uyluk posterioru, ayak bileği |
| S2 | Uyluk proksimal posterior alanı |

Şekil 9: Lomber Disk Hernide Radikülopatik Ağrının Yayılım Alanları

Radiküler ağrı, disk hernisinin en önemli semptomlarından biridir. Öksürmek, ıkınmak gibi vasalva manevrasının yapıldığı durumlarda ağrı daha da şiddetlenir. Hastanın dizlerini ve kalçasını fleksiyon haline getirmesi ile ağrı hafifler. Hastaların bir kısmında hafif üriner semptomlar olabilir. Sık idrara çıkmak, idrara başlarken zorlanmak başlıca şikâyetlerdendir. İdrar retansiyonu ve glop görülmesi, kauda ekuinanın şiddetli basısını gösterdiğinden son derece önemlidir (Toplamaoğlu, 2005; Coşan, 2004). Kauda ekuina; herniye olmuş disk, tümör ya da epidural apsenin birden fazla sinir köküne baskı yaparak bağırsak ya da mesane inkontinansı gibi nörolojik defisitlere sebep olan ve nadir görülen (%1) bir sendromdur. Acil cerrahi gerektiren bir durumdur (Harvey, 2014; Shapiro, 2000).

2.1.5 Lomber Disk Hernisinde Tanı Yöntemleri

LDH tanı yöntemleri; öykü, nörolojik muayene ve görüntüleme yöntemleri şeklindedir.

Öykü: En sık yakınma ağrıdır. Hastalar ters bir hareketle ya da travma sonrası aniden ya da kendiliğinden yavaş yavaş ortaya çıkan bel ağrısından yakınır. İyileşmeyen bel ağrısına bacak ağrısı eklenir. Ağrı hareketle ve valsalva ile artar, yatak istirahatı ile azalır. Ağrıya eşlik eden ikinci sıklıktaki şikâyet uyusukluktur.

Nörolojik Muayene: Sinir germe testleri ile başlanır. Sinir kökü germe testleri ile tipik radiküler ağrı oluşur. Bu testler patolojinin ayırıcı tanısında önem taşır.

- ✓ Düz Bacak Germe Testi: Hasta supin pozisyonda yatarken bacağı düz olarak yavaş yavaş uyluktan fleksiyona getirilir. Tipik radiküler ağrı bacağın muayene masası ile yaptığı 60° altındayken ortaya çıkar.

- ✓ Femoral Sinir Germe Testi: Hasta pron pozisyonda yatarken bacağı uyluk ekleminden ekstansiyona getirilirse tipik radiküler ağrı ortaya çıkar. Genellikle yukarı seviye (L2, L3 veya L4) sinir kökü basılarında ve L4-5 ileri lateral disk hernilerinde test pozitif bulunur.
- ✓ Cram Testi: Hasta supin pozisyonda, şikâyeti olan diz ve kalçası hafif fleksiyonda, diğer bacağı ekstansiyonda iken, fleksiyondaki diz ekstansiyona getirilirse tipik siyatalaji ağrısı ortaya çıkar.
- ✓ Çapraz Düz Bacak Germe Testi: Düz bacak germe testinde hastanın şikâyeti olmayan bacağı ekstansiyona getirildiğinde kontralateral bacakta siyataljinin ortaya çıkmasıdır.
- ✓ Faber Testi: Supin pozisyondaki hastanın bacağının fleksiyon, ekstansiyon ve aynı zamanda eksternal rotasyon yapılması şeklinde uygulanır. Ağrı olması kalça eklemi patolojisi düşündürür.

Görüntüleme Yöntemleri:

- ✓ Direkt Grafi: Travma, kalça ekleminden köken aldığı düşünülen ağrılarda ilk tercih edilmesi gereken görüntüleme yöntemidir.
- ✓ Kemik Sintigrafisi: Neoplastik bir hastalık şüphesi olan hastalarda tercih edilir.
- ✓ Myelografi: Disk herniasyonu tanısında BT ve MRG den sonra kullanılabilirliği azalmıştır. Postoperatif, özellikle ilk 3 ayda MRG yanlış görüntü verebileceğinden myelografi tercih edilmelidir.
- ✓ Bilgisayarlı Tomografi: Disk hernisinin tanısında ikinci sıklıkla kullanılan tanı yöntemidir. Kalsifikasyon ve kemik yapıyı tanımada MRG den daha üstündür.
- ✓ Magnetik Rezonans Görüntüleme: Yumuşak dokuları kemiğe göre daha iyi tanır. Birçok planda ve farklı sinyallerde görüntü elde edebilme, daha geniş bir alanı inceleyebilme, sıvı dinamiğini tespit edebilme özelliklerinden dolayı en çok tercih edilen yöntemdir.
- ✓ Diskografi: Anülüs fibrozisteki yırtık ve çatlakların tespit edilmesinde kullanılır.
- ✓ EMG: BT ve MRG gibi görüntüleme yöntemleri sinir kökü basılarını her zaman göstermeyebilir. Bu gibi durumlarda kök basısının olup olmadığını ayırt etmede kullanılır (Toplamaoğlu, 2005; Coşan, 2004).

2.1.6. Lomber Disk Hernisinde Tedavi Yöntemleri

LDH' de tedavi yöntemleri 2 ana başlık altında sıralanır. Bunlar; konservatif tedavi ve cerrahi tedavi.

Konservatif Tedavi: Konservatif tedavide amaç; hastanın ağrısının azaltılması ile nörolojik iyileşmeyi uyararak hastanın günlük yaşam aktivitelerine ve iş hayatına erken dönmesini sağlamaktır (Şener vd., 2017; Polat ve Uçkun, 2018).

- ✓ Yatak istirahati
- ✓ Enjeksiyon tedavisi
- ✓ Fiziksel Tıp/Fizik tedavi
- ✓ Manüel terapi
- ✓ Ortezler
- ✓ Alternatif/destekleyici yöntemler (Akupunktur, Beslenme, Ozon Tedavisi)
- ✓ Bel okulu (Şavluk ve Erbaş, 2012; Akırmak, 2002; Kirazlı, 2002; Zundert ve Kleef, 2005; Şener vd., 2017; Polat ve Uçkun, 2018).

İlaç Tedavisi: Lomber disk hernilerine bağlı ağrılarda analjezikler en sık kullanılan ilaç grubudur. Ayrıca non-steroid anti-inflamatuvar (NSAİ) ilaçlar, miyorelaksanlar, antidepresan ilaçlar da yaygın olarak kullanılmaktadır. İlaçlar inflamasyon, kas gevşemesi, nörotransmitterlerin dengelenmesi ve santral ağrı algılanması üzerinde önemli fizyolojik etkiler oluşturarak semptomları iyileştirirler. Ancak temel patolojiyi değiştirmezler (Polat ve Uçkun, 2018; Greenberg, 2013)

- ✓ Analjezikler ve NSAİ İlaçlar: Asetilsalisilik asit, asetaminofen ve metamizol en sık kullanılan analjeziklerdir. Hafif ve orta düzeydeki kas iskelet sistemi ağrılarında parasetamol öncelikle seçilmelidir çünkü hem güvenli hem de analjezik etkisi yüksektir. NSAİ ilaçlar ise analjezik etkilerinin yanı sıra anti-inflamatuvar etkilerinin de olması nedeniyle lomber disk hernisine bağlı gelişen ağrının tedavisinde sık kullanılmaktadırlar (Polat ve Uçkun, 2018; Greenberg, 2013).
- ✓ Kortikosteroidler: Etkinliğini ispatlayan veri olmamasına rağmen; anti-inflamatuvar etkileri nedeniyle şiddetli radiküler semptomları olan ve diğer analjezik anti-inflamatuvar ajanlara yanıt vermeyen hastalarda 1–2 hafta süreyle oral kortikosteroidler reçete edilebilmektedir (Polat ve Uçkun, 2018; Greenberg, 2013).

- ✓ Opioidler: Akut disk herniasyonlu ve radiküler basıya bağlı şiddetli ağrılı durumlarda NSAİ ilaçlar ile yeterli analjezi sağlanamadığında sıklıkla başvurulur (Polat ve Uçkun, 2018; Greenberg, 2013).
- ✓ Kas gevşeticiler: Ağrıya eşlik eden paravertebral kas spazmının semptomları artırdığı düşünüldüğünde kas gevşeticilerin tedavideki yeri yadsınamaz. Ancak yaygın olarak kullanılmalarına rağmen etkinlikleri tartışmalıdır (Polat ve Uçkun, 2018; Greenberg, 2013).
- ✓ Antidepresanlar: Lomber disk hernilerine bağlı ağrılarda antidepresan ilaç kullanımı çok amaçla uygulanır. Hastalarda var olabilecek olan depresyonun tedavisi hastanın duyu durumunu düzeltebilir ve ağrıya dayanabilme gücünü artırır. Ayrıca bu ilaçlara bağlı gelişen sedasyon uykunun düzenlenmesine de katkı sağlar. Antidepresanlar analjezik etki gösterirler ki, bu etki antidepresan etkileri için gereken dozdan çok daha düşük dozlarda ortaya çıkar. Trisiklik ve tetrasiklik antidepresan ilaçların kronik bel ağrılı hastalarda semptomları depresyon tedavisinden bağımsız olarak, orta düzeyde azalttığı bildirilmektedir. Ancak kronik bel ağrılı hastalarda selektif serotonin geri alım inhibitörleri yetersizdir (Polat ve Uçkun, 2018; Greenberg, 2013).
- ✓ Diğer tedavi ajanları: Gabapentin ve pregabalin benzeri ilaçlar, lomber disk hernisine bağlı nöropatik ağrı endikasyonu ile da kullanılmaya başlanmıştır. Gabapentinin doz bağımlı olarak bel ağrısını hem dinlenme hem de hareket halinde iken azalttığı gösterilmiştir (Polat ve Uçkun, 2018; Greenberg, 2013).

Epidural Steroid Enjeksiyon (ESE): Bir diğer semptomatik tedavi yöntemi, epidural lokal steroid enjeksiyonlarından oluşmaktadır. Bu işlem, lomber epidural bölgeye steroid ve lokal anestezi karışımının enjekte edilmesidir (Çetin vd., 2012). Epidural enjeksiyonun, etkisi kısa süreli olmakla ve daha çok bel ağrısına yönelik rahatlama sağlamakla birlikte, lomber disk hernisinde etkinliği çok yüksek değildir. ESE, özellikle radiküler yakınmaları azaltır. Sıklıkla, konservatif tedavinin ilk basamaklarına cevap vermeyen veya cerrahi tedaviye uygun olmayan ya da cerrahi kabul etmeyen hastalarda uygulanabilmektedir (Sarı ve Aydoğan, 2015; Greenberg, 2013).

Fiziksel Tedavi Yöntemleri

- ✓ **Isı Uygulamaları:** Amaç ağrıyı azaltmaktır. Sıklıkla, bölgesel sıcak veya soğuk uygulamalar kullanılır. Yüzeysel ısıtıcılar cilt ve cilt altı dokulara etkilidir. Sıcak, ağrı eşliğinde artmanın yanı sıra kas liflerinde uyarılmanın azalmasına neden olarak spazmı azaltır ve iyileşmeyi kolaylaştırır. Sıcak paketler, infraruj ve hidroterapiler yüzeysel ısıtıcı tedavi yöntemleridir. Soğuk, inflamasyonu, ödemi ve ağrıyı azaltarak etki gösterirler. Soğuk paketler, buz masajları, soğuk spreyle uygulanan yüzeysel soğuk tedavi yöntemleridir (Şavluk ve Erbaş, 2012; Akırmak, 2002; Şener vd., 2017; Polat ve Uçkun, 2018; Greenberg, 2013).
- ✓ **Elektroterapi:** Transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonu (TENS) , interferansiyel akım ve diadinamik akım gibi yöntemler kullanılmaktadır. Akımların etkisiyle analjezi gelişir, kas kontraksiyonu sağlanır, eklem hareket açıklığı ve kas gücü artar, kas atrofisi gecikir (Şavluk ve Erbaş, 2012; Akırmak, 2002; Şener vd., 2017; Polat ve Uçkun, 2018; Greenberg, 2013).
- ✓ **Düşük Güçlü Lazer Tedavisi:** Prostaglandin sentezini azaltarak anti-inflamatuvar etki gösterdiği ve fibroblast fonksiyonlarını etkileyerek konnektif doku iyileşmesini hızlandırdığı düşünülmektedir (Polat ve Uçkun, 2018; Greenberg, 2013).
- ✓ **Traksiyon:** Omurganın sagittal eksenini boyunca kuvvet uygulayarak lomber vertebraları distrikte edip disk içi basıncı düşürmeyi böylece intervertebral aralığı, nöral foramenleri, faset eklemleri ile spinal kanalı genişletmeyi amaçlayan bir yöntemdir. Ayrıca kas gevşemesi sağlayarak ağrı düzeyini azalttığı belirtilmektedir (Akırmak, 2002; Şener vd., 2017; Polat ve Uçkun, 2018; Greenberg, 2013).

Manüel Terapi: Ekleme normal fizyolojik işleyişin ötesinde, anatomik hareket sınırlarını aşmaksızın, pasif hareket sınırlarını aşan, elle uygulanan yüksek hızlı, düşük amplitütlü, kontrollü, ani bir itme hareketidir. Amaç kas spazmını gidermek, omurgadan çevreye yayılan ağrıyı azaltmak ve mobilitayı artırmaktır (Polat ve Uçkun, 2018).

Ortezler: Omurgayı destekleyen ve fonksiyonlarını düzelten ortopedik araçlardır. Lomber lordozu azaltır, intraabdominal basıncı değiştirir, ağrı oluşturan hareketi engeller, gövde kaslarını destekler ve ısı etkisi oluştururlar. En sık kullanılan plastik ve çelik balenli korselerdir. Korseler intraabdominal basıncı artırarak vertebral kolona binen yükü azaltırlar. Korselerin uzun süre kullanımı karın ve sırt kaslarında atrofiye yol açacağından önerilmez (Akırmak, 2002; Şener vd., 2017; Polat ve Uçkun, 2018).

Bel Okulu: Bel okullarında lomber bölgenin temel anatomisi, uygulamalı vücut mekaniği, çalışma ve dinlenme sırasında uygun postür, bel koruma teknikleri, gevşeme ve egzersiz yöntemlerinin öğretilmesi hedeflenmektedir (Akırmak, 2002; Şener vd., 2017; Polat ve Uçkun, 2018).

Cerrahi Tedavi: Lomber disk hernileri cerrahi tedaviye oldukça iyi yanıt veren patolojilerdir. Bu nedenle:

—Başlangıç muayenesinde ileri derecede nörolojik kaybı olan hastalarda,
—Konservatif tedaviye rağmen şikâyetleri düzelmeyen hastalarda,
—Konservatif tedavi altında şikâyetlerinde artış olan hastalarda,
—Konservatif tedavi altında düzeliş sonra tekrarlayan ataklar nedeniyle tekrar tekrar konservatif tedavi alması sonucu sosyal ve mesleki yaşamında problemler yaşayan hastalarda cerrahi tedavi uygulanır. Ayrıca lomber disk hernilerinde aşağıda sayılan bulgulardan birisi varsa acil cerrahi tedavi endikasyonu vardır. Bu bulgular:

—Düşük ayak gibi, tam veya tama yakın motor fonksiyon kaybı,
—Kauda ekuina bası bulguları (özellikle sfinkter disfonksiyonu),
—Narkotik analjeziklere rağmen dindirilemeyen radiküler ağrı cerrahi tedavide günümüzde kabul edilen standart mikroskopik cerrahidir (Toplamaoğlu, 2005; Coşan, 2004). Cerrahi yöntemler aşağıda açıklanmıştır.

✓ Trans-kanal yaklaşımlar:

—Standart açık laminektomi ve diskektomi: Disk hernisinin sinir köküne yaptığı basıncı azaltmak için nükleer disk materyalinin çıkarılması işlemidir. Siyatalji bakımından iyileşme oranı ameliyat sonrası birinci yılda %65-85'dir.
—Mikrodiskektomi: Standart diskektomi ile benzerlik gösterir, ancak daha küçük kesiler kullanılır. Avantajları kozmetik, daha kısa hastanede kalış ve daha az kan kaybıdır.
—Sekestrektomi: Diskin sadece herniye olan kısmının çıkarılmasıdır.

✓ Disk içi uygulamalar:

—Kemonükleolizis: Diskektomiden daha az etkilidir. Disk içine kimopapain enjeksiyonu kullanılır. Siyatalji her iki grupta da düzelişken, lomber ağrı yalnız diskektomi grubunda düzelmiştir.

—Otomatik perkütan lomber diskektomi: İntervertebral disk mesafesi merkezinden disk maddesini çıkarmak için nükleotom kullanılır. Bir yıldaki %37 başarı oranı ile kimopapain uygulamasından belirgin olarak daha az etkindir.

—Lazer disk dekompresyonu: Disk içine bir iğne yerleştirilir, iğne içinden fiberoptik kablo geçirilir ve lazer uygulanarak diskin ortasında bir delik açılacak şekilde disk materyali yakılır.

—Perkütan endoskopik lomber diskektomi: Bu terim aslında anülüs dışına çıkmış parçaları tedavi edebilir olsa da temelde anülüs içinde sınırlı disk herniasyonları için endike olan disk içi cerrahi uygulamayı kastetmektedir (Greenberg, 2013).

2.2.Lomber Disk Herni ve Ağrı

2.2.1 Ağrı ve tanımı

Uluslararası ağrı araştırmaları derneği ağrıyı, vücudun herhangi bir yerinden başlayan, organik bir nedene bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleri ile ilgili, sensoryal, emosyonel, hoş olmayan bir duygu olarak tarif etmiştir. Ağrı, doku hasarının bilinçsiz olarak farkına varılması şeklinde de tanımlanabileceği bildirilmiştir (Aydın, 2002). Esas olarak ağrı, vücut için bir koruyucu mekanizmadır. Herhangi bir doku hasarlandığı zaman ortaya çıkar ve kişiyi ağrı uyarana karşı bir reaksiyon göstermeye sevk eder (Guyton ve Hall, 2001). Ağrılı uyarana verilen davranışsal-duygusal yanıtlar, dikkat ve uyanıklığı, somatik ve otonom refleksleri, endokrin yanıtları ve emosyonel değişiklikleri içerir. Bunların tümü bir arada ağrılı uyarının hoşla gitmeyen doğasını oluştururlar (Berne vd., 2008).

2.2.2. Ağrının Sınıflaması

Ağrı başladığı zaman, kaynaklandığı bölge ve mekanizmasına göre sınıflandırılabilir.

✓ Ağrının süresine göre sınıflandırma

Akut Ağrı: Daima nosiseptif nitelikte olup, vücuda zarar veren bir olayın varlığını gösterir. Neden olan lezyon ile ağrı arasında yer, şiddet ve zaman bakımından yakın ilişki vardır. Nedenleri arasında, travma, enfeksiyon, doku hipoksisi ve enflamasyon sayılabilir. Postoperatif akut ağrı en iyi örnektir. Akut ağrı, üzerinden 3–6 ay süre geçtiğinde kronik ağrı özellikleri gösterir.

Kronik Ağrı: Çoğu kez nosiseptif nitelikte olup uyarıcı işlevi geçtikten sonra, kişinin hayat kalitesini değiştiren, kişileri anormal davranışlara yönelten, psikolojik etkenlerin rol oynadığı kompleks bir tablodur (Aydın, 2002; Düzel, 2008; Çöçelli vd., 2008; Tercan, 2015).

✓ Kaynaklandığı bölgeye göre ağrı sınıflaması

Somatik Ağrı: Somatik sinirlerden kaynaklanan, ani başlayan, keskin, iyi lokalize edilen ağrıdır.

Visseral Ağrı: İç organlardan kalkan ağrılı uyarılar, otonom sisteme ait afferent yollarla taşınırlar. Kolon, rektum ve mesaneden kalkan uyarılar sakral parasempatik sinirlerle m.spinalise taşınır. Farenks, trakea ve ösefagusun üst kısmından kalkan uyarılar, glossofaringeus ve vagus sinirleri ile geri kalan bütün organlardan kalkan uyarılar sempatik sinirlerle m.spinalise taşınırlar. Kimyasal iritanlar, organların ani gerilmesi, aşırı kasılmalar ve kan akımının azalması nedenler arasında sayılabilir. Viseral ağrı yaygın, lokalizasyonu güç, yansıyan tipte olabilir. Kan basıncı ve nabız sayısında değişme, kas rijiditesi ve hiperestezi ile birlikte.

Sempatik Ağrı: Sempatik sinir sisteminin aktivasyonu ile ortaya çıkan damarsal kökenli ağrılardır. Kojalziler örnektir.

Periferal Ağrı: Kaslar, tendonlar veya bizzat periferik sinirlerin kendinden köken alabilirler (Aydın, 2002; Düzel, 2008; Çöçelli vd., 2008; Tercan, 2015).

✓ Mekanizmasına göre sınıflaması

Nosiseftif Ağrı: Dokulardaki özel duyuşal reseptörlerin veya nosiseptörlerin uyarılmasıyla oluşmaktadır. Vücudun bir bölgesinde doku hasarı olduğu zaman bu hasarın, nosiseptör adı verilen özelleşmiş sinir uçları ile algılanıp, ağrı ileten lifler ile omuriliğe oradan da talamusa iletilen ve serebral korteks tarafından algılanan ağrı nosiseptif ağrı olarak tanımlanmaktadır. Nosiseptif ağrı, iki ayrı alt gruba ayrılır. Deri ve yüzeysel yapılardan kaynaklanan somatik ağrı, keskin zonklayıcı ya da basınç hissi şeklinde iken derin dokulardan gelen visseral ağrı zor lokalize edilebilen ve ciltte yansıyan ağrı şeklindedir (Yıldırım, 2013; Berne vd., 2008; Tercan, 2015).

Nöropatik Ağrı: Bu tip ağrı en fazla nosiseptif bilginin iletilmesine katılan periferik sinirlerin veya merkezi sinir sistemi bölümlerinin tahrip olmasından sonra görülür. Nöral yapıların harabiyetine bağlı gelişen ağrıya nöropatik ağrı denir. Nöropatik ağrı, duyuşal bozukluğun olduğu bölgede algılanır. Aralıklı, kısa süreli, batıcı, saplanıcı bir ağrıdır. Normalde ağrılı olmayan uyarılar da sinir dokusunun hassaslaşmasına bağlı olarak ağrıya yol açar. Örneğin, disk hernisinde mekanik bir travma ile doğrudan nöropatik bir ağrı oluşabilir (Berne vd., 2008; Düzel, 2008).

Deafferentasyon Ağrı: Periferik ve santral sinir sistemi yaralanmaları sonucunda somato sensoryal uyarın iletiminin merkezi sinir sistemine gidişinin kesilmesi ile ortaya çıkar. Deafferentasyon ağrının, yanıcı bir özelliğı vardır ve duyuşal kaybın olduğu bölgede oluşmaktadır. Talamik ağrıları, fantom ağrıları örnek olarak verebiliriz (Tercan, 2015).

Reaktif Ağrı: Vücudun çeşitli olaylara karşı bir reaksiyonu olarak, motor ve sempatik afferentlerin refleks aktivasyonu sonucu nosiseptörlerin uyarılmasıyla ortaya çıkar. Reaktif ağrılardan biri olan miyofasial ağrı; sürekli, künt, derin, sızlayıcı bir özellik taşır (Tercan, 2015).

Psikosomatik Ağrı: Hastanın psişik ya da psikososyal sorunlarını ağrı biçiminde ifade etmesidir. Anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sorunlarda bir doku hasarı varmış gibi algılama olmaktadır. Hasta bir anlamda ağrıyı kullanmakta, çeşitli kişisel, ekonomik ve toplumsal sorunlarını ağrı biçiminde ifade ederek ilgi çekmeye çalışmaktadır. Somatizasyon hipokondriazisi bu ağrı tipine örnek olarak verebiliriz (Tercan, 2015).

2.2.3. Ağrı Mekanizması ve Nörofizyolojisi

Nörofizyolojide ağrı nosisepsiyon kavramı ile birlikte kullanılır. Nosisepsiyon, doku hasarı ve ağrı algılaması arasında oluşan karmaşık bir dizi elektrokimyasal olayın tümünü birden tanımlar. Nosisepsiyon yani ağrının algılanması transdüksiyon, transmisyon, modülasyon ve persepsiyon olmak üzere 4 fizyolojik aşamadan oluşur.

Transdüksiyon (Ağrının Hissedilmesi); sinir uçlarında uyarının elektriksel aktiviteye dönüştürülmesidir.

Transmisyon (Ağrının İletilmesi); ilgili yapılardaki bilginin santral sinir sistemine iletilmesidir. Transmisyonda nöral yollar üç bileşenden oluşur. Bu bileşenler;

- a) Primer sensoryal afferent nöronların elektriksel aktiviteyi spinal korda iletmesi,
- b) Uyarının spinal korddan ascendan ileti sistemi ile beyin sapı ve talamusa iletilmesi,
- c) Talamokortikal projeksiyon.

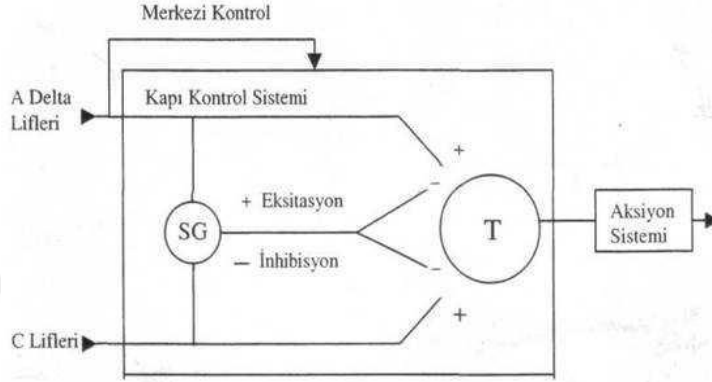
Modülasyon (Ağrının Düzenlenmesi); transmisyon iletisinin inen nöral yollar ile azaltılmasıdır. Omurilik seviyesinde meydana gelen bir olaydır.

Persepsiyon (Ağrının Algılanması); omurilikten geçen uyarının çeşitli çıkan yollar aracılığıyla üst merkezlere doğru iletilip ağrının algılanmasıdır (Aydın, 2002; Bahçeli, 2014).

2.2.4 Ağrı Teorileri

Ağrı algılamasının altında yatan mekanizmaları açıklamak amacıyla birçok teori geliştirilmiştir. Günümüze kadar ağrı mekanizmasını açıklayan birçok teori ortaya atılmıştır. Bunlar; Duyusal Teori, Yoğunluk Teorisi, Pattern Teorisi, Duyusal Etkileşim Teorisi, Psikolojik ve Davranışsal Teorisi, Kapı Kontrol Teorisi ve Endorfin Teorisi'dir (Ünal, 2015). Geçerliliğini koruyan teoriler Kapı Kontrol Teorisi ve Endorfin Teorisi'dir (Bahçeli, 2014; Tercan, 2015).

- **Kapı kontrol teorisi:** Ronald Melzeck ve Patrick Wall 1965 yılında “Ağrının Kapı Kontrol Teorisi” adını verdikleri teorilerini yayınladılar. 1980’lerde daha da genişletilen bu teori günümüzde en çok kabul gören teoridir.



Şekil 10: Kapı kontrol teori mekanizması

<http://www.fztozdemir.com/kapi-kontrol-teorisi-nedir/comment-page-1/>

Erişim:20.04.2019

Merkezi kontrol noktası, A lif sisteminden merkezi kontrol mekanizmalarına uzanan hattan oluşur. T hücreleri aksiyon sistem hücrelerinin tamamına ulaşır. Ağrılı uyarının spinal korda kontrolü ve üst merkezlere geçişini içerir. Ağrılı uyarılar algılanmadan önce kapı kontrol mekanizması ile karşılaşmaktadır. Temelde kapı kontrol teorisi substansia gelatinosa (SG) ve transmisyon hücreleri (T) arasındaki ilişki ile açıklanmaktadır. SG hücreleri uyarılırsa inhibitör özellik göstermektedir. Ancak tam tersi SG hücreleri inhibe edilirse bu seferde T hücreleri üzerindeki inhibitör etki ortadan kalkmaktadır (Ünal, 2015). SG hücreleri, ağrılı uyarının T hücreleri ile iletimini yasaklayabilmekte ya da kolaylaştırabilmektedir. T hücrelerinin aktivitesi durdurulduğunda, kapı kapanmakta ve uyarının beyne iletme olasılığı azalmaktadır. Kapı açıldığında ağrılı uyarılar beyne ulaşmakta, ancak korteksin bu sinyalleri gönderip kapıyı kapattırabilmesi için, bireyin daha önceki ağrı deneyimleriyle baş etmiş olması gerekmektedir (Bahçeli, 2014; Ünal, 2015; Tercan, 2015).

- **Endorfin Teorisi:** Endorfinler santral sinir sistemi tarafından üretilen, morfin gibi hareket ederek beyindeki opioid reseptör alanlarına bağlanan maddelerdir. Böylece ağrı uyarısının geçişini bloke ederler. Endorfin teorileri 1970'lerin ortalarında tanımlanmış ve yapılan araştırmalarla ağrı algılaması ve analjezi gereksiniminin kişisel farklılıklar içerdiğini ve bazı farmakolojik olmayan ağrı giderme yöntemlerinin endorfin yapımını uyardığı belirlenmiştir (Bahçeli, 2014; Tercan, 2015).

2.2.5. Ağrıda Tedavi Yöntemleri

Ağrı tedavisinin planı hastanın detaylı değerlendirilmesi ile başlar. Bu değerlendirme; ağrının karakteristiklerini belirlemek, ağrı sendromunu tanımlamak, altta yatan hastalığın yapı ve yayılımını tespit etmek, ağrıya eşlik eden ve artıran ya da azaltan fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörleri belirlemeyi içerir (Eti, 1997).

Ağrıda tedavi yöntemleri dört başlık altında incelenir:

- ✓ Ağrıya neden olan hastalığın primer tedavisi
- ✓ Farmakolojik Tedavi: Ağrı kontrolünde kullanılan medikal tedavi ajanları, steroid olmayan anti-inflamatuar ajanlar, miyorelaksan, antidepresan, opioid analjezik ilaçlar olarak gruplandırılabilir (Ketenci, 2002).

-Steroid Olmayan anti-inflamatuar ajanlar: Analjezik, antipiretik ve anti-inflamatuar etki oluşturan non-steroid anti-inflamatuar ilaçlar prostaglandin sentezinde etkili olan siklooksijenaz enzimini inhibe eder. Siklooksijenaz (COX) enziminin COX-1 ve COX-2 olarak izoenzimi vardır. COX-1; mide mukozasının korunması, renal kan damarlarının vazodilatasyonu ve hemostaz gibi fizyolojik olayların sürekliliğinden sorumludur. COX-2 enzimi ateş, ağrı, inflamasyon gibi patolojik olaylarda rol oynar. Non-steroid anti-inflamatuar ilaçlar asetilsalisilik asit (aspirin), asetaminofen (parasetamol) ve diğer non-steroid anti-inflamatuar olarak sınıflandırılır (Eti, 2006).

-Miyorelaksan: Ağrı tedavisinde yaygın olarak kullanılmalarına rağmen etkileri tartışmalıdır. Etkilerinin daha çok santral polisinyaptik nöronal inhibasyon ile oluştuğu kabul edilir. Ağrılı hastaların tedavisinde miyorelaksanlar, semptomların başlangıç döneminde, palpasyonla kas spazmı saptanan ve ağrı nedeni ile uyuma güçlüğü olan hastalara tek başına veya analjezik ve steroid olmayan anti-inflamatuar ile kombine olarak kullanılmalıdır (Ketenci, 2002; Polat ve Uçkun, 2018; Greenberg, 2013).

-Antidepresanlar: Antidepresanlar analjezik etki gösterirler ki, bu etki antidepresan etkileri için gereken dozdan çok daha düşük dozlarda ortaya çıkar. Trisiklik ve tetrasiklik antidepresan ilaçların kronik bel ağrılı hastalarda semptomları depresyon tedavisinden bağımsız olarak, orta düzeyde azalttığı bildirilmektedir. Ancak kronik bel ağrılı hastalarda selektif serotonin geri alım inhibitörleri yararlıdır (Polat ve Uçkun, 2018; Greenberg, 2013).

-Opidler: Opidler kanser ağrısı ve postoperatif ağrı tedavisinde en güçlü ilaç grubunu oluşturur. Opidler santral ve olasılıkla periferik ağrı yollarında bulunan Mu, kapa ve delta opiat reseptörlerine bağlanarak analjezi oluştururlar (Ketenci, 2002). Akut disk herniasyonlu ve radiküler basıya bağlı şiddetli ağrılı durumlarda NSAİ ilaçlar ile yeterli analjezi sağlanamadığında sıklıkla başvurulur (Polat ve Uçkun, 2018; Greenberg, 2013).

- ✓ İnvaziv Girişimler: Nöraljiyal ilaç uygulaması, sinir blokları, nöroablasyon ve nörostimülasyon yöntemleri.
- ✓ Farmakolojik olmayan Tedavi: Ağrının kontrolünde kullanılan bir diğer yaklaşım da farmakolojik olmayan yöntemlerdir. Farmakolojik olmayan yöntemlerin gerek yalnız başlarına gerekse farmakolojik yöntemlerle birlikte uygulanması ağrının şiddetini azaltıcı yönde etki gösterdiğinden özellikle son yıllarda kullanımı genişlemiştir. Farmakolojik olmayan yöntemler, ağrının ilaç dışı yöntemlerle kontrol edilmesidir. Farmakolojik olmayan yöntemlerin ağrı gidermede kullanım amacı analjeziklerin kullanım oranının azaltılması, hastanın ağrı sorununun olabildiğince giderilerek yaşam kalitesinin yükseltilmesidir (Özveren, 2011).

Farmakolojik olmayan yöntemler, periferik teknikler (masaj, sıcak-soğuk uygulama, terapotik dokunma gibi), kognitif (bilişsel) - davranışsal teknikler (meditasyon, yoga, dikkati başka yöne çekme, hayal kurma gibi) ve bu iki yöntemin dışında kalan diğer teknikler (akupunktur, plasebo uygulaması gibi) olarak kullanılmaktadır.

Ağrının kontrolünde kullanılan bazı farmakolojik olmayan yöntemler (terapötik dokunma, TENS, akupunktur, biyolojik geri bildirim gibi) için hemşirenin özel eğitim almış olması gerekebilir. Fakat hemşireler ağrının kontrolünde kullanılan masaj, sıcak uygulama, soğuk uygulama, deriye mentol uygulama, gevşeme yöntemleri, dikkati başka yöne çekme, müzik, hayal kurma gibi yöntemleri ise özel bir eğitim almaksızın hemşirelik eğitimleri sırasında aldıkları bilgilerle uygulayabilirler.

Ağrı tedavisinde kliniklerde farmakolojik olmayan yöntemlerin uygulanması hemşirelerin bağımsız rollerini rahatlıkla ortaya koyabilecekleri bir alandır (Özveren vd., 2016).

2.2.6.Lomber Disk Hernide Ağrı

Lomber disk herni hastalarında ilk görülen semptom bel ağrısıdır. Lomber disk hernilerinde başlangıçta görülen aksiyel ağrı bazen haftalarca sürebilir (Akday vd., 2004). Tablonun aniden kötüleşmesi, bir travma, ani hareket (özellikle rotasyonel) veya ağır kaldırmaya bağlı olabildiği gibi, herhangi bir neden olmaksızın ani başlayan radiküler ağrı da ortaya çıkabilir (Aydoğan ve Sarı, 2015). Ağrı bazen hareketi engelleyecek kadar şiddetlidir ve paravertebral adale spazmına sebep olabilir. Ağrı karakteristik olarak oturmak, dolaşmak, öksürmek, hapşırma ve gerinmek ile artar (Dönmez vd., 2010). Anksiyete, depresyon, ağrı hakkındaki inançlar ve korkuların kronik ağrı ve özür lülük üzerine en etkili psikososyal faktörler olduğu belirlenmiştir.

2.3. Lomber Disk Hernide Ağrı ile Baş Etme Yöntemleri

LDH tanı lı hastalar ameliyat öncesi dönemde en çok ağrıdan şikâyetçidir ve çoğu hasta ağrı ile baş etme konusunda yetersizdir. Hastaların %14'ünün ameliyat sonrasında da şiddetli ağrı yaşayabildikleri bilinmektedir. Ağrı korkusu işle ilgili aktiviteleri ve diğ er fiziksel aktiviteleri kısıtlamakta, bunun sonucunda hasta kronik bir özür lülük ile karşı karşıya kalmaktadır. Hastanın yaşadığı veya yaşamaktan korktuğ u ağrı, uyumsuz bir davranış olan kaçınmayı tetikler. Hasta ağrıyı artıracakını düşündüğü aktivitelerden kaçınır ve bu durum ağrının daha fazla algılanmasına ve sorun olan bölgenin kullanılmamasına neden olabilir (Çelik ve Köçkar, 2019). Sonuç olarak ağrı, hastanın aktivitelere katılımını azaltan, yaşam kalitesini düşüren, sürekli tekrarlayan, iş hayatını, aile ve sosyal yaşamını olumsuz etkileyen bir süreçtir (Ünal, 2015). Bu nedenle ağrı yönetimi çok önemlidir.

Ağrı yönetimi, farmakolojik ve non-farmakolojik uygulamaları olarak iki temel tipi içerir (Aslan ve Badır, 2005; Midilli vd., 2018). Non-farmakolojik ağrı yönetimi, kapsamlı bir ağrı giderme yöntemidir. Bunlar, ağrı yönetiminde farmakolojik yöntemlerin yerini almayan ve hastaların ağrısını gidermeyi farmakolojik ağrı uygulamaları ile bağlantılı olarak kullanılabilen yöntemlerdir.

Ağrının kontrol altına alınmasında non-farmakolojik yöntemler analjeziklerle birlikte ya da tek başına uygulanabilen, yan etkileri olmayan, gereksinim olduğu anda kullanılabilen, hastalara kolaylıkla öğretilen, ekonomik yük getirmeyen, kolay uygulanabilen ve etkileri hemen gözlenebilen bağımsız uygulamalardır. Non-farmakolojik ağrı yönetimi tedavileri üç kategoride sınıflandırılabilir. Birincisi; dikkati başka yöne çekme, müzik dinleme, gevşeme, imajinasyon, nefes teknikleri, biyolojik geri bildirim, meditasyon, hipnozu içeren bilişsel ve davranışsal yöntemlerdir. İkincisi; sıcak/soğuk uygulamalar, masaj, pozisyon değişiklikleri ve transkutan elektrikselsinir uyarımı (TENS), akupunktur, akupressür, terapötik dokunmayı içeren fiziksel ya da deri simülasyon yöntemleridir. Üçüncüsü; dokunma, güvence verme veya odanın iç dekorasyonu gibi çevresel ya da duygusal yöntemlerdir (Midilli vd., 2018; Ünal, 2015).

2.4. Lomber Disk Herni ve Özbakım Gücü

2.4.1. Özbakım Gücü Tanımı ve Önemi

Özbakım: Dorothea E. Orem tarafından geliştirilerek ilk kez 1959 yılında yayınlanmıştır. Orem, özbakımı “bireyin sağlığını, yaşamını ve iyilik halini korumak için gerekli aktiviteleri doğru zamanlamayla başlatması ve uygulaması olarak tanımlamaktadır (Arı vd., 2015). Kısaca özbakım bireylerin kişisel olarak yaşamlarını, sağlık ve iyiliklerini korumak için kendilerine düşeni yapmalarıdır.

İnsan; fizyolojik, psikolojik ve sosyal bir varlık olup, bireyin özbakımı çocukluktan ileri yaşlara doğru gelişim göstererek değişmektedir. Bu değişim; bireyin sağlık durumu, eğitimi, yaşam deneyimleri, yaşadığı toplumun kültürü, günlük yaşamda olanakları kullanabilmesi gibi faktörlere bağlıdır (Kara, 2001). İnsan temel gereksinimlerini etkili şekilde karşıladığı zaman özbakım, sağlığı ve iyiliği destekler. Kısaca, sağlık ile özbakım arasında sıkı bir ilişki vardır. Özbakım yerine getirildiğinde sağlıklı ve mutlu bir yaşamın oluşmasına katkı sağlanacaktır (Bakoğlu ve Yetkin, 2000).

Özbakım gücü: Orem (2001) kuramında insanın, kendisinin ve başkalarının özbakımını yapacak ve gereksinimlerini belirleyecek güce sahip olması ve bu gücün bireysel farklılıklar göstermesi olarak tanımlamıştır. Orem’e göre özbakım gücü bireyin bulunduğu çevreden edinilir ve çevre özbakım gücünü etkiler (Çelik ve Yıldırım, 2016). Ayrıca özbakım gücü bir bireyin sağlıklı alışkanlıklarını geliştirir ve varsa kronik hastalıklarıyla daha iyi mücadele

etmesini sağlar. Özbakımda hedef bireyin kendi sağlığına ilişkin tüm sorumlulukları almasını sağlamaktır (Arı vd., 2015). Yeterli zbakım gücüne sahip olmak, bireyin yaşamdan doyum alma derecesini desteklemektedir. Özbakım, hem uygulamaya hem de tedaviye yönelik bir yaklaşımı içeren pozitif bir eylem olup insan, evre, kültür ve günlük yaşam değerleri gibi pek çok etmenle ilgilidir (Muz ve Eğlence, 2013).

z Bakım Gereksinimleri: Yaşam, sağlık ve iyilik halini sürdürebilmek için gerçekleştirilen eylemleri ifade eder. Orem z bakım gereksinimlerini üç alt grup altında sınıflandırmıştır. Bunlar; evrensel öz bakım gereksinimleri, gelişimsel öz bakım gereksinimleri ve sağlıktan sapma öz bakım gereksinimleridir.

- ✓ **Evrensel z Bakım Gereksinimleri:** Bireyin günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili olan yeterli hava, su, beslenme ihtiyaçlarının sürdürülmesi; boşaltım ve dışkılama ile ilgili bakımının sağlanması; aktivite ve dinlenme, yalnızlık ve sosyal etkileşim gibi durumlar arasındaki dengenin sağlanması; iyilik halinin sürdürülmesi ve fonksiyonelliğin geliştirilmesi gibi temel istek ve gereksinimleri kapsar (Felipe vd., 2014; elik ve Yıldırım, 2016).
- ✓ **Gelişimsel z Bakım Gereksinimleri:** Bireyin büyüme ve gelişme aşamalarında ortaya çıkan gereksinimleri ifade eder.
- ✓ **Sağlıktan Sapma z Bakım Gereksinimleri:** Orem'e (2001) göre bireyler kendilerini etkileyen sağlıktan sapma durumunda öz bakım gereksinimlerini karşılamada herhangi bir yetersizlik hissetmedike hemşireliğe gereksinim duymayacaktır. Birey sağlığı bozulur ve gereksinimlerini karşılamayacak duruma gelirse hemşirelik bakımına gereksinim duyar (elik ve Yıldırım, 2016).

z Bakım Eksikliği: Bireyin z bakım gücünün öz bakım gereksinimlerini karşılamada yetersiz kaldığı durumlarda ortaya çıkar. z bakım yetersizliği durumunda hemşire; bireyin gereksinimlerini karşılayabileceği düzeye indirmeli, bireyin öz bakım yeteneklerini artırmalı ya da öz bakım yetersizliğini gideremediği durumlarda da bakım gereksinimlerini kendisi üstlenmelidir (elik ve Yıldırım, 2016).

2.5. Lomber Disk Hernide Hemşirelik Bakımı

Hemşirenin bakım verici, eğitici, koruyucu– savunucu ve danışmanlık rollerini etkin bir biçimde kullanarak ameliyat öncesi ve sonrası dönemde eğitim vermesi, lomber disk herni ameliyatı olan bireyin var olan durumunu geliştirmeyi ve en üst düzeyde sürdürmeyi öğrenmesine yardımcı olarak üretken yaşamına geri dönüşüne olanak sağlayacaktır (Karada ve Aksoy, 2002).

Bakım Verici Rolü: Hemşirelik bağlamında bakım, kişinin sağlıklıyken kendi olanaklarıyla gerçekleştirdiği ancak hastalık sırasında nitelikli bir şekilde başaramadığı, yaşamı sürdürmekle ilgili ihtiyaçları karşılama etkinliklerini ifade eder (Taylan vd., 2012). Nitelikli ve etkin hemşirelik bakımı, hastanede yatış sürelerinin ve bunun yol açacağı iş gücü - üretim kayıplarının azalmasını ve ikincil hastalıkların, komplikasyonların önlenmesini sağlayabilmektedir. Bakım temel hemşirelik rolüdür ve hemşire bu rolü yerine getirirken hasta merkezli çalışarak, karar verme becerisini kullanmaktadır. Hemşirenin hastaya ve hastalık sürecine özel bir bakım planı hazırlaması ve hastanın sosyal - emosyonel iyilik durumunu yeniden kazandırmaya yönelik önlemler alması söz konusudur. Geçmiş modern hemşirelik öncesi geleneksel uygulamalara uzanan bakım verme, hemşirelik rollerinin en eskisidir ve diğer rollerinin bu rolden türeyerek oluştuğunu söylemek olanaklıdır. Hemşirelik rolleri arasında özerkliğin en kuvvetle hayata geçişi bakım verme rolünde olmaktadır (Taylan vd., 2012).

Eğitici Rolü: Bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını korumaya - geliştirmeye, hastalık halinde iyileştirmeye ve doğru sağlık davranışlarını kazandırmaya yönelik olarak planlı biçimde eğitim vermek, hemşireliğin temel rollerinden biridir. Hemşirelerin bu rolde tamamen özerk olması, eğitimin içeriğini ve veriliş biçimini belirlemesi söz konusudur. Sağlık eğitimcisi olarak hemşire, tedavi ve yaşam biçimindeki değişimler hakkında hem hastaya ve hasta ailesine, hem de topluma bilgi aktarmaktadır. Verilen bilginin anlaşılıp anlaşılmadığını belirlemek ve mümkün olan en üst düzeyde anlaşılmasını sağlamak, eğitim alanın bilgi düzeyindeki ilerlemeyi değerlendirmek, kullanılacak eğitim yöntemlerini seçmek bu rolün parçalarıdır (Taylan vd., 2012).

Danışman Rolü: Hemşirenin bu rolü eğitici ve iletişim - koordinatörlük rolüyle bütünleşmektedir. Hemşire, hasta ve ailesine hastalıkla ilgili farkındalık yaratarak hastalığın seyrini öğretme, hastalığın yarattığı sorunlar ile baş edebilmeyi sağlayacak kaynaklar konusunda bilgilendirme, kaynakların kullanımı için teşvik etme, hastalara kanıta dayalı bilimsel bilgiye ulaşma konularında danışmanlık vermektedir (Aydemir, 2018).

Koruyucu - Savunucu Rolü: Hemşirenin bu rolü kapsamında birçok görev ve sorumluluk yer alır. Hemşire bakım verdiği birey ya da grup için fiziksel ve psikososyal olarak güvenli bir çevre sağlar. Bakıma ilişkin karar verme süreçlerinde etik ilkeleri göz önünde bulundurur. Bireyin/hastanın yasal haklarını korur ve gerektiğinde hakkını aramasına yardım eder (Erdemir, 1998).

- ✓ **Ameliyat öncesi hemşirelik bakımı:** Hasta bireylerin çoğu ameliyat korkusu hissedebilir. Bu nedenle, ameliyata yönelik bilgi gereksinimlerinin karşılanması gereklidir. Sağlık öyküsü ile ilgili elde edilen veriler (ağrı, parestezi, kas spazmı yakınmaları) kaydedilerek, ameliyat sonrası verilerle karşılaştırılmalıdır. Ameliyat öncesi tanılamada bağırsak ve mesane işlevselliğinin yanı sıra, ekstremiteler hareketliliğinin değerlendirilmesi önemlidir. Ameliyat sonrası döndürme işleminin kolaylaştırılması amacıyla, hasta bireye tek bir parça halinde dönmenin gereği ve önemi açıklanır. Hasta bireye ameliyat öncesi derin solunum ve öksürme egzersizi konusunda cesaretlendirilir. Böylece kas tonüsünün sürekliliği sağlanır (Öztekin, 2014). Ayrıca ameliyat sonrası dönemde uygulamak üzere hastaya derin solunum egzersizi, öksürük egzersizi, yatak içi aktif ve pasif egzersizler, yataktan kalkma ve yatağa geçiş hakkında bilgi verilir (Irmak, 2016).
- ✓ **Ameliyat sonrası hemşirelik bakımı:** Ameliyat sonrası dönemde hasta bireyin yaşam bulguları sık aralıklarla kontrol edilir. Hastanın yan yatış pozisyonu sırasında dizinin aşırı fleksiyonunu önlemek için bacaklarının arasına yastık yerleştirilir. Hastanın yatak içi dönme sırasında bel bölgesine basıncın önlenmesi için bir bütün olarak dönmesi sağlanır. Hastanın cerrahi sonrası erken dönemde defekasyon dışında oturmaması sağlanır. Hastanın ameliyat sonrasında erken mobilizasyonu sağlanır (Irmak, 2016; Öztekin, 2014).
- ✓ **Evde ve Topluma Dayalı Bakımın Yükseltilmesi:** Ligamentlerin iyileşmesi 6 haftaya kadar devam ettiğinden, hasta bireye yaşam aktivitelerini aşamalı şekilde ve tolere ettiği ölçüde artırması önerilir. İyileşinceye kadar omurgada fleksiyon yaratan hareketlerden kaçınılmalıdır. Ameliyat sonrası 2–3 ay süresince ağır işlerden kaçınılması gerektiği açıklanmalıdır (Öztekin, 2014).

- ✓ **Öz bakım Gücüne Yönelik Hemşirelik Bakımı:** Lomber disk hernide, radiküler ağrı en önemli semptomlardan biridir. Öksürmek, ıkmak gibi vasa maneuverasının yapıldığı durumlarda ağrı daha da şiddetlenir. Hastanın dizlerini ve kalçasını fleksiyon haline getirmesi ile ağrı hafifler. Yaşanan bu bel ağrısı iş gücü kaybına neden olan hastalıkların ilk sıralarında yer alır. Bunlara ek olarak lomber disk hernisi olan hastaların bir kısmında hafif üriner semptomlar olabilir. Sık idrara çıkmak, idrara başlarken zorlanmak başlıca şikâyetlerdendir (Toplamaoğlu, 2005; Coşan, 2004). Lomber disk herninin semptomlarından kaynaklı olarak bireyin öz bakım gücünde azalma meydana gelebilir ve öz bakım ihtiyaçlarını yerine getiremeyebilir. Öz bakım eksikliğinin bulunması ve bireyin öz bakımını yerine getirememesi durumunda hemşirelik girişimleri gereklidir (Barett ve vd., 2014; Orem, 2001). Orem'e göre hemşirelik ve öz bakım, hem entelektüel hem de uygulama aşamasını içerir. Hemşirelik sürecinde bir hastanın neden hemşirenin yardımına gereksinim duyduğunun belirlenmesi ve hemşirenin bu yardımı nasıl verebileceği ile ilgili kararlar vermesi entelektüel etkinliklerdir. Entelektüel aşamada hemşire, hastanın yaşam öyküsünü ve yaşam biçimini değerlendirir. Hemşirenin hasta için yardım etkinliğine başlaması ve bunu sürdürmesi uygulama etkinliğidir (Velioğlu, 1999).

Orem hastanın öz bakım gereksinimlerini karşılamak için üç temel hemşirelik sistemi tanımlar. Bu sistem insanlara hemşirelik ile nasıl yardım edileceğini açıklar. Bireyin sağlık gereksinimlerinin nasıl karşılanacağı ya da bireye nasıl yardım edileceğinin yanıtı hemşirelik sistemlerinde aranmalıdır.

1. Tümüyle Eksikliği Giderici (Tam Kompansasyon) Hemşirelik Sistemi: Bakımın yerine getirilmesinde hastanın aktif rol oynamadığı durumlardır. Burada hasta birey tüm günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede tam bağımlı olup hastanın tüm gereksinimleri hemşire tarafından karşılanır. Bu sistemde üç derece vardır:

- ✓ Hasta mental ve fiziksel yönden tamamen yetersizdir.
- ✓ Hasta fiziksel olarak yetersizdir fakat çevresindeki olayların farkındadır.
- ✓ Hasta psikomotor yaşam aktiviteleri, güvenliği ve etkin işlev görmek için gereksinimlerini karşılamada yetersizdir.

Tam kompansatuar sistemde bakım gereksinimi olan hasta bilinçsiz olabilir. Bu durumda hemşire, oksijenasyon, beslenme, eliminasyon, hijyen, egzersiz ve duyuşal uyarıları içeren tüm gereksinimlerini güvenli bir şekilde yerine getirebilmesini sağlamalıdır.

2. Kısmen Eksikliği Giderici (Kısmi Kompansasyon) Hemşirelik Sistemi: Hem hemşire hem de hastanın ambulasyon ya da manüplatif girişimleri içeren aktivitelere katıldığı bir durumdur. Gereksinimleri karşılamada hemşire ve hasta temel role sahiptir.

3. Destekleyici Eğitsel Hemşirelik Sistemi: Bu sistemde hasta öz bakımını yapabilir ancak başkalarının yardımına gereksinim duyabileceği durumların da olduğunu bilmelidir. Bu sistemde yardımcı olma yöntemleri; destek, rehberlik, çevresel düzenleme ve öğretimi içerir (Öztürk ve Karataş, 2008).

✓ **Ağrı ile Baş Etmede Hemşirenin Rolü:** Hemşire ağrı kontrolünde vazgeçilmez bir role sahiptir. Ağrı kontrolünde hemşireyi diğer ekip üyelerinden ayıran ve önemli yapan; hemşirenin hastayla uzun süre birlikte olması, hastanın önceki ağrı deneyimlerini ve ağrıyla baş etme yöntemlerini öğrenmesi ve gerektiğinde bunlardan yararlanması, ağrı ile başa çıkma stratejilerini hastaya öğretmesi, rehberlik yapması, planlanan tedaviyi uygulaması etkilerini ve sonuçlarını izlemesi, empatik yaklaşımı ve sempatisidir (Çöçelli vd., 2008). Ağrıyı kontrol altına almak için öncelikle ağrının tanımlanması gerekir. Tanılamada hemşire, ağrının yeri, şiddeti, niteliği, başlangıç süresi, hastanın ağrısını ifade etme şekli, ağrıyı azaltan artıran durumlar ve ağrının hasta üzerindeki etkilerine yer vermelidir (Çöçelli vd., 2008; Karabulut, 2014; Tercan, 2015). Ağrı yönetimi ve ağrı kontrolünde aşağıdaki girişim ve yaklaşımlar yerine getirilmelidir (Çöçelli vd., 2008).

- İlgili etiyolojik ve risk faktörleri değerlendirilir ve izlenir.
- Ağrının yeri, şiddeti, ne zaman başladığı saptanır (hastaya doğrulattırılır).
- Ağrıyı azaltan ve artıran faktörler değerlendirilir ve izlenir.
- Ağrıya karşı duygusal tepkiler (inkar, anksiyete, konfüzyon, öfke, beden bilincinde değişiklik) ve baş etme şekli değerlendirilir ve izlenir.
- Ağrıya neden olan uyaranlar elimine edilir.
- Gereksiz hareketlerden kaçınılır.
- Musküler gerginlik azaltılır.
- Ağrı basınçla ilgili olduğunda uygun pozisyon verilir.
- Ağrı kontrolü için en uygun ilaç planına karar verilir.
- Analjeziklerin, solunum depresyonu ve yan etkileri yakından incelenir.
- İlaç alışkanlığından endişe eden hastalar için akut ağrı kontrolünde ilaç alışkanlığı gelişmesinin çok az olduğu anlatılır.

- Çevre kontrol altına alınır (ışık, görüntü vb.).
- Uygunsa rahatlatıcı masaj yapılır.
- Anksiyete ve korkularını gidermek için açıklayıcı bilgi verilir.
- Müzik dinletme vb. relaksasyon teknikleri kullanılır.
- Ağrı ile baş etme ile ilgili açıklayıcı bilgi verilir.
- Hangi günlük yaşam aktivitelerinin ağrıyı artırdığı ve azalttığı hasta ile görüşülerek belirlenir.
- Ağrı kontrol ilaçları, hastanın uykusunu ve istirahatini bölmeyecek şekilde planlanır.
- Hasta ve hasta yakınlarının bakıma katılmaları sağlanmalıdır.
- Son olarak da ağrı giderme yöntemlerinin etkinliği değerlendirilmelidir (Biol, 2007).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma lomber disk herni tanılı bireylerde yaşanan ağrının özbakım gücüne etkisini ve bireylerin ağrı ile baş etme yöntemlerini değerlendirmek amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Servisinde ve poliklinikte 15 Mart 2019 – 31 Mayıs 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği 28 yatak kapasitesindedir. Odaların tek kişilik, iki kişilik ve dört kişilik olarak seçenekleri mevcuttur. Toplamda 4 adet asistan doktor, 8 adet hemşire bulunmaktadır. Poliklinikte 1 asistan ve 1 sekreter görev almaktadır. Poliklinikte hasta bekleme alanı, asistan doktor muayene odası, doktor öğretim üyesi muayene odası ve sekreter bölümü yer almaktadır. Araştırma servis kısmında hasta odalarında, poliklinik kısmında bekleme bölümünde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Çalışmanın evrenini Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniğine 15 Mart 2019 – 31 Mayıs 2019 tarihleri arasında lomber disk herni tanısı ile polikliniğe başvurmuş ve yine lomber disk herni nedeniyle yatışı yapılmış, cerrahi girişim uygulanmamış tüm hastalar oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın evreni aynı zamanda örneklemini de temsil etmektedir. Araştırmaya katılmayı kabul eden, 18 yaşından büyük, psikiyatrik bir hastalığı bulunmayan, çalışmaya katılmakta gönüllü olan, sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş olurları alınan 100 hasta oluşturmuştur.

3.5. Veri Toplama Araçları

Veri toplamak için literatür bilgisine dayanılarak araştırmacılar tarafından oluşturulan Hasta Tanıtım Formu (**EK1**), Visual Ağrı Skalası (**EK2**), literatür bilgisine dayanılarak araştırmacılar tarafından oluşturulan Ağrı ile Baş Etme Yöntemleri Formu (**EK3**), geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış Özbakım Gücü Ölçeği (**EK4**) kullanılmıştır.

Hasta Tanıtım Formu

Demografik ve tanıtıcı bilgilerinin bulunduğu bu form bireylerin dahil olduğu araştırma grubu, yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, hastalığının ne kadar süreden beri var olduğunu, hastalık sürecinde yaşanan belirtileri içeren grupları belirlemeye yönelik 9 sorudan oluşmuştur (Dönmez vd., 2001; Akca vd., 2013; Aydoğan, 2005).

Visual Ağrı Skalası (VAS) Formu

Ölçek ilk olarak 1970'lerde kullanılmaya başlanmıştır. Ölçek 1980'li yıllarda Selby ve arkadaşları tarafından kanserli hastalarda yaşam kalitesini değerlendirmek için tanımlanmıştır. VAS 1990'lı yıllardan sonra farklı parametrelerin değerlendirildiği birçok çalışmada kullanılmış olup, son zamanlarda ağrı gibi özel durumların ölçümünde kullanılmaya başlamıştır. Visual Ağrı Skalası (VAS) sayısal olarak ölçülemeyen bazı değerleri sayısal hale çevirmek için kullanılmaktadır. Bir ucunda ağrısızlık, diğer ucunda olabilecek en şiddetli ağrı yazan 10 cm'lik bir cetvel üzerinde hasta kendi ağrısını işaretler. VAS'nın ağrı şiddeti ölçümünde diğer tek boyutlu ölçeklere göre daha duyarlı ve güvenilir olduğu belirtilmektedir (Boer vd., 2004; Cline vd., 1992).

Özbakım Gücü Ölçeği / Self-Care Agency Scale

Kearney ve Fleischer tarafından 1979 yılında geliştirilen ölçek 43 maddeden oluşmaktadır. Ülkemizde Nahcivan tarafından 1994 yılında ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ve ölçek 35 madde olarak yeniden düzenlenmiştir. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0.92 olarak belirlenmiştir. Ölçekte özbakım gücüyle ilgili ifadelerin yer aldığı maddeler için “Beni hiç tanımlamıyor”, “Beni pek tanımlamıyor”, “Fikrim yok”, “Beni biraz tanımlıyor” ve “Beni çok tanımlıyor ” seçenekleri bulunmaktadır. Ölçekte her bir ifade sıfır ve dört arasında değişebilen puanlar almaktadır. Ölçekte olumsuz ifade içeren sekiz maddeye (3, 6, 9, 13, 19, 22, 26 ve 31) verilen yanıtlarda ise ters puanlama uygulanır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan sıfır, en yüksek puan ise 140'dır. Ölçekten toplam 82 puanın altında alınması düşük, 82–120 puan arasında alınması orta, 120 puanın üzerinde alınması ise yüksek özbakım gücü olarak ifade edilir. Ölçekten alınan puanın artması bireyin özbakım gücünün yüksekliğini gösterir. Ölçeğin sınır/kesme değeri yoktur. Araştırmamızda Cronbach alfa kat sayısı 0.85 olarak bulunmuştur.

Ağrı ile Baş Etme Yöntemleri Formu

Ağrı ile Baş Etme Yöntemleri Formu ilgili literatüre (Babadağ, 2014; Üstkan, 1999; Özveren, 2011; Midilli vd., 2018; Çevik ve Özpınar, 2014; Çöçelli vd., 2008; Mollaoğlu ve Birge, 2018) dayalı olarak araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Formda ağrı ile baş etmede yaygın olarak kullanılan 18 uygulama/yöntem mevcuttur. Hastalar bu uygulamalardan birini veya birkaçını işaretlemiştir. En son madde diğer seçeneğidir ve hastalar kendilerine özđü uyguladıkları yöntemi yazmıştır.

3.6. Verilerin Toplaması

Veri toplama araçları, Beyin ve Sinir Cerrahisi kliniğinde hasta odalarında ve Beyin ve Sinir Cerrahisi polikliniğinde hasta bekleme bölümünde doldurulmuştur. Hastalara doldurmaları için verilen olan formların neler olduğu, içeriğinde kaç soru olduğu, nasıl doldurmaları gerektiği hastalara açıklanmıştır. Devamında hastaların, Hasta Tanıtım Formunu, Visual Analog Skalasını, Ağrı ile Baş etme Yöntemleri Formunu, Özbakım Gücü Ölçeğini doldurmaları sağlanmıştır. Okuma yazması olmayan hastalara ait formaların doldurulmasında hastanın yanında bulunan aile üyelerinden yardım alınmıştır. Hasta yakınının bulunmaması halinde formu araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmamızdan elde edilen veriler SPSS (Ver:22.0) programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde parametrik test varsayımları yerine getirildiğinde (Kolmogorov-Smirnov) bağımsız iki gruptan elde edilen ölçümler karşılaştırılırken iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, bağımsız ikiden fazla gruptan elde edilen ölçümler karşılaştırılırken tek yönlü varyans analizi, analiz sonucunda önemli kararı verildiğinde farklılık yapan grup ya da grupları bulmak için Tukey testi kullanılmış, verilerimiz tablolarda aritmetik ortalama, standart sapma, birey sayısı ve yüzdesi şeklinde belirtilip yanılma düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma sürecine başlamadan önce Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurularak etik kurul onayı ve araştırmanın yapıldığı hastaneden yazılı resmi izinler alınmıştır. Veri toplama aşamasında da bireyler araştırma hakkında bilgilendirilerek araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Hastaya sözlü olarak çalışmanın amacı, nasıl yapılacağı, hastanın çalışmanın neresinde olacağı, çalışmanın herhangi bir zararının olmadığı, çalışma sonucunun ne gibi bir katkısı olacağını, çalışmanın nasıl uygulanacağına ilişkin bilgi verilerek ‘‘İnsan Onuruna Saygı’’ ilkesi, araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyenlerin alınması ile ‘‘zerkliğe Saygı’’ ilkesi, araştırmada elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilerek ‘Gizlilik ve Gizliliğin Korunması’ ilkesi yerine getirilmiştir. Araştırmada Helsinki Bildirgesinde yer alan etik ilkelere uyulmuştur.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sonucunda elde edilen bulguların hastaların kendi ifadelerine dayalı olması araştırmanın sınırlılığını oluşturmuştur.

4. BULGULAR

Bu bölümde, lomber disk herni tanılı bireylerde yaşanan ağrının özbakım gücüne etkisi ve bireylerin ağrı ile baş etme yöntemlerini belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular sunulmuştur.

Tablo 4.1: Çalışmaya Katılan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=100)

| Tanıtıcı Özellikler | S | % |
|---------------------------------|----|------|
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 57 | 57,0 |
| Erkek | 43 | 43,0 |
| Yaş Grubu | | |
| 18-27 | 9 | 9,0 |
| 28-37 | 29 | 29,0 |
| 38-47 | 31 | 31,0 |
| 48-57 | 14 | 14,0 |
| 58+ | 17 | 17,0 |
| Medeni Durum | | |
| Bekar | 15 | 15,0 |
| Evli | 85 | 85,0 |
| Çocuk Sahibi Olma Durumu | | |
| Var | 83 | 83,0 |
| Yok | 17 | 17,0 |
| Eğitim Durumu | | |
| Okur-Yazar Değil | 6 | 6,0 |
| İlkokul Mezunu | 25 | 25,0 |
| Ortaokul Mezunu | 12 | 12,0 |
| Lise Mezunu | 32 | 32,0 |
| Üniversite Mezunu | 25 | 25,0 |
| Yaşanılan Bölge | | |
| Köy | 10 | 10,0 |
| İlçe | 13 | 13,0 |
| İl | 77 | 77,0 |
| Çalışma Durumu | | |
| Evet | 42 | 42,0 |
| Hayır | 58 | 58,0 |
| Meslek | | |
| Sosyal Güvence | | |
| Var | 96 | 96,0 |
| Yok | 4 | 4,0 |

| Hastalığın Süresi | | |
|-------------------------------|-----|-------|
| 1 Aydan Kısa | 12 | 12,0 |
| 1-6 Ay | 23 | 23,0 |
| 6-12 Ay | 14 | 14,0 |
| 1-5 Yıl | 20 | 20,0 |
| 5 Yıldan Uzun | 31 | 31,0 |
| Hastalık Belirtileri | | |
| Bel Ağrısı | | |
| Var | 85 | 85,0 |
| Yok | 15 | 15,0 |
| Bacak Ve Ayakta Uyuşma | | |
| Var | 34 | 34,0 |
| Yok | 66 | 66,0 |
| Bacak Ağrısı | | |
| Var | 67 | 67,0 |
| Yok | 33 | 33,0 |
| Ayakta His Kaybı | | |
| Var | 6 | 6,0 |
| Yok | 94 | 94,0 |
| Ayakta Güç Kaybı | | |
| Var | 4 | 4,0 |
| Yok | 96 | 96,0 |
| Düşük Ayak | | |
| Var | 1 | 1,0 |
| Yok | 99 | 99,0 |
| Toplam | 100 | 100,0 |

Tablo 1’de çalışma kriterlerine uyan ve çalışmayı kabul eden lomber disk herni tanılı bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Tablo 1’e göre; %57 oranında kadın hasta, %43 oranında erkek hasta bulunmaktadır. Hastaların en fazla oranda %31 bulunduğu yaş grubu 38–47 aralığı, en az oranda %9 bulunduğu yaş grubu ise 18–27 aralığıdır. Hastaların %85’i evli ve %83’ü çocuk sahibidir. Hastaların %32’si lise mezunu ve %6’sı okur-yazar değildir. Hastaların %77’si şehir merkezinde yaşamakta ve %58’i çalışmamaktadır. Çalışan hastaların %16’sı serbest meslekle uğraşmakta ve %12’si memur olarak görev yapmaktadır. Hastaların %96’sının sosyal güvencesi mevcuttur. Bireylerin hastalık süresine en yüksek oranda %315 yıldan uzun, en düşük oranda %12 ise 1 aydan kısa olarak bulunmuştur. Bireylerin hastalık belirtileri arasında %85 ile en yüksek oranda bel ağrısı, %1 ile en az oranda düşük ayak bulunmuştur. Diğer belirtiler %67 oranında bacak ağrısı, %34 oranında bacak ve ayakta uyuşma, %6 oranında ayakta his kaybı, %4 oranında ayakta güç kaybı olarak bulunmuştur.

Tablo 4.2: Lomber Disk Hernili Bireylerin Visual Analog Skalave Özbakım Gücü Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

| | S | Minimum | Maksimum | Ortalama | Standart Sapma |
|--|-----|---------|------------|----------|----------------|
| VAS puan Ortalaması | 100 | 1(0)* | 10(10)** | 6.24 | 1.865 |
| Özbakım Gücü Ölçeği Puan ortalaması | 100 | 36(0)* | 140(140)** | 97.09 | 22.65 |

* Alnabilecek en düşük puan

** Alnabilecek en yüksek puan

Tablo 2’de bireylerin özbakım gücü ve VAS puanlarının en küçük, en büyük ve ortalama değerleri gösterilmiştir. Özbakım gücü puanı en az 36, en çok 140 ve ortalama özbakım gücü puanı 97.09 olarak bulunmuştur. VAS puanı en az 1, en çok 10 ve ortalama olarak 6.24 puan bulunmuştur.

Tablo 4.3: Visual Analog Skala Puanı ve Özbakım Gücü Puanı Arasındaki İlişki

| | | VAS Puanı | Özbakım Gücü Puanı |
|--------------------|-------------------------|-----------|--------------------|
| VAS Puanı | Correlation Coefficient | 1.000 | -.773** |
| | Sig. (2-tailed) | . | .000 |
| | N | 100 | 100 |
| Özbakım Gücü Puanı | Correlation Coefficient | -.773** | 1.000 |
| | Sig. (2-tailed) | .000 | . |
| | N | 100 | 100 |

Tablo 3’te VAS puanı ile özbakım gücü puanı arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişki miktarı $r=-0.773$ ’tür. Buna göre VAS puanı arttığında özbakım gücü puanı azalmaktadır. Bu kolerasyon kat sayısı istatistiksel olarak önemli ($p<0.05$), bir ilişki ölçütü olarak kuvvetli bulunmuştur.

Tablo 4.4: Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ağrı ve Özbakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=100)

| | Ağrı Puan Ortalaması X±SD | Sonuç | Özbakım Gücü Puan Ortalaması X±SD | Sonuç |
|---------------------------------|------------------------------|---------|--------------------------------------|----------|
| Cinsiyet | | | | |
| Kadın(57) | 6.61±1.62 | T=2.36 | 93.86±22.98 | T=1.65 |
| Erkek(43) | 5.74±2.06 | P=0.200 | 101.37±21.74 | P=0.101 |
| Yaş Grupları | | | | |
| 18–27(9) | 6.00±2.34 | | 102.56±24.23 | |
| 28–37(29) | 6.00±1.60 | F=2.69 | 96.10±20.99 | F=1.50 |
| 38–47(31) | 6.55±1.54 | P=0.035 | 96.39±25.05 | P=0.208 |
| 48–57(14) | 5.14±2.34 | | 107.43±22.88 | |
| 58+(17) | 7.12±1.76 | | 88.65±17.90 | |
| Medeni Durum | | | | |
| Bekâr(15) | 6.47±1.59 | T=0.50 | 96,80±24.14 | T=1.05 |
| Evli(85) | 6.20±1.91 | P=0.612 | 97,14±22.53 | P=0.957 |
| Çocuk Sahibi Olma Durumu | | | | |
| Var(83) | 6.35±1.70 | T=1.30 | 96.98±22.09 | T=0.11 |
| Yok(17) | 5.71±2.51 | P=0.196 | 97.65±25.95 | P=0.912 |
| Eğitim Durumu | | | | |
| Okur-Yazar Değil(6) | 8.17±0.98 | F=2.64 | 76.00±5.40 | F=2.79 |
| İlkokul Mezunu(25) | 6.56±1.75 | P=0.038 | 90.00±23.86 | P=0.031* |
| Ortaokul Mezunu(12) | 6.25±1.42 | | 100.67±19.21 | |
| Lise Mezunu(32) | 6.09±1.71 | | 102.59±21.51 | |
| Üniversite Mezunu(25) | 5.64±2.21 | | 100.48±23.51 | |
| Yaşanılan Yer | | | | |
| Köy(10) | 6.20±2.04 | F=0.66 | 98.50±29.41 | F=0.89 |
| İlçe(13) | 5.69±1.97 | P=0.517 | 104.62±23.90 | P=0.413 |
| İl(77) | 6.34±1.83 | | 95.64±21.54 | |
| Çalışma Durumu | | | | |
| Evet(42) | 5.86±1.98 | T=1.76 | 98.33±22.20 | T=0.46 |
| Hayır(58) | 6.52±1.74 | P=0.081 | 96.19±23.13 | P=0.643 |
| Meslek | | | | |
| Çalışmıyor(52) | 6.48±1.79 | | 95.48±23.78 | |
| Memur(12) | 5.67±2.24 | F=1.06 | 101.17±22.78 | F=0.43 |
| İşçi(15) | 6.20±1.37 | P=0.379 | 93.47±18.47 | P=0.785 |
| Öğrenci(5) | 7.00±1.58 | | 101.40±27.26 | |
| Serbest Meslek(16) | 5.69±2.05 | | 101.31±22.51 | |
| Hastalık Süresi | | | | |
| 1-5 yıl | 6.33±1.93 | T=0.74 | 97.35±23.27 | T=0.169 |
| 5 ve üzeri | 6.03±1.70 | P=0.458 | 96.52±21.59 | P=0.866 |
| Hastalık Belirtileri | | | | |
| Bel Ağrısı | | | | |
| Var(85) | 6.48±1.76 | T=3.23 | 95.26±22.91 | T=1.95 |
| Yok(15) | 4.87±1.88 | P=0.002 | 107.47±18.52 | P=0.054 |

| | | | | | |
|-------------------------------|-----------|---------|--------------|---------|--|
| Bacak Ağrısı | | | | | |
| Var(67) | 6.33±1.94 | T=0.67 | 97.43±22.73 | T=0.21 | |
| Yok(33) | 6.06±1.71 | P=0.502 | 96.39±22.83 | P=0.831 | |
| Bacak ve Ayakta Uyuşma | | | | | |
| Var(34) | 6.15±1.87 | T=0.356 | 99.38±23.40 | T=0.71 | |
| Yok(66) | 6.29±1.87 | P=0.722 | 95.91±22.35 | P=0.471 | |
| Ayakta His Kaybı | | | | | |
| Var(6) | 5.17±1.72 | T=1.46 | 107.33±24.84 | T=1.14 | |
| Yok(94) | 6.31±1.86 | P=0.147 | 96.44±22.49 | P=0.255 | |
| Ayakta Güç Kaybı | | | | | |
| Var(4) | 4.75±2.50 | T=1.64 | 110.25±18.42 | T=1.18 | |
| Yok(96) | 6.30±1.82 | P=0.103 | 96.54±22.73 | P=0.238 | |
| Düşük Ayak | | | | | |
| Var(1) | 3.00 | 0.185 | 114.00 | 2.282 | |
| Yok(99) | 6.27±1.84 | | 96.92±22.70 | | |

Tablo 4'te bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre ağrı ve özbakım gücü puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Cinsiyete göre özbakım gücü puan ortalaması kadınlarda 93.86±22.98, erkeklerde 101.37±21.74 bulunmuş olup, karşılaştırıldığında puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Yaş gruplarına göre özbakım gücü puan ortalaması 38–47 yaş grubunda 96.39±25.05, 28–37 yaş grubunda 96.10±20.99 bulunmuştur. Yaş gruplarına göre bireylerin özbakım gücü puan ortalaması karşılaştırıldığında farklılık istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Evli olanların özbakım gücü puan ortalaması 97,14±22.53 ve çocuk sahibi olanların özbakım gücü puan ortalaması 96.98±22.09 bulunmuştur. Medeni duruma ve çocuk sahibi olma durumuna göre özbakım gücü puan ortalaması karşılaştırıldığında sonuç istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Okur-yazar olanların özbakım gücü puan ortalaması 76.00±5.40 iken üniversite mezunu olanların özbakım gücü puan ortalaması 100.48±23.51 bulunmuştur. Eğitim durumuna göre özbakım gücü puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Gruplara ait değerler ikişerli karşılaştırıldığında okur-yazar olmayanlarla ortaokul, okur-yazar olmayanlarla lise, okur-yazar olmayanlarla üniversite mezunları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunurken ($p<0.05$), diğer eğitim grupları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). İl de yaşayanların özbakım gücü puan ortalaması 95.64±21.54, çalışmayanların özbakım gücü puan ortalaması 96.19±23.13, memurların özbakım gücü puan ortalaması 101.17±22.78 bulunmuştur. Yaşanılan yere, çalışma durumuna ve mesleğe göre özbakım gücü karşılaştırıldığında fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Hastalık süresine göre özbakım gücü karşılaştırıldığında fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Bel ağrısı yaşayan, bacak ağrısı yaşayan, bacak ve ayak uyuşması yaşayan hastalara göre özbakım gücü puan ortalaması karşılaştırıldığında fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Ayakta his kaybı olan hastaların sayısı %6, ayakta güç kaybı olan hastaların sayısı %4, düşük ayak belirtisi olan hastaların sayısı sadece %1 olduğu için özbakım gücü puanı ile karşılaştırma yapılamamıştır.

Cinsiyete göre ağrı puan ortalaması kadınların 6.61 ± 1.62 , erkeklerin 5.74 ± 2.06 bulunmuş olup, karşılaştırıldığında puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Yaş gruplarına göre ağrı puan ortalaması 38–47 yaş grubunda 6.55 ± 1.54 , 28–37 yaş grubunda 6.00 ± 1.60 bulunmuştur. Yaş gruplarına göre bireylerin ağrı puan ortalamaları karşılaştırıldığında fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Evli olanların ağrı puan ortalaması 6.20 ± 1.91 , ilde yaşayanların ağrı puan ortalaması 6.34 ± 1.83 , çalışmayanların ağrı puan ortalaması 6.52 ± 1.74 , memurların ağrı puan ortalaması 5.67 ± 2.24 bulunmuştur. Medeni duruma, yaşanılan yere, çalışma durumuna ve mesleğe göre ağrı puan ortalaması karşılaştırıldığında fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Eğitim durumuna göre ağrı puan ortalaması okur-yazar olanlarda 8.17 ± 0.98 , üniversite mezunu olanlarda 5.64 ± 2.21 bulunmuştur. Eğitim durumuna göre ağrı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Hastalık süresine göre ağrı puan ortalaması karşılaştırıldığında fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Bel ağrısı yaşayan hastalara göre ağrı puan ortalaması karşılaştırıldığında fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Bacak ağrısı yaşayan, bacak ve ayak uyuşması yaşayan hastalara göre ağrı puan ortalaması karşılaştırıldığında fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Ayakta his kaybı olan hastaların sayısı %6, ayakta güç kaybı olan hastaların sayısı %4, düşük ayak belirtisi olan hastaların sayısı sadece %1 olduğu için ağrı puan ortalaması ile karşılaştırma yapılamamıştır.

Tablo 4.5: Bireylerin Ağrı ile Baş Etme Yöntemleri

| Ağrı ile Baş Etme Yöntemleri | S | % |
|---|----------|----------|
| Ağrı Kesici İlaç Kullanımı | | |
| Evet | 84 | 84.0 |
| Hayır | 16 | 16.0 |
| Soğuk Uygulama | | |
| Evet | 18 | 18.0 |
| Hayır | 82 | 82.0 |
| Sıcak Uygulama | | |
| Evet | 51 | 51.0 |
| Hayır | 49 | 49.0 |
| Masaj Yapma Veya Yaptırma | | |
| Evet | 58 | 58.0 |
| Hayır | 42 | 42.0 |
| Bel Çektirme | | |
| Evet | 3 | 3.0 |
| Hayır | 97 | 97.0 |
| Ağrıyan Bölgeye Mentol Uygulama | | |
| Evet | 63 | 63.0 |
| Hayır | 37 | 37.0 |
| Egzersiz Yapma | | |
| Evet | 44 | 44.0 |
| Hayır | 56 | 56.0 |
| Dikkati Başka Yöne Çekme | | |
| Evet | 15 | 15.0 |
| Hayır | 85 | 85.0 |
| Müzik Dinleme | | |
| Evet | 19 | 19.0 |
| Hayır | 81 | 81.0 |
| Hayal Kurma | | |
| Evet | 11 | 11.0 |
| Hayır | 89 | 89.0 |
| Dinlenme | | |
| Evet | 61 | 61.0 |
| Hayır | 39 | 39.0 |
| Ağrıyı Azaltan Başka Pozisyona Geçme | | |
| Evet | 56 | 56.0 |
| Hayır | 44 | 44.0 |
| Armoterapi Yaptırma | | |
| Evet | 2 | 2.0 |
| Hayır | 98 | 98.0 |
| Akupunktur Yaptırma | | |
| Evet | 1 | 1.0 |
| Hayır | 99 | 99.0 |

| | | |
|---------------------------------|-----|-------|
| Bitkisel Yöntem Kullanma | | |
| Evet | 27 | 27.0 |
| Hayır | 73 | 73.0 |
| Kaplıcaya Gitmek | | |
| Evet | 22 | 22.0 |
| Hayır | 78 | 78.0 |
| Dua Etmek | | |
| Evet | 63 | 63.0 |
| Hayır | 37 | 37.0 |
| Hacamat Yaptırmak | | |
| Evet | 2 | 2.0 |
| Hayır | 98 | 98.0 |
| Toplam | 100 | 100.0 |

Tablo 5'te bireylerin ağrı ile baş etme yöntemlerinin neler olduğu gösterilmektedir. Ağrı gidermede en çok tercih edilen yöntem % 84 oranında ağrı kesici ilaç kullanımı olurken, en az tercih edilen ağrı giderme yöntemi % 1 oranında akupunktur yaptırmak olmuştur. Diğer ağrı giderme yöntemleri en az tercih edilenden en çok tercih edilene doğru; % 2 oranı ile hacamat ve armoterapi yaptırmak, %3 oranında bel çektirme, %11 oranında hayal kurma, %15 oranında dikkati başka yöne çekme, %18 oranında soğuk uygulama, %19 oranında müzik dinleme, %22 oranında kaplıcaya gitmek, %27 oranında bitkisel yöntem kullanmak, %44 oranında egzersiz yapmak, %51 oranında sıcak uygulama, %56 oranında ağrıyı azaltan başka pozisyona geçme, %58 oranında masaj yapmak veya yaptırmak, %61 oranında dinlenme, %63 oranında dua etmek ve ağrıyan bölgeye mentol sürmek oluşturmaktadır.

Tablo 4.6: Bireylerin Ağrı ile Baş Etme Yöntemlerine Göre Ağrı ve Özbakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=100)

| | Ağrı Puan Ortalaması X±SD | Sonuç | Özbakım Gücü Puan Ortalaması X±SD | Sonuç |
|--|--------------------------------------|--------------|--|--------------|
| Ağrı Kesici İlaç Kullanımı | | | | |
| Evet(84) | 6.37±1.89 | T=1.59 | 96.33±23.39 | T=0.69 |
| Hayır(16) | 5.56±1.67 | P=0.113 | 100.63±19.41 | P=0.492 |
| Soğuk Uygulama | | | | |
| Evet(18) | 6.67±1.28 | T=1.07 | 98.61±22.76 | T=0.31 |
| Hayır(82) | 6.15±1.96 | P=0.286 | 96.76±22.76 | P=0.755 |
| Sıcak Uygulama | | | | |
| Evet(51) | 6.43±1.56 | T=1.07 | 98.04±23.11 | T=0.42 |
| Hayır(49) | 6.04±2.15 | P=0.297 | 96.10±22.10 | P=0.671 |
| Masaj Yapma veya Yaptırma | | | | |
| Evet (58) | 6.10±1.74 | T=0.85 | 101.48±22.44 | T=2.32 |
| Hayır(42) | 6.43±2.02 | P=0.392 | 91.02±22.78 | P=0.22 |
| Ağrıyan Bölgeye Mentol Uygulama | | | | |
| Evet(63) | 6.41±1.60 | T=1.21 | 97.00±22.89 | T=0.52 |
| Hayır(37) | 5.95±2.23 | P=0.229 | 97.24±22.56 | P=0.959 |
| Egzersiz Yapma | | | | |
| Evet(44) | 6.00±1.79 | T=1.14 | 101.41±24.71 | T=1.70 |
| Hayır(56) | 6.43±1.91 | P=0.256 | 93.70±20.49 | P=0.091 |
| Dikkati Başka Yöne Çekme | | | | |
| Evet(15) | 6.07±2.12 | T=0.38 | 97.60±22.57 | T=0.94 |
| Hayır(85) | 6.27±1.82 | P=0.698 | 97.00±22.80 | P=0.925 |
| Müzik Dinleme | | | | |
| Evet(19) | 6.05±2.43 | T=0.48 | 97.74±30.70 | T=0.13 |
| Hayır(81) | 6.28±1.71 | P=0.629 | 96.94±20.57 | P=0.891 |
| Hayal Kurma | | | | |
| Evet(11) | 6.55±1.57 | T=0.57 | 95.27±29.68 | T=0.28 |
| Hayır(89) | 6.20±1.90 | P=0.567 | 97.31±21.83 | P=0.780 |
| Dinlenme | | | | |
| Evet(61) | 6.28±1.66 | T=0.25 | 98.23±22.42 | T=0.62 |
| Hayır(39) | 6.18±2.16 | P=0.797 | 95.31±23.19 | P=0.532 |

| Ağrıyı Azaltan Başka Pozisyona Geçme | | | | |
|---|-----------|---------|-------------|---------|
| Evet(56) | 6.25±1.70 | T=0.06 | 99.84±21.10 | T=1.35 |
| Hayır(44) | 6.23±2.06 | P=0.952 | 93.59±24.29 | P=0.172 |
| Bitkisel Yöntem Kullanma | | | | |
| Evet(27) | 6.26±1.78 | T=0.06 | 95.22±25.70 | T=0.49 |
| Hayır(73) | 6.23±1.90 | P=0.950 | 97.78±21.57 | P=0.619 |
| Kaplıcaya Gitmek | | | | |
| Evet(22) | 6.50±1.56 | T=0.73 | 93.00±20.90 | T=0.95 |
| Hayır(78) | 6.17±1.94 | P=0.462 | 98.24±23.12 | P=0.340 |
| Dua Etmek | | | | |
| Evet(63) | 6.32±1.64 | T=0.54 | 97.35±21.56 | T=0.14 |
| Hayır(37) | 6.11±2.20 | P=0.590 | 96.65±24.70 | 0.882 |

Tablo 6'da bireylerin ağrı ile baş etme yöntemlerine göre ağrı ve özbakım gücü puan ortalamalarının dağılımı gösterilmektedir. Bel çekirme yaptıran hasta sayısı 3, armoterapi yaptıran hasta sayısı 2, akupunktur yaptıran hasta sayısı 1, hacamat yaptıran hasta sayısı 2 olduğu için karşılaştırma yapılamamıştır. Hastaların ağrıyla baş etme yöntemlerine göre ağrı ve özbakım gücü puan ortalamaları karşılaştırıldığında, fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Bu araştırma lomber disk herni tanılı bireylerde yaşanan ağrının özbakım gücüne etkisi ve bireylerin ağrı ile baş etme yöntemlerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Araştırmada elde edilen veriler bu bölümde literatür bilgileri ışığında değerlendirilerek tartışılmıştır.

Çalışmamızda henüz ameliyat olmamış lomber disk hernili hastaların ağrı puan ortalaması 6.24 bulunmuştur (Tablo 4.2). Literatür incelendiğinde ameliyat öncesi lomber disk hernili hastaların ağrı puan ortalamalarının 6 ile 10 arasında değiştiği görülmektedir (Akca vd., 2013; Bahçeli,2014; Köse vd., 2013; Yılmaz, 2017; Jabłońska vd., 2016). Tüm bu bulgular doğrultusunda lomber disk hernisi olan bireylerin genel olarak orta düzeyin üzerinde ağrı yaşadığı, dolayısı ile bu bireyler için ağrı kontrolünün önemli olduğu ve profesyonel bir desteğe ihtiyaç duydukları söylenebilir.

Çalışmamızda lomber disk hernili hastaların özbakım gücü puan ortalaması orta düzeyde (97.09) bulunmuştur (Tablo 4.2). Temel insan gereksinimleri etkili şekilde bireyin kendisi tarafından karşılandığında sağlık ve iyilik hali artar. Bir bireyin temel gereksinimlerini karşılayabilmesi için de yeterli özbakım gücüne sahip olması gerekir (Bakoğlu ve Yetkin, 2000). Lomber disk hernisi olan bireylerde yaşanan ağrı ve diğer semptomlardan (kas gücü kaybı, sık idrara çıkma, idrar kaçırma) dolayı özbakım gücünde azalma meydana gelebilir. Çalışma sonucumuz da bu bilgiyi destekler niteliktedir. Literatürde de çalışmamız ile benzer şekilde lomber disk hernisi olan hastalarının özbakım gücü puan ortalamaları orta düzeyde bulunmuştur (Uzun vd., 2009; Sarıtaş, 2011; Irmak, 2016). Bu bulgulardan yola çıkarak lomber disk hernisi olan bireylerin özbakım gücünün artırılması gerektiği ve bu noktada başta hemşireler olmak üzere tüm sağlık profesyonellerine önemli sorumlulukların düştüğü söylenebilir.

Çalışmamızda VAS ve özbakım gücü puan ortalamaları arasında negatif yönlü ve güçlü bir ilişki bulunmuştur ($r=-0.773$; $p=0.000$). Bulgumuza göre lomber disk hernili bireylerde ağrı arttığında özbakım gücü azalmaktadır. (Tablo 4.3). Hastalar yaşadıkları ağrı nedeni ile temel ihtiyaçlarını yerine getirmede zorlanırlar, sosyal ve iş hayatlarında aksaklıklar meydana gelebilir ve yaşam kaliteleri düşebilir. Tüm bu durumlarda özbakım gücünde azalma kaçınılmaz bir sonuç olabilir. Nitekim çalışma sonucumuz da lomber disk hernili hastalarda ağrının artması ile özbakım gücünün azaldığını göstermektedir. Ancak literatür incelendiğinde, lomber disk hernili hastalarda yaşanan ağrının özbakım gücüne etkisinin incelendiği bir çalışmaya rastlanılamamıştır. Bununla birlikte literatürde romatoid

artriti olan hastalarda yaşanan ağrının özbakım gücüne etkisini inceleyen iki çalışmaya ulaşılmıştır (Pehlivan vd., 2015; Ovayoulu vd., 2012). Bu çalışmalarda da çalışmamız ile benzer olarak ağrı düzeyinin artması ile birlikte özbakım gücünün azaldığı belirlenmiştir.

Çalışmamızda lomber disk hernili hastalarda eğitim durumunun özbakım gücü üzerinde istatistiksel olarak önemli bir etkisinin olduğu ($p<0.05$), gruplara ait puan ortalamaları ikişerli karşılaştırıldığında okur-yazar olmayanların ortaokul, lise ve üniversite mezunlarından daha düşük özbakım gücüne sahip olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.4). Çalışma sonucumuza göre eğitim düzeyi yükseldikçe özbakım gücü artmaktadır. Bu bağlamda üniversite mezunu lomber disk hernili hastaların özbakım gücünün daha yüksek olması hastalıkları konusunda farkındalıklarının yüksek olması ve daha fazla araştırarak bilgi sahibi olmaları ile ilişkilendirilebilir.

Literatürde çalışmamızla benzer olarak, eğitimin özbakım gücünü önemli ölçüde artırdığı çeşitli yazarlar tarafından belirtilmiştir (Nahcivan, 1993; Pasinlioğlu, 1997; Yazıcı, 1994; Altıparmak, 2006; Türkoğlu, 2016; Hacıhasanoğlu ve Yıldırım, 2009; Muz ve Eğlence, 2013; Bakoğlu ve Yetkin, 2000). Irmak (2016) tarafından yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olanların ameliyat sonrası ikinci ve onuncu günde özbakım gücü puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Alemdar ve Pakyüz (2015) tarafından yapılan hemodiyaliz ve özbakım gücü ile ilgili diğer bir çalışmada, okur-yazar olmayanların özbakım gücünün daha düşük olduğu belirlenmiştir. Hem literatür hem çalışma sonucumuza göre eğitim düzeyi düşük lomber disk hernili bireylerin özbakım gücünün artırılması yönünde hastalık, hastalığın tedavisi ve sağlığı geliştirme konularında açık ve anlaşılır bir dille eğitimlerin verilmesi ve bu bireylerde hastalık, tedavi ve bakıma yönelik farkındalığın artırılması önem kazanmaktadır.

Çalışmamızda eğitim durumuna göre ağrı düzeyleri arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuş olup ($p<0.05$), okur-yazar olanlarda üniversite mezunu olanlara göre ağrı düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.4). Eğitim düzeyi düştükçe ağrı düzeyi artmaktadır. Bu bulgumuz doğrultusunda eğitim düzeyi yüksek olan lomber disk hernili bireylerin yaşadığı ağrıyı hastalık durumu ile daha net ilişkilendirebildiği, yaşadıkları ağrı ile etkin baş etme konusundaki bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu, ağrı kontrolüne yönelik uygulamaları ve vücut mekaniklerini daha etkili kullanabildiği düşünülebilir. Literatür sonuçları da çalışmamızı destekler niteliktedir. Literatürde yapılmış çeşitli çalışmalarda eğitim düzeyi arttıkça ağrı düzeyinin azaldığı bildirilmektedir (Birge ve Mollaoğlu, 2018; Koçoğlu ve Özdemir, 2011). Bu sonuca göre sağlık profesyonellerinin özellikle de hemşirelerin hasta ve

ailesine ağrı ile ilgili bilgi ve ağrıyla baş etme yöntemleri konusunda eğitim vermesi ve destek olması önemlidir.

Çalışmamızda ağrı ile baş etme yöntemleri değerlendirildiğinde, en çok tercih edilen yöntemin ağrı kesici ilaç kullanımı olurken, en az tercih edilen ağrı giderme yöntemi akupunktur, hacamat ve armoterapi yaptırmak olmuştur (Tablo4.5). Bu sonuç bireylerin yaşadığı çevre, alışkanlıkları, deneyimleri ve bilgi düzeyleri ile ilişkilendirilebilir. Bulgularımız doğrultusunda çalışmamız kapsamında yer alan bireylerin ağrı ile baş etmede çoğunlukla medikal tedaviyi tercih ettiği ve tamamlayıcı yaklaşımlardan uzak durduğu, bununla birlikte gevşeme ve rahatlama katkı sağlayacak invaziv olmayan dinlenme, masaj, sıcak uygulama ve egzersiz gibi yöntemleri tercih ettiği, aynı zamanda dua ederek spiritual gücünü artırdığı söylenebilir.

Literatürde de çalışmamızla benzer sonuçlar yer almaktadır. Sınmaz (2018) tarafından yapılan lomber disk herni ve ağrı deneyimi ile ilgili bir çalışmada hastaların yarısından fazlasının ağrıyla baş etmek için ameliyat öncesi dönemde ağrı kesici ilaç kullandıkları ve en sık kullanılan ağrı kesicinin NSAİ grubu analjezikler olduğu belirlenmiştir. Birge ve Mollaoğlu (2018) tarafından yapılan ağrı yönetimi ile ilgili bir başka çalışmada da, hastaların yarısından fazlasının ağrılarını gidermede ilaç kullandığı belirlenmiştir. Çalışmamızda ve literatürdeki diğer çalışma sonuçlarında da görüldüğü üzere hastalar ağrılarını gidermek için en çok ağrı kesici ilaç kullanmayı tercih etmektedir.

Ağrı ile etkin başa çıkabilme konusunda hemşireler diğer sağlık ekibi üyelerinden daha uzun süre hasta ile birlikte olmasından dolayı merkez konumdadır. Hemşireler ağrı ile baş etme noktasında hastanın önceki ağrı deneyimlerini ve bununla nasıl başa çıkabildiğini öğrenmeli, bu bilgiler ışığında ağrı ile etkin başa çıkma konusunda hastaya eğitim vermeli, farmakolojik olmayan ağrı giderme yöntemlerini öğretmeli, tedavi ve bakımın sonuçlarını yakından takip ederek hastalara destek olmalıdır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

LDH tanılı bireylerde yaşanan ağrının özbakım gücüne etkisi ve bireylerin ağrı ile baş etme yöntemlerini değerlendirmek amacıyla yapılmış bu araştırmanın verileri genel olarak incelendiğinde; lomber disk herni hastalarında yaşanan ağrının özbakım gücüne etkisinin önemli olduğu görülmüştür. Çalışma sonucumuza göre ağrı düzeyi arttıkça özbakım gücü azalmaktadır. Araştırmanın tüm verileri ve istatistiksel değerlendirmeleri ayrıntılı olarak incelendiğinde ise aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Katılımcıları %57 oranında kadın hasta, %43 oranında erkek hasta oluşturmaktadır.
- Katılımcılar en fazla oranda (%31) 38–47 yaş grubunda, en az oranda (%9) 18–27 yaş grubundadır.
- Katılımcıların %85'i evli ve %83'ü çocuk sahibidir.
- Katılımcıların %32'si lise mezunu ve %6'sı okur-yazar değildir.
- Katılımcıların %77'si şehir merkezinde yaşamakta ve %58'i çalışmamaktadır. Çalışan katılımcıların %16'sı serbest meslekle uğraşmakta ve %12'si memur olarak görev yapmaktadır.
- Katılımcıların %96'sının sosyal güvencesi mevcuttur.
- Katılımcıların hastalık süresi en yüksek oranda (%31) 5 yıldan uzun, en düşük oranda (%12) ise 1 aydan kısa olarak bulunmuştur.
- Katılımcıların hastalık belirtileri arasında en yüksek oranda (%85) bel ağrısı, en düşük oranda (%1) düşük ayak bulunmuştur. Diğer belirtiler %67 oranında bacak ağrısı, %34 oranında bacak ve ayakta uyuşma, %6 oranında ayakta his kaybı, %4 oranında ayakta güç kaybı olarak bulunmuştur.
- Katılımcıların VAS puanı en az 1, en çok 10 ve ortalama olarak 6.24 puan bulunmuştur.
- Katılımcıların özbakım gücü puanı en az 36 puan, en çok 140 puan ve ortalama özbakım gücü puanı 97.09 olarak bulunmuştur.
- VAS ve özbakım gücü puan ortalamaları arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak güçlü bir ilişki bulunmuştur ($r=-0.773$; $p=0.000$). Buna göre VAS puan ortalaması arttığında özbakım gücü puan ortalaması azalmaktadır.

- Eğitim durumuna göre özbakım gücü karşılaştırıldığında fark istatistiksel olarak önemlidir ($p<0.05$). Gruplara ait değerler ikişerli karşılaştırıldığında okur-yazar olmayanlarla ortaokul, okur-yazar olmayanlarla lise, okur-yazar olmayanlarla üniversite mezunları arasındaki fark ($p<0.05$) istatistiksel olarak önemli bulunurken, diğer eğitim grupları arasındaki farklılık ($p>0.05$) istatistiksel olarak önemsizdir.
- Eğitim durumuna göre ağrı puan ortalaması karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Okur-yazar olmayanların ağrı puan ortalaması üniversite mezunlarına oranla yüksek çıkmıştır.
- Katılımcıların genel olarak ağrı gidermede en çok tercih ettiği yöntem % 84 oranında ağrı kesici ilaç kullanımı olurken, en az tercih edilen ağrı giderme yöntemi % 1 oranında akupunktur yaptırmak olmuştur. Devamında en az tercih edilen ağrı giderme yöntemleri % 2 oranı ile hacamat ve armoterapi yaptırmak olmuştur. Diğer ağrı giderme yöntemleri en az tercih edilenden en çok tercih edilene doğru; %3 oranında bel çektirme, %11 oranında hayal kurma, %15 oranında dikkati başka yöne çekme, %18 oranında soğuk uygulama, %19 oranında müzik dinleme, %22 oranında kaplıcaya gitmek, %27 oranında bitkisel yöntem kullanmak, %44 oranında egzersiz yapmak, %51 oranında sıcak uygulama, %56 oranında ağrıyı azaltan başka pozisyona geçme, %58 oranında masaj yapmak veya yaptırmak, %61 oranında dinlenme, %63 oranında dua etmek ve ağrıyan bölgeye mentol sürmek oluşturmaktadır.
- Ağrıyla baş etme yöntemlerine göre ağrı puan ortalaması karşılaştırıldığında fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).
- Ağrıyla baş etme yöntemlerine göre özbakım gücü puan ortalaması karşılaştırıldığında fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

6.2. Öneriler

Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda; lomber disk hernisi olan bireylerde ağrının azaltılması ve özbakım gücünün artırılması amacıyla,

1. Sağlık profesyonellerinin ve özellikle, hemşirelerin lomber disk hernili hastaların ameliyat öncesi dönemde ağrı düzeylerini yakından takip etmesi,
2. Sağlık profesyonellerinin ve özellikle hemşirelerin, lomber disk herni tanılı hastaların özbakım gücünü kapsamlı olarak değerlendirmesi,
3. Özbakım gücü düşük bulunan (yaşlı ve eğitim düzeyi düşük) lomber disk herni tanılı hastaların hemşireler tarafından daha yakından izlenmesi,
4. Lomber disk herni hastalarında ağrının azaltılması ile özbakım gücünün artması arasındaki ilişki dikkate alınarak beyin ve sinir cerrahisi hemşirelerine ağrıyı azaltma yöntemleri ve özbakım gücünü artırmaya yönelik girişimler hakkında hizmet içi eğitim programları düzenlenmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Alemdar, H., Pakyüz, S. (2015). Hemodiyaliz hastalarında özbakım gücünün yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2:19–30.
2. Akbay, A., Bozkurt, G., Palaoğlu, S. (2004). Temel nöroşirüji disk hernileri ve spinal dar kanal. *Hacettepe Üniversiteleri Hastaneleri Basımevi, Birinci Baskı*, ss:278–283.
3. Akca, N., Aydın, G., Gümüş, K. (2013). Lomber disk hernili hastaların vücut mekanikleri bilgi düzeyleri ile ağrı şiddeti arasındaki ilişki. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, 3;2(1). 66–77.
4. Akırmak, Ü. (2002). Bel ağrılarının tedavisinde fizik tedavi ve rehabilitasyon yöntemleri. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi*, no:30, ss:181–189.
5. Altay, B., Avcı, İ. (2009). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda özbakım gücü ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. *Dicle Tıp Derg.*,36:275–282.
6. Altıparmak, S. (2006). Gebelerde sosyo-demografik özellikler, özbakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 5(6).
7. Arı, E., Saraçlı, S., Karacan, S. (2015). Üniversite öğrencilerinin özbakım becerilerinin istatistiksel tekniklerle incelenmesi. *Dumlupınar Üniversitesi İİBF Öğrencileri Üzerine bir Uygulama. Social Sciences Research Journal*, Volume 4, Issue 3, 1–10.
8. Aslan, F., Badır, A. (2005). Ağrı kontrol gerçeği: hemşirelerin ağrının doğası, değerlendirilmesi ve geçirilmesine ilişkin bilgi ve inançları. *Ağrı*, 17:44–51.
9. Ay, S., Evcik, D. (2008). Kronik bel ağrılı hastalarda depresyon ve yaşam kalitesi. *Yeni Tıp Dergisi*, 25:228–231.
10. Aydemir, E. (2018). Hemşirelik Mesleğinin Gelişen Rollerini. *HSP*, 5 (2):253-258.
11. Aydın, O. (2002). Ağrı ve ağrı mekanizmalarına güncel bakış. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 3(2) : 37 – 48.
12. Aydoğan N. (2005). Lomber Disk Hernisi Nedeniyle Cerrahi Girişim Uygulanan Hastaların Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimleri. *Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi*.
13. Babadağ, B. (2014). Algoloji hastalarının ağrı inançları ile ağrıyla başa çıkma durumları arasındaki ilişki. *Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir*.
14. Bahçeli, A. (2014). Progresif gevşeme egzersizlerinin lomber disk hernisi ameliyatı olan hastaların anksiyete ağrı ve uyku kalitesine etkisi. *Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum*.
15. Barrett, D., Wilson, B., Woollands, A. (2014). Bakımın Planlanması (Çeviri: Okumuğ, H., Öztürk, C., Yenal, K.), *Palme Yayıncılık, Ankara*, 61-73.
16. Bayraktar, N. (2016). Nöroşirürjide bakım. *Cerrahi hastalıkları hemşireliği akıl notları. Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara*, ss:9–28.

17. Bakoğlu, E., Yetkin, A. (2000). Hipertansiyonlu hastaların özbakım gücünün değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4(1): 41–9.
18. Berne, R., Levy, M., Koeppen, B., Stanton, Bruce. (2008). Fizyoloji (Çev:Türk Fizyolojik Bilimler Derneği). Güneş Tıp Kitabevleri, beşinci baskı, Ankara, ss:111–116.
19. Birol, L. (2007). Hemşirelik Süreci, Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım. Sekizinci Baskı, İzmir, ss:317-318.
20. Boer, A., VanLanschoot, J., Stalmeier, P., VanSandick, J., Hulscher, J. (2004). Is a single-itemvisualanaloguescale as valid reliableandresponsive as multi-itemscales in measuringquality of life? Quality of Life Research, 13: 311–320.
21. Callaghan, D. (2003). Health-promoting self-care behaviors, self-care selfefficacy, and self-care agency. Nursing Science Quarterly, 16(3): 247–254.
22. Cline, M.E., Herman, J., Show, F., Marton, R.D. (1992). Standardizationof The Visual AnalogueScale. NursRes, 41(6):378–379.
23. Coşan, E. (2004). Nöroşirüji’de temel konular ve ilkeler tıp öğrencileri için yardımcı ders kitabı. Osmangazi Üniversitesi Basımevi, birinci baskı, ss:106–113.
24. Çelik, F., Köçkar, Ç. (2019). Bel fıtığı ameliyatı olan hastalarda ağrı ve korku-kaçınma davranışları. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, Cilt:10 Sayı:1.
25. Çelik, A., Yıldırım, Y. (2016). Orem özbakım eksikliği hemşirelik kuramına göre vazovagal senkop’u olan hastanın hemşirelik bakımı: olgu sunumu. Journal of Cardiovascular Nursing, 7(14):182-186.
26. Çetin, M., Karaman, H., Kavak, G., Tüfek, A., Yıldırım, Z. (2012). Lumbar radikülopatili hastalarda transforaminal lumbar epidural steroid enjeksiyonlarının etkinliği. AĞRI, 24(2):77–84.
27. Çevik, K., Özpınar, S. (2014). Ağrı, ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemler ve sağlık profesyonellerinin rolü. Uluslararası Hakemli Psikiyatri Ve Psikoloji Araştırmaları Dergisi, sayı: 01, volume: 01.
28. Çilingir, D.,Hintistan, S., Yigitbas, Ç., Nural, N. (2014). Nonmedical methods to relieve low back pain caused by lumbar disc herniation: a descriptive study in northeastern Turkey. Pain Management Nursing, volume:15, issue:2, june, pages:449–457.
29. Çöçelli, P., Bacaksız, B., Ovayolu, N. (2008). Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. Gaziantep Tıp Dergisi, 14:53–58.
30. Dönmez, Y., Dolgun, E., Kabataş, M., Özbayır, T. (2010). Lomber disk hernili hastalarda risk faktörlerinin incelenmesi. F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Dergisi, 24 (2): 89 – 92.
31. Drake, R., Vogl, W., Mitchell, A. (2007). Tıp Fakültesi Öğrencileri için Anatomi (Çev: Mehmet Yıldırım). Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, ss: 26–34.
32. Driessen, M.T., Proper K.I., Van Tulder ,M.W., Anema ,J.R., Bongers, P.M., Van der Beek, A.J. (2010). The effectiveness of physical and organisational ergonomic interventions on low back pain and neck pain: a systematic review. Occupational Environmental Medicine,67:277–285.

33. Driessen, M.T., Proper, K.I., Anema ,J.R., Knol, D.L., Bongers, P.M., J van der Beek , A.J. (2011). The effectiveness of participatory ergonomics to prevent low-back and neck pain – results of a cluster randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health*, 37(5):383–393.
34. Düzel, V. (2008). Hemşire ve hastaların postoperatif ağrı değerlendirmelerinin karşılaştırılması. Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Adana.
35. Erdemir, F. (1998). Hemşirenin Rol ve İşlevleri ve Hemşirelik Eğitiminin Felsefesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(1).
36. Erdil, F. (2012). Sinir sistemi cerrahisi ve hemşirelik bakımı. *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*. Aydoğdu Ofset, Ankara, ss:270-293.
37. Ergin, A., Hatipoğlu, C., Bozkurt, A., Bostancı, M., Atak, B., Kısaoglu, S., Parasız, S., Kaygısız, H., Çınarlık, A., Karasu, E. (2011). Tıp fakültesi öğrencilerinin yaşam doyumu ve özbakım gücü düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 4(3):144–151.
38. Eti, Z. (1997). Ağrı tedavisi. *The Journal of Turkish Family Physician*, 1(2):22–26.
39. Eti, Z. (2006). Ağrıda kullanılan farmakolojik ajanlar. *Ağrının Doğası ve Kontrolü*. Avrupa Tıp Kitapçılık, birinci baskı, İstanbul, 103–11.
40. Felipe, L.C., Araújo, A.R.A., Vitor, A.F. Nursing process according the model of self-care in a cardiac bed idden patient. *Journal of Research Fundamental Care Online*. 2014;6(3):897-908. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2014v6n3p89710>.
41. Greenberg, M. (2013). Nöroşirüji El Kitabı (Çev: Hakan Oruçkaptan). Güneş Tıp Kitapevleri, Altıncı Baskı, Anakara, ss: 302–318, ss: 296–300.
42. Guyton, A., Hall, J. (2001). Tıbbi fizyoloji (Çev: Hayrünnisa Çavuşoğlu). Nobel Tıp Kitabevleri. Onuncu baskı, İstanbul, ss:552–562.
43. Hacıhasanoğlu, R., Yıldırım, A. (2009). Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi ve özbakım gücünün değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 25(1):87–100.
44. Harvey, J. (2014). Musculoskeletal problems. *Medical Surgical Nursing*. 9. ed, Elsevier, Canada, pp: 1539–1560.
45. Henderson, J.V., Harrison, C.M., Britt, H.C., Bayram, C.F., Miller, G.C. (2013). Prevalence, causes, severity, impact, and management of chronic pain in Australian general practice patients. *Pain Med*; 14(9):1346–61.
46. Irmak, B. (2016). Lomber Disk Herni Nedeniyle Ameliyat Olan Hastalarda Hastalık Algısının Öz-Bakım Gücüne Etkisi. Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ordu.
47. Jabłońska, R., Ślusarz, R., Królikowska, A., Haor, B., Zajac, M. (2016). Assessment and Determinants of Spinal Pain in the Course of Disc Disorders Treated Surgically. *Med Sci Monit*, 22: 4446-4454.
48. Kara, B. (2001). Özbakım tanımı ve kavramsal yönü. *Sendrom Dergisi*, Logos Yayıncılık, 13(7):105–08.
49. Karabekir, H., Emel, E., Atar, E., Yıldızhan, K. (2007). Is age a prognostic factor of postoperative outcome of lumbar disc herniation operations? *Neurosciences*, 12(4), 282–284.

50. Karada, M., Aksoy, G. (2002). Lomber disk herni ameliyatında hastaların evde iyileşmelerini hızlandırmada hemşirenin eğitici rolünün etkisi. *Düşünen Adam*, 15(4): 245–253.
51. Karadağ, M., Çalışkan, N., İşeri, Ö.P., Sarıtaş, S. (2016). Kronik bel ağrısı olan hastaların kullandıkları tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin ve hastalık algılarının incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 3(2): 14–27.
52. Karataş, H., Öztürk, C. (2008). Orem'in özbakım yetersizlik kuramı ve posttravmatik epilepside hemşirelik bakımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11: 2.
53. Ketenci, A. (2002). Ağrı kontrolünde konservatif tedavi yöntemleri. *ANKEM dergisi*, (16)3, 189–192.
54. Kirazlı, Y. (2002). Lomber disk hastalığında fizik tedavi ve rehabilitasyon. Omurilik ve omurga cerrahisi. *Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri*, cilt:1, ikinci baskı, İzmir, ss: 661-74.
55. Koçoğlu, D., Özdemir, L. (2011). Yetişkin nüfusta ağrı ve ağrı inançlarının sosyo-demografik ekonomik özelliklerle ilişkisi. *AĞRI*, 23(2):64-70.
56. Köse, G., Taştan, S., Temiz, N., Sarı, M., İzci, Y. (2018). Lomber disk hernili hastalarda bel ağrısının günlük yaşam aktiviteleri ve uyku kalitesi üzerine etkisi. *Nöroşirürji Hemşireliği Derneği 14. Bilimsel Kongresi, Sözlü Sunumlar, Türk Nrs Derg*, 28(Ek Sayı 1).
57. Midilli, T., Eşer, İ., Yücel, Ş. (2018). Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri kullanma durumları ve etkileyen faktörler. *ACU Sağlık Bil Derg*, 10(1):60-66.
58. Mollaoğlu, M., Birge, A. (2018). Hastaların ağrı inançları ve ağrıyı yönetmede kullandıkları ilaç dışı yöntemler. *Ağrı*, 30(2):84-92.
59. Moore, K., Agur, Anne. (2006). *Temel Klinik Anatomi (Çev: Alaittin Elban)*. Güneş Kitabevi, ikinci basım, Ankara, 276–292.
60. Muz, G., Eğlence, R. (2013). Hemodiyaliz uygulanan hastalarda özbakım gücü ve öz yeterliliğin değerlendirilmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, Cilt: 2, Sayı: 1.
61. Nahcivan, N. (1993). Sağlıklı gençlerde özbakım gücü ve aile ortamının etkisi. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi*, İstanbul.
62. Nahcivan, N. (1994). Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması: özbakım gücü ölçeğinin türkçeye uyarlanması. *Hemşirelik Bülteni*, cilt: 7, sayı: 33.
63. Orem, D.E. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. 5th Edition. Mosby-Yearbook, Inc., St. Louis,13-125.
64. Ovayolu, O., Ovayolu, N., Karadağ, G. (2012). The Relationship Between Self-Care Agency, Disability Levels And Factors Regarding These Situations Among Patients with Rheumatoid Arthritis. *J Clin Nurs*, 21(1-2): 101-10.
65. Özel, F., Yıldırım, Y., Fadıloğlu, Ç. (2014). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda ağrı yönetimi. *Ağrı*, 26: 57-64
66. Özgen, M. (2019). Bel ağrılı hastalarımızın değerlendirilmesi. *Osmangazi Journal of Medicine*, Doi:10.20515 /546836.

67. Öztekin, S., Sunal, N. (2015). Boyun ve omurilik yaralanmaları: tanılama, tedavi ve bakımda temel ilkeler. Nöroşirürji Hemşireliği. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, ss:105-134.
68. Öztekin, S. (2015). Nöroşirürji hemşireliği. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, ss:271-280, ss: 333-345.
69. Özveren, H. (2011). Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi,83-92.
70. Özveren, H., Faydalı, S., Özdemir, S. (2016). Hemşirelerin ağrının farmakolojik olmayan yöntemlerle kontrolüne ilişkin bilgi ve uygulamaları. Turk J Clin Lab, 7(4): 99-105.
71. Parissopoulos, S., Kotzabassaki, S. (2004). Orem's Theory, transactional analysis and the managements of elderly rehabilitation. ICUS NURS WEB J, ISSUE 17- January-March (Nursing. Gr).
72. Pasinlioglu, T. (1997). Gebelerin özbakım gücü ve özbakım gücünü artırmada hemşirenin eğitici rolünün etkisi. Uluslar arası Katılımlı 5. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, 135-149.
73. Pehlivan, S., Ersoy, S., Ugan, Y., Fadıloğlu, Ç. 2015. Romatoid Artritli Hastalarda Özbakım Gücü Ve Etkileyen Faktörler. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 31(1): 27-38.
74. Polat, Ö., Uçkun, A. (2018.) Lomber disk hastalığında konservatif tedavi yöntemleri. Türk Nöroşirürji Dergisi, 28(2):185-189.
75. Sarı, S., Aydoğan, M. (2015). Bel ağrısının önemli bir sebebi: lomber disk hernisi. Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği, 14: 298-304.
76. Sarıtaş, S. (2011). Lomber disk hernisi ameliyatı olan hastalara verilen eğitimin yaşam kalitesi özbakım gücü ve cinsel doyum üzerine etkisi. Atatürk Üniversitesi, Doktora Tezi, Erzurum.
77. Shapiro, S. (2000). Medical realities of cauda equina syndrome secondary to lumbar disc herniation. Spine, 25(3): 348-51.
78. Sınmaz, T. (2018). Lomber disk hernisi ameliyatı geçiren hastaların ameliyat sonrası erken dönemde yaşadıkları ağrı deneyimi ve ağrı yönetiminden duydukları memnuniyetin belirlenmesi. Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Bursa.
79. Soleimani, H., Owlia, MB., Dahaj, AA., Lotfi ,M., Dehghan, A., Mehrpoor, G. (2013). Conservative Management of Acute Lumbar Disc Herniation. Spine, an open access journal Volume 2, Issue 3, 1000134 ISSN: 2165-7939.
80. Şavluk, Ö., Erbaş, M. (2012). Lomber disk hernisine bağlı bel ağrılı hastalarda epidural steroid enjeksiyonunun etkinliği; prospektif, klinik çalışma. Gaziantep Tıp Dergisi, 18(3): 166-168.
81. Şener,S., Güngör, N., Kahraman, N. (2017). Lomber disk herniasyonunda konservatif tedavi yöntemleri. İstanbul Arel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yaşam Dergisi, Cilt: 2, Sayı: 2.

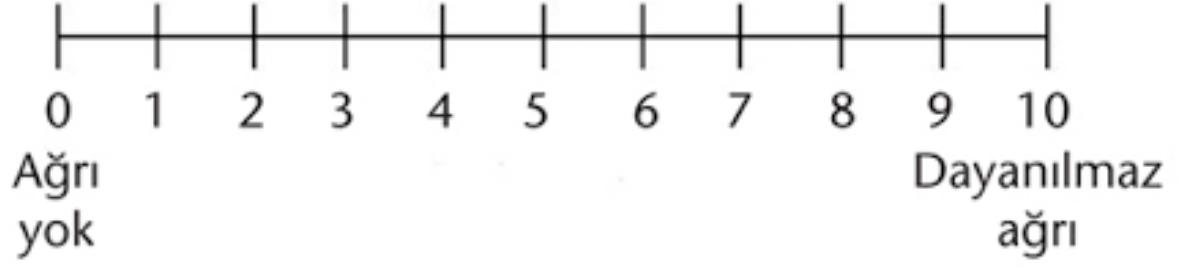
82. Taner, D., Sancak, B., Akşit, D., Cumhuri, M., İlgi, S., Kural, E., Başar, R., Önderoğlu, S., Tuncel, M., Çelik, H., Taşçıoğlu, B., Yener, N., Durgun, B., Atasever, A., Zağyapan, R., Özkul, E. (2003). Fonksiyonel Anatomi Ekstremiteler ve Sırt Bölgesi. Hekimler Yayın Birliği, üçüncü baskı, Ankara, 214–220.
83. Taylan, S., Alan, S., Kadioğlu, S. (2012). Hemşirelik Roller ve Özerklik. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, Sayı:3.
84. Tercan, B. (2015). Hemşirelerin Ağrı Yönetiminde İlaç Dışı Yöntemleri Bilme Ve Uygulama Durumları. İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Malatya.
85. Tse, M.M.Y., Tang, A., Budnick, A., Ng, S.S.M., Yeung, S.S.Y. (2017). Pain and Pain Management Among University Students: Online Survey and Web-Based Education. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, vol:20, no:5.
86. Toplamaoğlu, H. (2005). Temel nöroşirüji. Lomber disk herniasyonu. Türk nöroşirüji derneği yayınları, birinci baskı, cilt:2, ss: 1056–1061.
87. Türkoğlu, Ç. (2016). Sağlık okuryazarlığı ile özbakım gücü arasındaki ilişkinin incelenmesi: Isparta ili örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Isparta.
88. Uzun, Ö., Koçak, A., Önal, S.Ç., Ak, E., Durak, M.A. (2009). Lomber disk cerrahisi geçiren hastaların yaşam kalitesi ve özbakım gücünün değerlendirilmesi. Türk Nöroşirüji Dergisi, 19, 233.
89. Uzunçakmak, T., Kılıç, M. (2017). Hemşirelik Öğrencilerinin Ağrı Deneyimleri ve Baş Etmede Kullandıkları Yöntemler. Ağrı, 29(3):117–121.
90. Ünal, E. (2015). Fizyoterapide ağrı yönetimi. Pelikan Yayıncılık, birinci baskı, Ankara.
91. Üstkan, H. (1999). Ağrı yönetimi ile ilgili hemşirelerin bilgi ve inançlarının değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi. İstanbul.
92. Van,Zundert, J., Van, Kleef, M. (2005). Low back pain: from algorithm to cost-effectiveness. Pain Pract, Sep;5(3):179–89.
93. Velioğlu, P. (1999). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Alaş Ofset, İstanbul.
94. Yazıcı, R. (1994). Yaşlı bireylerin ölüm kaygı ve bunun günlük yaşam aktivitelerine olan etkisinin araştırılması. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü Yüksek lisans tezi, İstanbul.
95. Yıldırım, A. (2013). Total diz protezi ameliyatı olan hastalarda postoperatif ağrının tanılanması ve ağrı yönetimi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi. İstanbul.
96. Yılmaz, A. (2017). Bel ve boyun fıtığı olan hastaların ameliyat öncesi ağrı gidermede kullandıkları tamamlayıcı yaklaşımlar. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
97. Yılmaz, E., Çeçen, D., Temiz, c., Mutlu, S., Toğaç,H., Aslan, A., Kara, H. (2018). Lomber disk hernisi olan bireylerde fonksiyonel yetersizlik ve fiziksel aktivite düzeylerinin yaşam kalitesi ile ilişkisi. CBU-SBED, 5(2):38-43.

EKLER

Ek-1: Hasta Tanıtım Formu

| KİŞİSEL BİLGİ FORMU | |
|---|--|
| A) Sosyo-demografik Özellikler | |
| Hastanın ; | |
| Ad-Soyad: | |
| Yaşınız: | |
| 1.Medeni Durumuz: <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Evli | |
| 2.Çocuğunuz var mı? <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok | |
| 3.Eğitim Durumunuz: <input type="checkbox"/> Okur-Yazar Değil. <input type="checkbox"/> İlkokul Mezunu <input type="checkbox"/> Ortaokul Mezunu | |
| <input type="checkbox"/> Lise Mezunu <input type="checkbox"/> Üniversite Mezunu | |
| 4.Yaşadığınız Yer: <input type="checkbox"/> Köy <input type="checkbox"/> İlçe <input type="checkbox"/> İl | |
| 5.Çalışıyor musunuz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır | |
| 6.Mesleğiniz: <input type="checkbox"/> Çalışmıyor. <input type="checkbox"/> Memur <input type="checkbox"/> İşçi | |
| <input type="checkbox"/> Öğrenci <input type="checkbox"/> Serbest Meslek | |
| 7.Sosyal Güvenceniz: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok | |
| B) Hastalığı Hakkındaki Dosya Bilgileri | |
| 8.Hastalığın Süresi: <input type="checkbox"/> 1 aydan kısa <input type="checkbox"/> 1-6 ay <input type="checkbox"/> 6-12ay | |
| <input type="checkbox"/> 1-5 yıl <input type="checkbox"/> 5 yıldan uzun | |
| 9. Hastalıkta yaşadığınız belirtiler: | |

Ek-2: Visual Ağrı Skalası



Ek-3: Ağrı ile Baş Etme Yöntemleri Formu

Ağrı ile Baş Etme Yöntemleri Formu

Ağrınız olduğunda hangi uygulama ya da uygulamaları yaptığınızı aşağıdaki seçeneklerden işaretleyiniz...

- Ağrı kesici ilaç alırım
- Sıcak uygulama yaparım
- Soğuk uygulama yaparım
- Masaj yaparım veya yaptırırım
- Bel çektirme (Traksiyon) yaptırırım
- Ağrıyan bölgeye mentol içeren sıvı, jel, krem sürerim
- Gevşemeyi sağlayan egzersiz yaparım
- Dikkatimi başka yöne çekmeye çalışırım
- Müzik Dinlerim
- Hayal kurarım
- Dinlenirim
- Ağrımı azaltacak başka pozisyona geçerim
- Armatoterapi yaparım (esansiyel yağlar ile masaj, buhar uygulanması)
- Akupunktur uygulaması yaptırırım
- Bitkisel yöntemler kullanırım (Bitkisel ürünlerin tüketilmesi)
- Kaplıcaya giderim
- Dua ederim
- Diğer

Eğer cevabınız diğer ise, yaptığınız diğer uygulamayı yazınız...

Ek-4:Özbakım Gücü Ölçeği

| İFADELER | Beni hiç tanımlamıyor | Beni pek tanımlamıyor | Fikrim yok | Beni biraz tanımlıyor | Beni çok tanımlıyor |
|--|------------------------------|------------------------------|-------------------|------------------------------|----------------------------|
| 1. Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim. | () | () | () | () | () |
| 2. Kendimi beğeniyorum. | () | () | () | () | () |
| 3. Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim. | () | () | () | () | () |
| 4. Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman, ne yapmam gerektiğini biliyorum. | () | () | () | () | () |
| 5. Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyarım. | () | () | () | () | () |
| 6. Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim. | () | () | () | () | () |
| 7. Kendime bakmadığım zaman, yardım ararım. | () | () | () | () | () |
| 8. Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım. | () | () | () | () | () |
| 9. Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim. | () | () | () | () | () |
| 10. Hasta olmamak için bazı önlemler alırım. | () | () | () | () | () |
| 11. Sağlığımın iyi olmasına çaba gösteririm. | () | () | () | () | () |
| 12. Dengeli beslenirim. | () | () | () | () | () |
| 13. Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınıyorum. | () | () | () | () | () |
| 14. Sağlığım için dikkat etmek için daha iyi korunma yollarını araştırırım. | () | () | () | () | () |
| 15. Sağlığımın çok iyi düzeye ulaşacağına inanıyorum. | () | () | () | () | () |
| 16. Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hak ettiğime inanıyorum. | () | () | () | () | () |
| 17. Kararlarımı sonuna kadar uyguluyorum. | () | () | () | () | () |
| 18. Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum. | () | () | () | () | () |
| 19. Sağlığım ile ilgili kişisel kararlarımı nadiren uyguluyorum. | () | () | () | () | () |
| 20. Kendimle dostum. | () | () | () | () | () |
| 21. Kendime iyi bakarım. | () | () | () | () | () |
| 22. Sağlığımın iyi olması benim için tesadüfi bir | () | () | () | () | () |

| | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|
| durumdur. | | | | | |
| 23. Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım. | () | () | () | () | () |
| 24. Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim. | () | () | () | () | () |
| 25. Yaşam bir zevktir. | () | () | () | () | () |
| 26. Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum. | () | () | () | () | () |
| 27. Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim. | () | () | () | () | () |
| 28. Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım. | () | () | () | () | () |
| 29. Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum. | () | () | () | () | () |
| 30. Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum. | () | () | () | () | () |
| 31. Bazen hastalandığımda rahatsızlıklarımı önemsemem ve geçmesini beklerim. | () | () | () | () | () |
| 32. Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım. | () | () | () | () | () |
| 33. Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum. | () | () | () | () | () |
| 34. Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum. | () | () | () | () | () |
| 35. Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım. | () | () | () | () | () |

Ek-5: Bilgilendirilmiş Olur Formu



C. Ü. GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın ...

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı '**Lomber Disk Herni Tanılı Bireylerde Yaşanan Ağrının Özbakım Gücüne Etkisi ve Bireylerin Ağrı İle Baş Etme Yöntemleri**' dir.

Araştırmanın amacı, Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisinde yatan henüz ameliyat olmamış lomber disk herni tanılı bireylerde yaşanan ağrının özbakım gücüne etkisini ve bireylerin ağrı ile baş etme yöntemlerini araştırmaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Bu araştırma ile ilgili sizden beklentimiz sadece size elden verilecek olan ve 4 ayrı bölümden oluşan anket formlarını kısa bir süre (yaklaşık 15 dakika) içerisinde cevaplamanız ve sonrasında bu anket formunu zamanında araştırmacıya ulaştırmanızdır. Birinci bölüm olan sizi tanımaya yönelik hazırladığımız 9 soruluk anket formunda; demografik, eğitim ve mesleki özelliklere ilişkin alanların yanında hastalığınıza dair sorular da yer almaktadır. İkinci bölüm olan özbakım ölçeği formunda; kendi sağlığınıza karşı tutumlarınızı öğrenmek için hazırladığımız 35 soru yer almaktadır. Üçüncü bölüm olan ağrı ile başa çıkma ölçeği formunda; yaşadığınız ağrı karşısında nasıl davrandığınızı, neler düşündüğünüzü, neler hissettiğinizi öğrenmek amacıyla hazırladığımız 29 soru yer almaktadır. Dördüncü ve son bölüm olan ağrı ölçeği, 0'dan 10'a kadar numaralandırılmış "Ağrı Yok" ile başlayıp "Dayanılmaz Ağrı" ile biten bir ölçektir. Sizden ağrı şiddetinizi uygun gördüğünüz yere rakamla işaretlemeniz istenmiştir.. Bu araştırmada yer almanız için katılımcı olduğunuzu beyan etmeniz yeterli olacaktır. Çalışma 31 Mayıs 2019 tarihine kadar devam edecektir . Çalışmamızdan elde edilen sonuçların hastalara ağrı ile etkili baş etme ve özbakım gücünü artırmaya yönelik girişimlerin planlanmasında sağlık personeline yardımcı olacağı öngörülmektedir.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için 0 545 432 06 50 numaralı telefondan araştırmacınız Damla KAYA'ya başvurabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Ayrıca bu araştırma kapsamında herhangi bir tetkik yapılmayacağından sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel bir duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında gerekli gördüğü durumlarda sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

"Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir; ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı: Damla KAYA

Görevi: Yüksek Lisans Öğrencisi

Adresi: C.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Tel.-Faks: 0 545-432-06-50

Tarih ve İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

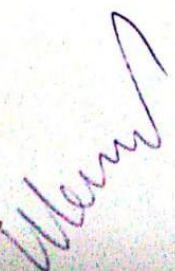
Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Ek-6:Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı Kurul Kararı

| CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU | | | | |
|--|---|---|---------------------------------------|---------------------------------|
| ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI | Lomber Disk Herni Tanılı Bireylerde Yaşanan Ağrının Öz bakım Gücüne Etkisi ve Bireylerin Ağrı İle Baş Etme Yöntemleri | | | |
| ETİK KURUL BİLGİLERİ | ETİK KURULUN ADI | Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu | | |
| | AÇIK ADRESİ: | Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı TR-58140 Merkez/Sivas | | |
| | TELEFON | 0 346 219 10 10 / Dahili: 2092 | | |
| | FAKS | - | | |
| | E-POSTA | gokaek2014@gmail.com | | |
| BAŞVURU BİLGİLERİ | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI | Prof. Dr. Şerife Karagözoğlu | | |
| | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI | Hemşirelik Esasları | | |
| | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ | Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı | | |
| | DESTEKLEYİCİ | - | | |
| | DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ | - | | |
| | ARAŞTIRMANIN TÜRÜ | Yüksek lisans tezi | | |
| | ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER | TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> | ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/> | ULUSAL <input type="checkbox"/> |

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez
İmza:





CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

| | |
|-----------------------|---|
| ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI | Lomber Disk Herni Tanılı Bireylerde Yaşanan Ağrının Öz bakım Gücüne Etkisi ve Bireylerin Ağrı İle Baş Etme Yöntemleri |
|-----------------------|---|

| DEĞERLENDİRİLEN BELGELER | Belge Adı | Tarihi | Versiyon Numarası | Dili |
|--------------------------------|--|--------------------------|-------------------|--|
| | | ARAŞTIRMA PROTOKOLU | | |
| | BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU | | | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> |
| | OLGU RAPOR FORMU | | | Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> |
| DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER | Belge Adı | Açıklama | | |
| | SİGORTA | <input type="checkbox"/> | | |
| | ARAŞTIRMA BÜTÇESİ | <input type="checkbox"/> | | |
| | BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU | <input type="checkbox"/> | | |
| | İLAN | <input type="checkbox"/> | | |
| | YILLIK BİLDİRİM | <input type="checkbox"/> | | |
| | SONUÇ RAPORU | <input type="checkbox"/> | | |
| DİĞER: | <input type="checkbox"/> | | | |
| KARAR BİLGİLERİ | Karar No: 2019-01/14 | Tarih: 02.01.2019 | | |
| | Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıyla katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. | | | |

| KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU | |
|---------------------------------|---|
| ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI | Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi |
| BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI: | Prof. Dr. Muhittin Sönmez |

| Unvanı/Adı/Soyadı | Uzmanlık Alanı | Kurumu | Cinsiyet | Araştırma ile ilişki | Katılım * | İmza |
|----------------------------------|--------------------------|---|--|--|--|-----------------|
| Prof. Dr. Muhittin Sönmez | Anatomi | Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi | 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"/> | <i>Muhittin</i> |
| Prof. Dr. Yalçın Karagöz | Biyoistatistik | Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi | 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"/> | <i>Yalçın</i> |
| Doç. Dr. Hatice Özer | Patoloji | Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi | 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"/> | <i>Hatice</i> |
| Doç. Dr. Ercan Özdemir | Fizyoloji | Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi | 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"/> | <i>Ercan</i> |
| Doç. Dr. Gülay Yıldırım | Tıp Tarihi ve Etik | Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi | 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"/> | <i>Gülay</i> |
| Doç. Dr. Binnur Bağcı | Beslenme ve Diyetetik | Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi | 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"/> | <i>Binnur</i> |
| Dr. Öğret. Üyesi Mehmet Atas | Farmasötik Mikrobiyoloji | Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi | 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"/> | <i>Mehmet</i> |
| Dr. Öğret. Üyesi Engin Altınkaya | İç hastalıkları | Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi | 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"/> | <i>Engin</i> |
| Dr. Öğret. Üyesi Melih Ülgey | Protetik Diş Tedavisi | Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi | E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | <i>Melih</i> |

*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez
İmza:

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ ARAŞTIRMA İZİN BELGESİ

Araştırmamı Kurumunuzda yapabilmem için gerekli ön iznin verilmesi hususunda, gereğini arz ederim.

Damla KAYA

Araştırmanın;

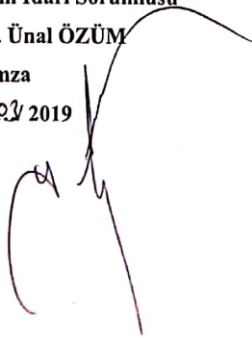
| | |
|---|---|
| Adı: | Lomber Disk Herni Tanılı Bireylerde Yaşanan Ağrının Öz bakım Gücüne Etkisi ve Bireylerin Ağrı İle Baş Etme Yöntemleri |
| Amacı: | Çalışmamızın amacı lomber disk herni tanılı bireylerde yaşanan ağrının öz bakım gücüne etkisini ve bireylerin ağrı ile baş etme yöntemlerini araştırmaktır. |
| Yöntemi: | Tanımlayıcı ve kesitsel |
| Uygulanacağı Yerler: | Beyin ve Sinir Cerrahi Servisi ve Polikliniği |
| Varsa Destekleyen (Hibe destek, fon vb) Kurum/kuruluş Adı: | - |
| Başlama Tarihi ve Süresi: | 15 Mart (Başlama), 3 ay (Çalışma Süresi) |
| Tez Çalışması ise Danışman Öğretim Üyesi Ad Soyadı: | Prof. Dr. Şerife Karagözoğlu |

Klinik / Birim İdari Sorumlusu

Prof. Dr. Ünal ÖZÜM

İmza

14/03/2019



Özgeçmiş

Kişisel bilgiler

| | |
|----------------------|--|
| Adı Soyadı | Damla KAYA |
| Doğum Yeri ve Tarihi | Ankara-1991 |
| Medeni Hali | Evli |
| Yabancı Dil | İngilizce |
| İletişim Adresi | Şeyh şamil mahallesi, Kılavuz/Sivas |
| E-posta Adresi | Sorabrab.50@gmail.com |

Eğitim ve Akademik Durumu

| | |
|---------------|---------------------------------|
| Lise | 2000 Evler Anadolu Lisesi, 2008 |
| Lisans | Cumhuriyet Üniversitesi, 2012 |
| Yüksek Lisans | Cumhuriyet Üniversitesi, 2019 |
| Ünvan | Çalışmıyor |

İş Tecrübesi

| | |
|-------------------------|--------------------|
| Acıbadem Hastanesi | Hemşire, 2012 |
| Cumhuriyet Üniversitesi | Hemşire, 2012-2014 |