

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

**LOMBER DİSK AMELİYATI OLMUŞ ERİŞKİN
HASTALARIN
GENEL SAĞLIK STATÜSÜ BOYUTLARININ
ÖLÇÜLMESİ**

**Hemşirelik Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

T 99469

**HAZIRLAYAN
Pakize ÖZYÜREK**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Alev DRAMALI**

**EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU**

**EGE YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ**

İZMİR - 2000

ÖNSÖZ

Tez konumunun seçimine duyarlılık gösteren ve hazırlanmasında desteğini ve yardımını esirgemeyen Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Müdürü ve danışmanım Prof. Dr. Alev DRAMALI' ya teşekkürlerimi sunarım.

Tezimle ilgili çalışmalarında maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen aileme, kaynak taramamda yardımcı olan Pamukkale Üniversitesi Halk Sağlığı Öğr. Gör. Asiye UZANTI' ya ve Neşe SAĞLAM'a, istatistik verilerimin analizinde yardımcı olan Yrd. Doç. Dr. İsmet DOĞAN'a, yardımlarını gördüğüm A.K.Ü. Ahmet Necdet SEZER Uygulama ve Araştırma Hastanesinde görev yapan Laborant Çiğdem Özkan'a, Beslenme ve Diyet Uzmanı Gonca BAŞSOY' a, Eczacı Nilay YILMAZ'a, Hemşire Ayşe IŞIK ve Radyoloji Teknikeri Sibel Eser'e yardımlarından dolayı teşekkür ederim.

Pakize ÖZYÜREK

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖNSÖZ

i

İÇİNDEKİLER

ii

TABLolar DİZİNİ

viii

BÖLÜM - I

GİRİŞ

1

1.2. ARAŞTIRMA YLA İLGİLİ KURAMSAL BİLGİLER

1

1.2.1 Sağlığın Tanımı

4

1.2.1.1. Sağlığın Negatif Tanımları

6

1.2.1.2. Sağlığın Pozitif Tanımları

6

1.2.2. Sağlığın Boyutları

1.2.3. Sağlık İlgili Kavramlar

7

1.2.3.1. Sağlık Araştırmalarında Sağlık Statüsü Kavramı

8

1.2.3.2. Sağlık Araştırmalarında Yaşam Kalitesi Kavramı

11

1.2.3.2.1. Yaşam Kalitesi Yaklaşımları

11

1.2.3.2.2. Yaşam Kalitesinin Objektif Göstergeleri

11

1.2.3.2.3. Yaşam Kalitesinin Subjektif Göstergeleri

12

1.2.4 Sağlık Statüsünün Ölçme Yöntemleri

12

1.2.4.1. Sağlık Statüsünün Geleneksel Yöntemlerle Ölçümü

13

	Sayfa	No
1.2.4.2. Sağlık statüsünün Modern Sağlık Göstergeleri ile Ölçümü	14	
1.2.4.3.Global Sağlık Göstergeleri	16	
1.2.4.4.Fayda (Utility) Ölçümü	17	
1.2.4.5.Hastalığa Özgü Ölçekler	17	
1.2.4.6. Genel Sağlık İndeksleri ve Profilleri	18	
1.2.4.6.1. Hastalık Etkisi Profili (Sckness İmpact Profili-SIP)	18	
1.2.4.6.2. Nottingham Sağlık Profili(NSP)	19	
1.2.4.6.3. Short Form Survey (SF 36)	20	
1.2.5. Algılanan Sağlık	24	
1.2.6. Sağlıkın Ölçülmesi ve Ölçme Nedenleri	29	
1.2.7.Sağlık Statüsünün ve Yaşam Kalitesinin Ölçülmesinin Hemşirelik Yönünden Önemi	36	
1.3. ARAŞTIRMANIN AMACI	39	
1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	39	
1.5. HİPOTEZLER	40	
1.6. SINIRLAMALAR	40	
1.7. TANIMLAMALAR	40	

Sayfa No**BÖLÜM – II****42****GEREÇ VE YÖNTEM****42****2.1. Araştırmanın Tipi****42****2.2. Araştırmanın Yapıldığı yer****42****2.3. Araştırmanın Evreni****42****2.4. Araştırmanın Örnekleme****42****2.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri****42****2.6. Verilerin Toplanması****43****2.7. Verilerin Değerlendirilmesi****44**

Sayfa No

BÖLÜM – III	45
BULGULAR	45
BÖLÜM IV	68
TARTIŞMA VE SONUÇ	68
4.1. TARTIŞMA	68
4.1.1. Lomber Disk Hastalarının Demografik Özelliklerinin İncelenmesi	68
4.1.2. Lomber Disk Hastalarının Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Demografik Özelliklerine Göre İncelenmesi	69
4.1.3. Lomber Disk Hastalarının Cerrahi Öncesi Ve sonrası Genel Sağlık Statülerinin İncelenmesi	69
4.1.4. Lomber Disk Hastalarının Yaş, Cinsiyet, Eğitim, Gelir Düzeylerine Göre Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Sağlıklarını Kontrol Altında Tutma Durumları	75
4.1.5. Lomber Disk Hastalarının Yaş, Cinsiyet, Eğitim, Gelir Düzeylerine Göre Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Sağlık Değişimlerinin İncelenmesi	76
SONUÇLAR	78
ÖNERİLER	82
ÖZET	84
SUMMARY	86

KAYNAKLAR**88****EK - I. Anket Formu -****92****TABLO DİZİN**

1. Genel Sağlık Ölçüm Aracının Boyutları	21
2. Sağlık Statü Skalası SF-36 Hakkında Bilgi ve En Düşük ve En Yüksek Skorları	22
3. Lomber Disk Hastalarının Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	45
4. Lomber Disk Hastalarının Cerrahi Öncesi Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Yaşa Göre Karşılaştırılması	49
5. Lomber Disk Hastalarının Cerrahi Öncesi Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	50
6. Lomber Disk Hastalarının Cerrahi Öncesi Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Eğitim Düzeylerine Göre Karşılaştırılması	50
7. Lomber Disk Hastalarının Cerrahi Öncesi Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Hekime Başvurma Sayılarına Göre Karşılaştırılması	51
8. Lomber Disk Hastalarının Cerrahi Öncesi Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Hastalıklarını Bilme Sürelerine Göre Karşılaştırılması	52
9. Lomber Disk Hastalarının Cerrahi Öncesi Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Hastalıkları Nedeniyle Başka Tedavi Görme Durumlarına Göre Karşılaştırılması	52
10. Lomber Disk Hastalarının Cerrahi Öncesi Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Ameliyat Olup Olmama Durumlarına Göre Karşılaştırılması	53

11. Lomber Disk Hastalıklarının Cerrahi Öncesi Ve Sonrası Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Karşılaştırılması	54
12. Lomber Disk Hastalarının Ameliyat Öncesi Ve Ameliyat Sonrası Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması	55
13. Lomber Disk Hastalarının Ameliyat Öncesi Ve Ameliyat Sonrası Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Cinsiyet Gruplarına Göre Karşılaştırılması	56
14. Lomber Disk Hastalarının Ameliyat Öncesi Ve Ameliyat Sonrası Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Eğitim Gruplarına Göre Karşılaştırılması	57
15. Lomber Disk Hastalarının Ameliyat Öncesi Ve Ameliyat Sonrası Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Hastalıkları Bilme Gruplarına Göre Karşılaştırılması	58
16. Lomber Disk Hastalarının Ameliyat Öncesi Ve Ameliyat Sonrası Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Hekime Başvurma Gruplarına Göre Karşılaştırılması	60
17. Lomber Disk Hastalarının Ameliyat Öncesi Ve Ameliyat Sonrası Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Hastalıkları Nedeniyle Başka Tedavi Görme Durumlarına Göre Karşılaştırılması	61
18. Lomber Disk Hastalarının Ameliyat Öncesi Ve Ameliyat Sonrası Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Ameliyat Olmuş ve Olmamış Durumlarına Göre Karşılaştırılması	62
19. Lomber Disk Hastalarının Ameliyat Öncesi Ve Ameliyat Sonrası Sağlıklarını Kontrol Etme Durumlarının Yaşlarına, Cinsiyetlerine ,Eğitim Düzeylerine ve Gelir Durumlarına Göre Karşılaştırılması	64

20. Lomber Disk Hastalarının Ameliyat Öncesi Ve Ameliyat Sonrası
Sağlık Değişimlerinin Yaşlarına, Cinsiyetlerine ,Eğitim
Düzeylerine ve Gelir Durumlarına Göre Karşılaştırılması

66



BÖLÜM I

1.1.GİRİŞ

Sağlık hizmeti sunan tüm organizasyonların topluma karşı sorumluluk taşıdığı bir gerçektir. Bu sorumluluğa sahip sağlık kuruluşları tarafından bireylere sunulan sağlık hizmeti büyük ölçüde toplumun sağlık düzeyini etkilemektedir. Sağlık sektöründe hizmet veren kuruluşların birey ve toplum sağlığına olan katkılarına ilişkin yargılara, bu kuruluşların sağladıkları hizmetin kalitesini değerlendirerek ulaşılabilir. Bunun bir sonucu olarak, bir çok ülkede ekonomik zenginliklerin giderek artan oranını sağlık hizmetlerinin üretimine ve sunumuna ayırma zorunluluğu ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu nedenle mevcut sağlık bakım kaynaklarından daha fazla faydalar elde edilmesi önem kazanmış ve verilen tıbbi bakım ve tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesine yönelik çalışmalara verilen önem gittikçe artmıştır (37,43,45).

Sağlık bakım hizmetlerinde bakım kalitesinin odak noktası, hastaya doğru ve tam olarak tanı konulması yanında mümkün olduğu kadar kısa sürede fiziksel ve tıbbi açıdan fonksiyonlarının optimal bir düzeye getirmektir. Bir bakıma tıbbi ve teknolojik alanlardaki gelişmelere paralel olarak insanlar, artık yaşamın uzunluğu ile değil, pozitif nitelikli yaşamla ilgilenmeye başlamıştır (35,46).

Bu nedenlerden dolayı geçmişte, eğitim, araştırma ve sağlık bakımı uygulamaları genellikle akut hastalık üzerine odaklanmakta iken son yıllarda yaşam süresinin uzaması ile birlikte yaşamın kaliteside sorgulanmaya ve yaşam kalitesi kavramı tartışılmaya başlanmıştır (40).

Dinamik bir nitelik taşıyan yaşam kalitesi kavramının sürekli gelişim içerisinde olmasının yanında içeriğinde çok yönlü olması, tanımlanmasını güçleştirmektedir. Genel anlamda bireysel “iyi oluşun” ifadesi anlamına gelen yaşam kalitesi yıllar boyu değişik şekillerde tanımlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşam kalitesini, bireyin amacı, standartları ve ilgilendiği alana yönelik olarak yaşadığı kültür ve sosyal değerlerle uygunluğu ve toplum içindeki konumunun kendi tarafından algılanması olarak tanımlamıştır. Bu tanım fiziksel, psikolojik durum, sosyal ilişkiler, bağımsızlık düzeyi ve çevresel durum başlıklarını içermektedir (29).

Sağlık hizmetlerinin sonucunu ölçmek için kabul görmüş uygulamalara bakıldığında, kullanılan ölçümlerin idealden uzak olduğu görülmektedir. Örneğin, ulusal düzeyde sağlık bakım sistemlerinin performansı genellikle çocuk ve ana ölümlerindeki değişikliklerle, bireysel düzeyde ise tedavi için yapılan müdahaleler, ameliyat komplikasyon oranı, vaka ölüm oranı gibi göstergelerle ölçülmektedir. Bunun yanısıra gerçekte sonucu ölçemeyen ancak süreci değerlendiren tedavi edilen vaka sayısı veya hasta bakım günü gibi ölçütler de kullanılmaktadır. Sonuçta, sağlığın ölçülmesinde yaygın olarak kullanılan klinik göstergelere ek olarak gerek hastalıkların gerekse tedavilerin günlük hayat üzerindeki etkilerini ölçmek için yeni göstergelere ihtiyaç duyulmuş ve bu ihtiyaç algılanan sağlık statüsü ölçüm araçları ile sonuçlanmıştır (45,47).

Algılanan sağlık (“perceived health”), kişilerin genel olarak kendi sağlık durumlarını değerlendirmelerine dayanır ve sağlığın çok boyutluluğunu yansıtan, kişinin biyolojik, ruhsal ve toplumsal durumunu kendisinin değerlendirmesine olanak sağlayan basit ancak güçlü bir göstergedir. Kişilere sorulan tek bir soru ile elde edilen, algılanan sağlık durumunun sağlıkla ilgili bir çok olayı kapsadığı görülmüştür. Bu oldukça kolay olmasının yanısıra sağlığın değişik boyutlarını kapsamlı içermesi nedeniyle gerçek duruma yani objektif bulgulara oldukça yakındır (19).

Kronik hastalığa sahip hastaların yaşam kalitesini ölçen, bakım ve tedavilerinin değerlendirilmesini içeren çalışmalar gittikçe artmaktadır. Cerrahi prosedürler için bakım ve cerrahi müdahalelerin değerlendirilmesi, sonuçlar (outcome) üzerinde odaklaşan çalışmaların önemli eksiklikler taşıdığı görülmektedir. Oysa cerrahi girişim de hasta için bir kriz durumudur. Ayrılık endişesi, gelecek kaygısı, ölüm korkusu, vücut organ ve bölümlerinin zedeleneceği kaygısı gibi değişik tepkiler hastanın duyu durumunu, beden imajını ve sosyal alanını etkiler (24,43).

Cerrahi müdahalelerin değerlendirilmesinde, hastalar için önemli olan sonuçları da içermesi gerekmektedir. Bu noktada sağlık hizmetlerinin “sonuç” kavramı üzerinde durulmaktadır. Sonuç, en yalın haliyle “ tıbbi / cerrahi müdahaleler ya da müdahale etmeme konusundaki kararların sonucunda sağlık statüsünde meydana gelen olumlu veya olumsuz değişimler” olarak tanımlanmaktadır. Sağlık sektöründe çıktı (output), sonuç (outcome), süreç ölçütleri (throughput) kavramları ile açıklanmaktadır (47).

Ülkemizde bir çok lomber disk hastalığı nedeniyle diskektomi planlanan hastaların ameliyat hakkında çok az bilgileri yanında yanlış spekülasyonların varlığı, bireylerde korku ve endişeye yol açmaktadır. Güvenle uygulanan tedavi yöntemi olmakla birlikte ameliyatın hastaların sağlık statüleri üzerinde neden olduğu sonuçlar hakkında çok az şeyin bilindiği, tedavi sonuçları ile ilgili kararların genellikle hizmet sunanların görüşlerine dayandırıldığı, ameliyattan sonraki sonuçlar ile ilgili çalışmaların daha çok ameliyat komplikasyonları üzerinde odaklaştığı ve fonksiyonel statü ile iyilik şeklindeki sağlık statüsü ile ilgili çalışmaların çok fazla olmadığı ve dikkate alınmadığı görülmektedir.

Bu çalışmada Short Form –36 Survey (SF-36) ölçüm aracı kullanılmıştır. Ware tarafından 1987 yılında geliştirilen, klinik uygulama ve araştırmalarda sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel populasyon incelemelerinde kullanılan SF-36 ölçeği sekiz sağlık kavramını değerlendiren çok boyutlu skaladır (40).

1.2. ARAŞTIRMAYLA İLGİLİ KURAMSAL BİLGİLER

1.2.1. Sağlık Tanımı

Bir toplumun sağlık ve hastalık konuları hakkında ki bilgisi, görüşü, sağlık anlayışı ve bunlara ilişkin uygulamaları o toplumun sosyo – ekonomik yapısı, eğitim düzeyi ve kültür yoluyla biçimlenmektedir. Kuşkusuz, insanların sağlıkla ilgili inançları ve uygulamaları onların kültürünün bir parçasıdır (50).

Sağlığın çeşitli tanımları yapılabilmektedir. Bu tanımların çoğu “Sağlık”ı, hasta olmama veya sakatlığın zıddı olarak ele almıştır. Dolayısıyla daha çok sağlığın değil, hastalığın tanımına dayalı açıklamalar yapılmıştır (8). Yani olumsuz bazı durumların olmayışı pozitif bir olgunun göstergesi olarak kabul edilmiştir. Hep kısıtlı olduğu vurgulanan, ancak uzun bir dönem içindeki bu kısıtlılığı aşamayan ve böyle bir tanıma bağlı kalınmasının iki temel pratik nedeni bulunmaktadır: a) ölüm ve hastalık gibi negatif göstergelerin ölçülmesindeki kesinlik ve kolaylık b) sağlığı pozitif yönde tanımlayabilecek pozitif göstergelerin tam olarak saptanmaması nedeniyledir (4).

Sağlığın, hasta olmamanın ötesinde kendi başına bir anlam ve tanımının olması şarttır. Bu anlamda en çok bilinen ve bu günkü görüşlere yakın bir ‘sağlık’ tanımına Dünya Sağlık Örgütü’ nün Anayasasında belirlediği “sağlık sadece hastalık yada

sakatlığın olmaması değil, fiziksel ,ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir ” tanımı (DSÖ -1946) hedef olduğu bir çok eleştiriye karşın en sık başvurulan ve aynı zamanda ortalama kabul görmüş bir tanım durumundadır (4,47).

Bu anlamda DSÖ’ nün fiziksel , mental ve sosyal tam iyilik halini vurgulayan bu tanımı, önceki tanımı aşan bir yönü bulunmaktadır. Önceki tanım salt biyolojik ve tıbbi parametrelerle sağlığı tanımlarken ,yenisinde sağlığı belirlediği düşünülen pek çok dışsal , toplumsal etkeni de değerlendirme kapsamına almaya yönelik perspektif ve sosyal iyilik hali vurgusunun toplumsal ilişkileri sağlık kavramı içine çeken güçlü bir yönü bulunmaktadır .

Bu tanımla ilgili tartışma da “ tam iyilik hali ” önerisinin bir belirsizlik olarak kabul edilmesi nedeniyle bu kavram kişiden kişiye değişmekte ve özellikle gelişmemiş ülkelerde, insan bütün olarak ele alındığında sağlıktan söz etmek mümkün olmamaktadır. Ancak fiziksel, mental ve sosyal iyilik halleri içinde bir takım ölçütler belirlenebilir. Sonuç olarak biyopsikososyal düzeyde sağlığın / tam iyilik halinin ölçülmesi amacıyla kullanılan / geliştirilen ölçekler vardır (5).

Sağlığı tanımlarına değinildiği bu bölümde de görüldüğü gibi gerek sağlık durumu gerek hastalık durumu durağan değil sürekli değişen bir olgudur. Toplumda, kişilerin kendi işlerini görebilir durumda olmaları , "sağlıklı " olarak algılanır ki, bu göreceli bir yaklaşım yani subjektif bir olgudur. Bu tanımlamaya göre kişilerin sağlık durumları bilgi ve davranışlarına göre değişebilen bir olgudur (8).

Başka bir deyişle , bireyler farklı değerlere , eğitim düzeylerine , yaşam biçimlerine ve kültürlere sahip olduklarından , sağlık farklı bireyler için farklı anlamlara gelmektedir ve farklı toplumlar farklı tıbbi sistemler geliştirirler , farklı hastalık ve sağlık tutumları üretirler. Örneğin ; belgelerle " hipertansiyon " tanısı olan bir kişinin hastalığı kontrol altındaysa kişi bu tanının yaşamını etkilemesiyle başedebilir ve fonksiyonlarında değişiklik oluşturmamış olabilir. Ya da genç birisi için çeşitli aktivitelere katılabilmeye , yaşlı bir insan için ise daha sınırlı aktivitelerin üstesinden gelebilmeye eşit olabiliyor. Görüldüğü gibi herkesin kendine özel bir sağlık durumu bulunmaktadır. Kişinin sağlığını , canlı ya da cansız hastalık etkenleri doğuştan ya da sonradan kazandığı nitelikler ya da içinde yaşadığı çevrenin değişik faktörler etkilemektedir (8,13,23,45).

Ayrıca klinik uygulamalarda sağlık, oldukça dar bir şekilde tanımlandığı da görülmektedir. Tıbbi problemlerin sağlığın fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutları üzerine etkide bulunduğu açık olmasına rağmen genellikle klinik tıbbın, tıbbi problemlerin direkt etkileri olan organların fizyolojisi üzerinde odaklaştığı ve sağlık profesyonellerinin hastalığın sosyal modelinden çok tıbbi modeline önem verdikleri görülmektedir (43).

Tıbbi uygulamalar sağlığı düzeltmek özellikle de koruyup sürdürmekte pek etkili olmamakla birlikte , hayatın moleküler olaylara indirgenmesi sağlık ve hastalık konusunda insanın durumunu anlamak için yeterli değildir. Mc Keown' nun belirttiği gibi " tıptaki en temel sorun , hastalığın meydana geldikten sonra nasıl ameliyat edileceğinden çok , hastalığın niçin meydana geldiğidir "; yani teorik olarak hastalığın kökenleri , hastalık süreci doğasından önce gelir (23).

Sağlıkla ilgili tanımlara bakıldığında , sağlığın formal tanımının negatif ve pozitif olarak tanımlanmış olduğu görülmektedir. Negatif açıdan sağlık, hastalık durumlarının yokluğu ile pozitif açıdan ise belirli niteliklerin varlığı ile karakterize edilmektedir (45).

1.2.1.1.Sağlığın Negatif Tanımları

Sağlığın formal tanımlarından yukarıda da belirttiğimiz gibi birinci ayırımında sağlık, hastalığın olmaması olarak negatif olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım insanların kendilerini nasıl hissettiklerini dikkate almadığı için eleştirilmektedir. Çünkü hastalık sıkıntı, ağrı ve rahatsızlığın hissedilmesi ya da hissedilmemesiyle ortaya çıkabilmektedir. Birey ağrı ya da rahatsızlık duymaksızın var olan vücut anormalliklerinin farkına varmaksızın hasta olabileceği (örneğin ; dişin ağrısız çürümesi) patolojik anormalliklerini ya da bozukluk olmaksızın da kendini hasta hissedebilir (45,47).

Sağlığın bu şekilde tanımlanması, ölçülmesinde de hastalığın esas alınması sonucunu doğurmuş ve bunun sonucunda da morbidite ve mortalite istatistikleri yoluyla bir toplumun ne kadar sağlıklı veya ne kadar sağlıksız olduğu kararına gidilmiştir (47).

1.2.1.2. Sađlđın Pozitif Tanımları

Sađlđın formal tanımları açısından ikinci kategori “ pozitif ” tanımlarıdır. Seedhouse (1986) sađlđı belirli özelliklerin var olması şeklinde sınıflamakta ve bu özellikleri gruplayarak ağıklamaktadır. Bu sınıflardan beş tanesi : İdeal bir durum olarak sağlık, fiziksel ve ruhsal uyum (fitness) olarak sağlık, bir mal olarak sağlık , kişisel gúc ve yetenek olarak sağlık ve kişisel potansiyel olarak sağlıktır. DSÖ’ nün daha önce verilen sağlık tanımlaması ilk gruba ulaşılabilir olmaması açısından eleştiriye uğramıştır. Ancak tanımı , sađlđın pozitif olarak tanımlanması konusuna öncülük etmiştir (47,50).

Fiziksel ve ruhsal uyum olarak sağlık ise Talcott Persons 1972 yılında bireylerin sosyalleştiği, rol ve görevlerini etkili bir performans ile yapabilmek , toplumsal normlara ve beklentilere uygun olma kapasitesine önem vermekte ve yüksek sağlık düzeyini toplum kalkınması için önemli olarak görmektedir. Tanıma göre çok düşük bir sağlık düzeyi ya da çok yüksek bir hastalık düzeyi toplumu bozucu etkiye sahiptir (45).

Sađlđı geliştirme kavramıyla eş anlamlı olan pozitif sağlık, iyiliğin en yüksek düzeyi ile ilgilidir. Bireyin iyilik durumlarını, kendi kendilerine gerçekeştirebilecekleri davranışları ve bireyin içinde yaşadığı çevrenin değişimini içerir. Özetle , pozitif sađlđın stresli durumlara karşı koyabilme , güçlü bir sosyal destek sisteminin kurulması ve korunması , yüksek moral ve yaşam tatmini , psikolojik iyilik ve fiziksel uyum olarak tanımlanması mümkündür (17,47).

1.2.2. Sađlđın Boyutları

1961 yılında Bavman klinikte hastalar ve tıp öğrencileri ile, 1978 yılında Natopft' un yine tıp öğrencileri ile yaptığı araştırmada, son olarakta 1980 -1981 yıllarında Simith' in yaptığı araştırmada “ dört sağlık modeli ”yle sađlđı tanımlamışlardır.

1. Klinik modele göre sağlık ; Hastalđın olmayışı olarak görür, bunun doğal sonucu olarak sağlık , hastalık ve ya fonksiyon bozukluğunun olmayışı olarak tanımlanmaktadır.

2. Rol -performans modeli ise ; Sađlđı, bireyin rolünü etkin bir şekilde ortaya koymak olarak tanımlar . Bu model yapısal işlevsel görüşe benzerlik göstermektedir.

3. Uyum modeli ; Sağlığı bireyin fiziksel ve sosyal çevresi ile verimli ve etkili katılımı olarak görür. Bu görüşe göre hastalık, organizmanın çevre değişikliklerinin üstesinden gelemediği ya da bu değişikliklere adapte olamadığı durumlarda meydana çıkar.

4. Dördüncü modelinde ise sağlık ; Bireylerin iyilik ve kendinin farkında oluşlarının tamamen gelişmiş olması olarak tanımlamıştır (13).

1.2.3. Sağlıkla İlgili Kavramlar

Sağlıkla ilgili kavramların tanımları, hatta direkt “ sağlık ” tanımını tek ve sabit değildir. Farklı sosyo-kültürel çevrelere göre çok çeşitlilik gösterir. Bunun yanında kişilerin sağlık hizmeti ile etkileşimlerin parçası olduğu toplumun sosyo-politik yapılarından , kültürel görüntüsünden ve ekonomik özelliklerinden ayrı düşünülmez (23).

İnsan, çevresi ve fizik ötesi yapısı ile alındıkça sağlık kavramının kapsamı da genişlemektedir. Pek çok değişkenin etkili olduğu tanımlanması zor olan sağlık, aynı zamanda fizyolojik, antropolojik, sosyolojik, ekonomik ve psikolojik bileşenlerden oluştuğundan henüz göreceli bir kavramdır (23,47).

Elinson et.al(1977 :65)’ında belirttiği gibi, bireylerin ya da toplumların sağlığı anlayış ve değerlendiriş biçimleri sağlığın nasıl ölçüleceğine ve tıbbi bakım hizmetlerinin nasıl değerlendirileceğine de etki etmektedir. Yani, tıbbi sistemler geliştirirler, farklı hastalık ve sağlık tutumlarını üretirler (23,45).

İnsanlığın sağlığı , baskın tıbbi müdahalelerle değil insanların davranışları, gıdaları, fiziksel çevre özellikleri, sosyal ve psikolojik çevrelerinin özellikleri tarafından da belirlenmektedir. Bu nedenle yalnızca biyolojik bir kavram olmayan sağlığın tanımlanması, sağlığın toplumsal yönünün ele alınması gerekliliği konusuna yönelmemizi sağlamıştır (23).

1.2.3.1. Sağlık Araştırmalarında Sağlık Statüsü Kavramı

Geniş anlamda sağlık statüsü kavramı bireyin ve hastanın sağlık durumunu ya da düzeyini tarif etmede ve işaret etmede kullanılan bir kavram olup sağlığın tüm boyutlarını kapsamaktadır (45).

Sağlık alanı içinde sağlık statüsü , fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi birbirinin yerine sıkça kullanılan terimlerdir. Sağlık alanında yaşam negatif belirleyicilerle (ölüm ve hastalık) değerlendirilirken fonksiyonlarının, iyilik ve mutluluk hallerinin gibi pozitif belirleyicilerle değerlendirmenin sağlıkla ilgili olduğu kabul edilmiştir (21).

Kavramsal problemler sağlık statüsü, sağlıkla ilgili hayat kalitesi ve bu kavramlarının özellikle klinik ortamlarda sağlığı fiziksel, ruhsal ve sosyal alanlarına atıfta bulunmak için birbirlerinin yerlerine kullanılmasından , bu kavramların boyutlarının ve sınırlarının ne olduğu konusunda çok az fikir birliği sağlanmış olmasından ve birbirleriyle kesişen yönlere sahip olmasından kaynaklanmaktadır (45).

Sağlık durumu, iyilik hali, hastane, uyku, seks, görünüş, semptomlar, ailesel destek, sosyal ve / veya sağlık bakımını içeren bir durumdur (20).

Sağlık statüsünün tanımlanmasında kavram karışıklığından başka karşımıza çıkan diğer bir problem kavramları ölçmek için tek bir yaklaşımın olmamasından , içerikleri aynı olmakla beraber sağlık statüsü , fonksiyonel statü , sağlıkla ilgili hayat kalitesi ve hayat kalitesi ölçüm araçları şeklinde farklılaşan bir çok aracın oluşmasından ve gerçekte sağlık statüsünü ölçmek için tasarlanmış bir aracın hayat kalitesini ve sağlıkla ilgili hayat kalitesini ölçmek için kullanılmasından kaynaklanmaktadır (45).

Genel sağlık statüsünün ölçülmesi , sağlığın yükseltilmesinde ve sağlık bakımının değerlendirilmesinde bir kriterdir. Gelişmiş / gelişmekte olan ülkelerde negatif sağlık daha öncede belirttiğimiz gibi belirleyici olarak mortalite ve morbidite oranları çok belirsiz tanımlayıcılardır. Pozitif sağlık belirleyicileri fonksiyonel performans ve iyilik hali , canlılık , sosyal fonksiyonellik gibi kavramlardan oluşmaktadır. Sağlık durumunu tanımlamakta pozitif sağlık belirleyicilerini kullanmak daha uygun ve ölçülebilir kavramlardır .

Genellikle sağlık profillerinin analiz faktörleri içinde fiziksel fonksiyonellik, emosyonel fonksiyonellik , algılanan sağlık , antropometrik ölçüm (vücut kitle indeksi),

kan basıncı / biyokimya gibi objektif ölçümler , sosyal fonksiyonellik olmak üzere 6 boyut tanımlanmaktadır (25).

Sağlık statüsünün bu boyutlarının hepsinden etkilenen, algılanan sağlık statüsü yer almaktadır. Algılanan sağlığı modelleştirmenin nedeni algılanan sağlığın fiziksel , ruhsal sağlık statüsünün , sağlık hizmeti kullanımı ve ölçüm gibi önemli sonuçların alternatif bir göstergesi olması , akut hastalıkların geçişsel durumlarını yansıtabilmesi ve sağlık statüsündeki gizli değişikliklere duyarlı olmasıdır. Yapılan araştırmalara göre erkekler sağlık statüsünü fiziksel fonksiyonellikle, kadınlar ise algılanan sağlık ile değerlendirdikleri görülmüştür (25,45).

1.2.3.2. Sağlık Araştırmalarında Yaşam Kalitesi Kavramı

Sözlük anlamıyla kalite , bir şeyin ya da birinin doğası , niteliğidir. Bakım kalitesi ise, mükemmellik derecesi olarak tanımlanmaktadır. Evrensel bir tanımı olmamasına rağmen farklı bilimler yaşam kalitesinin kendi disiplinlerini vurgulayan yönlerine odaklanmışlar bu farklı yaklaşımlar, kavramının çeşitli yönlerine ilişkin bilginin kavramsallaştırılmasına yol açmıştır (38,40).

Ekonomistler esenlik kavramı üzerinde durmuşlar, ulusal üretim gibi göstergeleri ve satın alma gücünü kullanmışlardır. Ekonomik yaklaşımlarda yaşam kalitesini tanımlamaya çalışan araştırmacılar teknolojik değişme ve ekonomik büyüme üzerinde durmuşlardır (40,48).

Dinamik bir nitelik taşıyan yaşam kalitesi kavramının sürekli gelişim içinde olması ve çok yönlü özellikler taşıması tanımlanmasını güçleştirmektedir. Genel anlamda "iyi oluş" un ifadesi anlamına gelen yaşam kalitesini sosyolojik, psikolojik, ekonomik ve kültürel etmenlerle belirlendiği açıktır (46).

Psikolojik açıdan yaşam kalitesini tanımlayan bazı araştırmacılar bireylerin gerginlik dolu yaşam olaylarına gösterdikleri tepkileri incelemişler ve bireyin mutluluğu ya da doyumu ile ilgili bir kavram olduğunu ileri sürmüşler , sosyoloji esenlik ile ilişkili yaşam kalitesi konuları üzerinde durmuştur. Özellikle sosyal bilimlerde yaşam kalitesi kavramının yaygın kullanımı tıp ve hemşirelik bilimlerini de etkilemiş ve nihayet çeşitli hastalık durumlarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, sınırlı medikal kaynakların

dağılımı, klinik karar verilmesinin kolaylaştırılması ve hastalığa uygun tedavi ve bakım kararlarının verilmesi gibi çeşitli konularda araştırmalara yönelmiştir (40,41,48).

Yaşam kalitesi, yaşam memnuniyeti çevresinde tanımlanmıştır. Loberde ve Powers (1980)' de, geçmişteki, şimdiki, gelecekteki yaşam memnuniyetliliğinin, genel durumla, yaşam kalitesini tanımlamışlardır. Young ve Longman ise yaşam davranışlarının sunulmasıyla, hoşnutluğun dereceli olduğunu açıklamışlardır. Olderidge (1986), yaşam kalitesini, kişinin yaşam içinde gösterdikleri mücadeleler veya kişinin kendisini nasıl hissettiği ve günlük yaşam aktiviteleri gibi memnuniyetliliğin tamamı olarak yorumlamıştır (41).

Yaşam kalitesi kavramı ilk kez Thorndike (1939) tarafından " sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi" şeklinde tanımlanmıştır. Burada temel olarak sunulan "iyi bir sosyal çevre bireysel kalite algısının da iyi olması sonucunu doğurur" fikridir. Andrew ve Withney yaşam kalitesi kavramını "bireylerin doyumunu ile onların sosyal ilişkilerinin kesişimi", Murrell, Norris ve arkadaşları ise "mutluluk, doyum ve uyum" olarak tanımlamışlardır. Hörnquist ' e göre yaşam kalitesi ; " yaşamı bir bütün olarak kapsayan bir ön gerçek olup , algılanan tüm doyum ve iyi olma için özel bir çaba gösterilen önemli alanlardaki doyum " demektir (46).

Burghard göre yaşam kalitesi tanımı; "yaşamdan doyum bulma, bireylerin fiziksel ve ekonomik yönden iyi olması, bireyler ile iyi ilişkiler kullanması, mental iyilik, toplumsal vatandaşlık/medeniyete ait davranışlarda sosyal güç yeterliliğine sahip olması bireylerin kendini geliştirmeleri ve dinlenme / eğlence gibi hobilerine zaman ayırmasıdır" şeklinde tanımlamıştır (41).

Temel gereksinimlerin karşılanması iyilik hali için önemlidir. Bunlar karşılanmadığında birey kızmakta, korkmakta, üzülme, agresif veya depresif olmakta, diğer bireylerden kaçma yoluna gitmektedir.

Padilla , Grant ve Ferrell (1992) yaşam kalitesini boyutlara ayırarak tanımlamışlardır.

1. Psikolojik İyilik Hali; Yaşamdan beklenen memnuniyet , yaşamın anlamı, mutluluklar, dinlenme, meşguliyet, anksiyete gibi duygulardır.

2. Fiziksel İyilik Hali; Fonksiyonel yeterlilik ve günlük yaşam aktiviteleri, yeme, iştah, uyku, zindelik gibi fonksiyonların yerine getirilmesidir.
3. Sosyal ve Bireysel İyilik Hali; Bireysel fonksiyonlar, sosyal aktiviteler, başkalarından destek görme, reddedilme, rol işlevi gibi durumları içerir.
4. Finansal ve Maddi Esenlik Hali; Mevcut durumda geleceğe ilişkin güvenlik duygusu, barınma, sağlık sigortası, iş güvencesidir (11,46).

Yaşam kalitesi subjektif bir olgudur, gözlenemez. Yaşam kalitesini ifade eden, duygu ve düşünceler gibi subjektif olgular, başkaları tarafından gözlenemeyen olgulardır. Bu nedenle de, sağlık profesyonelleri ve hastalar tarafından yapılan değerlendirmeler birbirinden çok farklıdır, benzer yönleri çok azdır. Pearlman, emosyonel sağlık ve doyumunu değerlendirmiş , beklenen ve alınan yanıtların birbirinden çok farklı olduğunu görmüştür (18).

1.2.3.2.1. Yaşam Kalitesi Yaklaşımları

Sağlık hizmetlerinin geleneksel modellerinde amaç hastalığın tedavisi ve acı çekmenin sonlandırılması iken günümüzde bu amaç sağlığın sürdürülmesi ve artırılmasına yardımcı olacak yaşam biçiminin bireysel felsefesinin yaratılmasına dönüşmüştür (45,47).

Yaşam kalitesi birey üzerinde etkili olan tüm ve durum ve faktörlerini kapsamaktadır. Yaşam kalitesi, sosyal fonksiyon, sağlık durumu, emniyet, emosyonel ve mental durum, algılara, ekonomik statü, günlük yaşam aktiviteleri (GYA), anksiyete, semptomların hafifletilmesi bireyi yaşamdan doyum bulması ve sosyal destek gibi bir veya birden fazla gösterge yaşam kalitesi alanını oluşturmaktadır (21).

1.2.3.2.2. Yaşam Kalitesinin Objektif Göstergeleri (Fiziksel İyilik Hali Göstergeleri): Tüm bireyler temel fiziksel gereksinimlere sahiptir ve bu fiziksel gereksinimler her insan için aynıdır. Virginia Henderson, insanların temel gereksinimlerinin birbirinin aynı olduğuna, ancak birbirinin aynı iki insan var olmadığına inanır. Bu nedenle de hemşirenin, hasta gereksinimlerini "O" hastaya özgü olarak değerlendirilmesi gerekir, demektir .

Yaşam kalitesinin objektif göstergeleri fiziksel iyilik algılaması ile açıklanmaktadır ve fiziksel iyilik hali fiziksel aktiviteleri yapmada güçlük, fonksiyonel yetersizlik, çalışma durumu, hastalık semptomları, sağlık durumu ile ilgili konuları kapsamaktadır ve hastaların fiziksel iyilik halinde bozulmaları ve yaşam kalitesinin etkilenmesine neden olmaktadır .

Kronik hastalığı olan bireylerde fiziksel gereksinimlerin karşılanması son derece önemlidir. Ancak kronik olan bireylerin fiziki aktiviteleri yapmada önemli sorunları vardır. Özellikle yürüme, koşma, merdiven çıkma, eğilme, doğrulma gibi fiziki dayanıklılık isteyen aktiviteleri çok güçlükle yapmakta ya da hiç yapamamaktadır (1).

1.2.3.2.3. Yaşam Kalitesinin Subjektif Göstergeleri: Psikolojik göstergeleri yaşam doyumunu, duygu ve düşünceler gibi başkaları tarafından gözlenemeyen olgulardır. Psikolojik göstergeler değişken olarak kişinin işinden aile yaşamından aldığı doyumunu, çevresinden ve özel yaşamından aldığı doyumunu, beceri , öğrenme ,gibi kalıtsal özelliklerini ele alır. Pearlman, emosyonel sağlık ve doyumunu değerlendirmiş beklenen ve alınan yanıtların birbirinden çok farklı olduğunu görmüştür. Bu anlamda, yaşam kalitesi öznel doyum ya da sonuçtur (11,39).

Nasses'e göre subjektif hisleri, bireyin kendisinden daha iyi hiç kimsenin ifade edemeyeceğini belirtmiş ve bunu "ayakkabının neresinin sıkıldığını, giyen kişi bilir" diyerek örneklemiştir. Psikolojik göstergeler içerisinde kendi yaşamını değerlendirilmesi temel etmendir (39).

Yaşam kalitesi dinamik, değişken bir kavramdır. Yani birey için olmuş, bitmiş, sabit olan bir şeyin kalite değeri yoktur. Kalite değeri başta bir takım olaylarla gelişen yaşantılar hakkındadır. Yaşam olayları değişmeyi sağladığından kalite fikrini vermektedir.

1.2.4. Sağlık Statüsünün Ölçülme Yöntemleri

Sağlık anlayışına yakından bakıldığında; hekim ve hemşirelerin mevcut klinik tıbbi yaklaşım ve uygulamalar içerisinde, sağlığı oldukça dar bir şekilde fizyolojik ve biyolojik boyutlar açısından ele alarak bu boyutlarla ilgili normlardan sapmalara göre değerlendirdikleri görülmektedir. Sağlığın biyolojik boyutları ile ilgili değerlendirmeler laboratuvar ya da teşhis testlerine , fonksiyona yönelik ve iyilik hali ile ilgili kararlarına

ya da bu kararları belirleyen algılanan sağlık statüsü ölçüm araçlarına dayandırılmaktadır. Birincisi sağlığın objektif , ikincisi ise subjektif sağlığın ölçüsü olarak tanımlanmaktadır (45,47).

1.2.4.1. Sağlık Statüsünün Geleneksel Yöntemlerle Ölçümü

Sağlığın ve hastalığın sosyal modelinden çok tıbbi modeline önem veren bu yaklaşımda hizmet etkinliğinin değerlendirilmesinde geleneksel bir biçimde laboratuvar testleri, mortalite (ölüm) ve morbidite (hastalık) göstergeleri kullanılmaktadır (4,9,19).

Geleneksel göstergeler belirli durumlar açısından irdelendiklerinde yetersiz oldukları öne sürülmektedir. Bu gösterge değişik yaş gruplarına, değişik hastalıklara ve cinsiyete göre hesaplanabilmesine karşın 20.yy. koşullarında yetersiz kalmaktadır. Bunun nedeni bugün bir çok toplumda enfeksiyon hastalıklarının önlenmesi, yaşam koşullarının gelişmesi sonucunda ölüm oranlarında düşüşler olması ve toplumda kronik hastalıkların artmasıyla birlikte öldürmeyen ancak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen hastalıkların ortaya çıkmasıdır. Örneğin; İngiltere’de 65 yaşın üzerindeki erkeklerin yüzde 4’ünü, kadınların yüzde 2’sini etkileyen artrit çok nadiren ölüme yol açarken kişilerin yaşam kalitesini son derece olumsuz yönde etkileyen ve sağlık hizmeti kullanımını önemli ölçüde artıran bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca bir çok tıbbi duruma ilişkin yapılan müdahalelerle, hastalık ve yaşam süresi etkilenmese dahi kendilerini daha iyi hissetmeleri sağlanabilmektedir (47).

Bu çerçevede diğer bir geleneksel gösterge olan biyomedikal laboratuvar göstergelerine yönelik eleştirilere değinildiğinde; bu göstergelerin ağrı, acı ve sıkıntı gibi sorunlar ile bir hastalık durumuna bağlı ya da bağlı olmaksızın bireylerin kendilerini nasıl hissettiklerini açıklayamaması nedeniyle yetersiz olarak değerlendirildiği görülmektedir Bu göstergelerin yetersiz olduğu diğer önemli bir nokta ise değerlendirmelerde tıbbi personelin kararlarının esas alınarak, hastaların bakımla ilgili görüş ve duygularının göz ardı edilmesine neden olmasıdır. Yani tedavi veya ameliyattan tatmin olan bir hekim veya cerrah, her zaman tedavi veya ameliyattan tatmin bir hasta anlamına gelmemektedir (45).

Geleneksel göstergelerden biride mortalitedir. Mortalite verilerin kullanılması, bugün ölüm oranlarındaki azalma ile kas iskelet sistemi hastalıkları gibi öldürmeyen

ancak yaşam kalitesini düşüren hastalıkların artışı nedeniyle toplumun sağlık durumunu tam olarak yansıtmamaktadır (18).

Dehaan, Horn, Limburg Vander Meulen ve Bosswyt (1993) yaşam kalitesinin fonksiyonel kabiliyetleri tekrar kazanması anlamına gelmekten fazlasını içerdiğini tanımlamışlardır. Objektif ölçümler her zaman yeterli olmamıştır. Geleneksel olarak kullanılan bir başka sağlık göstergesi de morbiditedir. Morbidite verilerinin bir toplumda mevcut hastalıkların ciddiyeti ve hastanın faaliyetlerini ne kadar sınırladığı konusunda fikir vermemektedir (18,27).

Sağlığın ve bakım hizmetlerinin değerlendirilmesinde, daha kapsamlı bir sağlık düşüncesinin benimsenmesi ve bu yönde bireylerin algıladıkları sağlık statülerinin de ölçülmesi gerektiği konusundaki bakış açısıyla, sağlığın belirli yönleri sadece bireylerin ya da hastaların kendi ifadeleri ile belirlendiğinden, sağlığın ölçülmesinde temel veri kaynağının yine bireylerin kendisi kabul edilmektedir. Örneğin, duygusal durumlar, fiziksel semptomların varlığı ya da yokluğu (aşırı durumlar hariç), iyilik hali, günlük aktiviteler ile ilgili fonksiyonellik sadece bireylerin kendi sağlık algılamaları ile değerlendirilebilmektedir (19).

1.2.4.2. Sağlık Statüsünün Modern Sağlık Göstergeleri ile Ölçümü

Genel sağlık statüsünün ölçülmesi sağlık bakımını yükseltme ve değerlendirilmesinde bir kriterdir. Gelişmiş ülkelerde negatif geleneksel sağlık göstergeleri daha önce de belirttiğimiz gibi mortalite ve morbitide oranları çok belirsizdir. Sağlık statüsünde pozitif modern sağlık göstergeleri açıkça belli olan belirleyiciler fonksiyonel performans ve iyilik halidir. Bu belirleyiciler geniş içerikli, güvenilir, ölçülebilir, ve yapılması mümkün belirleyicilerdir (31).

Bunlar içinde en kolay ölçülebileni fiziksel hareketlilik ve kısmen acı ve stresten yoksunluk derecesidir. Fiziksel hareketlilik “normal”den yatağa bağımlı olmaya kadar uzanan bir doğru üzerinde ölçülebilir. Kendi kendine bakabilme, giyinebilme, beslenme, gibi bazı faaliyetlerini içerir ki genellikle hiyerarşik bir sıra izlendiğinden ölçümü kısmen kolaydır. Normal sosyal faaliyetlerde bulunabilme yeterliliği ise özellikle bazı ruh hastalıklarında önem kazanmaktadır. Görüldüğü üzere yukarıda sıralanan bu yaşam kalitesi boyutlarının hiç biri herhangi bir hastalığın veya klinik belirtilerinin ya da

sendromun varlığına ya da yokluğuna değil duygu ve fonksiyonel kapasiteye işaret etmektedir. Bu da daha önce belirtilen sağlığın pozitif tanımlarıyla uyumludur (45,47).

Frank Stromborg (1988) yaşam kalitesinin ölçülmesinde bir takım kararlar tanımlamışlardır.

- a) Niteliğe karşı niceliğin ölçülmesi ,
- b) Objektif ölçüme karşın subjektif ölçümlerin (hastaların kendilerini değerlendirilmesinin istenmesi),
- c) Objektif belirleyiciler yerine (ev ,iş, gelir,), subjektif belirleyicilerin (psikolojik) kullanılması,
- d) Ölçümlerde tek araç yerine soruna özel farklı araçlar kullanılmasını tanımlamışlardır.

Meeberg (1993), subjektif ve objektif komponentlerinin her ikisinde de yaşam kalitesinin analizini destekleyen kavramlar olmasına rağmen subjektif durumun "kişinin memnuniyet hissi" sağlığın ölçülmesinde esas kriter olduğunu vurgulamıştır (11).

Sağlığın ölçülmesindeki ilk aşama McGuire ve diğerlerinin de belirtildiği gibi olası sağlık statüsü düzeylerini (states of health) bireylere yaptığı etki açısından tanımlanmaktadır. Bundan sonraki aşama ise bu düzeylerin ne kadar iyi ya da ne kadar kötü olduğuna göre derecelendirilmesidir. Düzeylerin derecelendirilmesi iki şekilde gerçekleşebilir: Ordinal derecelendirilme ve kardinal derecelendirilme (47).

Ordinal derecelendirilme sisteminde özetle sağlık statüsü düzeyinin iyiden kötüye doğru sıralanması söz konusudur. Örneğin yaşlılar için geliştirilen bir sağlık statüsü indeksinde:

1-Dışarıya çıkamaz.

2-Dışarıya ancak bir başkasının yardımıyla çıkabilir.

3-Dışarıya yardımsız çıkabilir, şeklindeki kötüden iyiye doğru yapılmış bir derecelendirme (1)'in (2)'den , (2)'nin (3)'den ve (1)'in (3)'den kötü olduğunu göstermekte (1)'in (2)'den ne kadar kötü olduğunu yanıtlayamamaktadır. Ancak bu

şekilde derecelendirme bu kötülüğün derecesi hakkında bilgi verememektedir. Bu durumda ikinci bir ölçeğe, kardinal ölçeğe, gereksinim duyulmaktadır ki bu da iki türlü elde edilebilir; aralıklı (interval) ölçek ve rasyo ölçeği (ratio scale). Aralıklı ölçekte farklı sağlık düzeylerine verilen rakamlar sadece ordinal derecelendirmeyi göstermemekte, aynı zamanda rakamlar arasındaki aralığın da aynı olduğunu gösterir. Örneğin; yine aynı ölçek düşünüldüğünde (1)'den (2)'ye yükselme (2)'den (3)'e yükselme ile aynıdır. Ancak bu yöntemde ise (3) düzeyindeki bir sağlık statüsüne sahip olmanın (1) düzeyindeki bir sağlık statüsüne sahip olmaktan 3 kat daha iyi olduğu söylenememektedir. Ancak rasyo ölçeğinde rakamlar arasındaki farklılıklar aynı olduğu gibi sağlık statüsü düzeyleri arasında da "iki katı daha iyi", "beş katı daha kötü" gibi değerlendirmelerde bulunabilir. Bowling'in belirttiği gibi yapılabildiği durumlarda aralıklı ya da rasyo ölçeğini kullanmakta fayda vardır (45,47).

1.2.4.3.Global Sağlık Göstergeleri

Sağlık statüsünün global sağlık göstergeleri ile ölçümü 1950'lerden beri kullanılmaktadır. Uygulanması kolay ve anlaşılır olan bu yaklaşım üç farklı yönetime dayandırılmaktadır. Birincisinin de, hastalara "sağlığınıza nasıl görüyorsunuz" sorusu yöneltilmekte ve mükemmel , çok iyi , iyi , orta ve kötü kategorilerinden kendilerini en iyi tanımlayanı seçmeleri istenmektedir. İkinci yöntemde bir ucunda mükemmelliğin, diğer ucunda çok kötünün olduğu 10 cm' lik bir çizgide sağlık durumlarını en iyi tanımlayan noktayı işaretlemeleri istenmektedir. Üçüncü yöntemde ise hastalara "nasıl sınız? " şeklinde açık uçlu bir soru yöneltilmiştir. Bu üç yaklaşımda çok sorulu sağlık statüsü ölçüm araçları ile ilişkili olduğu öne sürülmektedir.

Bu üç yaklaşım arasında en çok birincisi kullanılmaktadır. Yapılan çeşitli araştırmalarda sağlıklarını mükemmel ,iyi , orta , kötü olarak oranlayanları, mortaliteleri arasında önemli farklar olduğu, yani bireylerin kendi sağlıkları ile ilgili global algılamalarının gelecekteki mortalitenin en önemli bir yansıtıcısı olduğu bulunmuştur (47).

1.2.4.4. Fayda (Utility) Ölçümü

Genel ölçüm araçlarının bir diğeri olan fayda ölçüm araçları , teorik kararlardan ekonomik kararlara kadar kapsamlıdır. Bu araçların en önemli özelliği hastadan beklenen sonuç ve tedavinin yönlendirilmesinde önceliği saptanmasını ve sağlık durumlarını ölümle ilişkilendirmesidir. Bu nedenle fayda ölçüm araçları hayatın süresini ve kalitesini birleştiren maliyet-fayda (cost-utility) analizlerinde kullanılabilir (21).

Fayda ölçümünde farklı sağlık statüleri için tek bir numara boyunca devam eden örneğin; ölüm 0.0 , tam sağlık 1.0 , uzanan skorlarla standardize edilmektedir. Buna rağmen sağlık düzeyleri 0.0'dan daha az olması ölümden daha kötü durumları , temsil etmektedir. Fayda ölçümleri genel sağlık durumu ile hastanın sağlık durumu arasındaki iki durum yansıtabilir. Fayda ölçümlerinde sağlık bakımı verilirken yapılan tedavinin yararı sunulurken ekonomik analizinde de önem taşımaktadır. Bunlar sağlık statüsünde rakamsal değer vermek isteyen ekonomistlerin geliştirdiği bir seri ekonometrik ölçekleme teknikleridir. Bunlar arasında en bilineni Quality Adjusted Life Years (QALYs) ve son zamanlarda Dünya Bankasının geliştirdiği Disability Adjusted Life Years'dir(DALYs) (21,45) .

1.2.4.5.Hastalığa Özgü Ölçekler:

Hastalığa özgü ölçeklerin çıkış nedeni bir hastalığın varlığını ya da yokluğunu gösteren geleneksel biyomedikal göstergelerin hastalığın hasta üzerindeki gerçek etkisinin göstermediğini fark edilmesiyle olmuştur.

Hastalığa özgü ölçüm araçları, tek grup üzerinde, belirli hastalıkları ya da hasta gruplarını değerlendirmek için tasarlanmıştır. Ancak tüm spesifik ölçüm araçları hastalıkla ilişkili değildir.Bunlar belirli durumlara (sırt ağrısı ya da nefes darlığı gibi) , belirli fonksiyonlara (cinsel veya duygusal fonksiyon gibi) ya da belirli nüfus gruplarına (yaşlılara ya da çocuklara özgü olmak gibi) özgü olabilir (21,45).

Hastalığa özgü ölçeklere örnek olarak Guyatt ve diğeri tarafından geliştirilen “kronik solunum yolları anketi”, Stanford Artrit Merkezi tarafından geliştirilen “sağlığın değerlendirilmesi” örnek olarak gösterilebilir (21).

Stanford Artrit Merkezi tarafından geliştirilen ankette ise rheumatoid arthiritis ve osteoarthritis hastalarının fonksiyonel kapasitelerinin ölçülmesi amaçlanmaktadır. Örnek;

Aşağıdakileri yapabiliyor musunuz?

-Ayakkabılarınızı bağlayıp, düğmelerin iliklenmesi dahil kendi kendinize giyinebilmek,

-Kolsuz bir iskemleden kalkabilmek,

-Yatağa yatıp, kalkabilmek,

-Dışarıda yürüyebilmek,

Bu sorulara verilebilecek yanıtlar ise “hiç zorluk çekmeden”, “biraz zorluk çekerek”, “çok zorluk çekerek”ve “yapamıyorum” şeklinde sınıflandırılmıştır (45).

1.2.4.6. Genel Sağlık İndeksleri ve Profilleri:

Genel sağlık statüsü ölçüm araçları, toplumun bir grubuna, tek bir belirleyiciyi içeren durumlara, uygulanmak üzere geliştirilmiştir. Sağlık indeksleri ve profilleri sağlığın çok boyutlu olma özelliğinin dikkate alınmasından ortaya çıkmıştır. Hastanın fiziksel hareketliliğinin, günlük yaşamla ilgili faaliyetleri yerine getirmesinin, sosyal faaliyetlerinin ve psiko-sosyal statüsünün değerlendirilmesini içerir. İndeks ile profil arasındaki fark, sağlık indeksinin aktivite ve deneyimlerin bir çok boyutunu tek bir ölçütte toplayarak sunması, profilin ise bu boyutların tek bir ölçüte indirgemenen ayrı ayrı ölçmesidir. Geliştirilen indeks ve profiller içinde en çok bilinen ve uygulananlar arasında Karnofsky indeksi, Hastalık Etkisi Profili(sckness impact profili), Mcmaster Sağlık indeksi ve Nothtingham Sağlık Profili, 36 Soruluk Kısa Bir Sağlık Araştırması(36 İtem Short Form Health Survey-SF 36) sayılabilir (40,47)

1.2.4.6.1. Hastalık Etkisi Profili (Sckness İmpact Profili-SIP)

Çok sağlıklı sorunları ve hastalıkları (Disease) ile demografik ve kültürel gruplar arasında sağlık bakım hizmetlerini değerlendirmek için bir sonuç (out-come), ölçümü olarak kullanılmak üzere sağlık statüsünü ölçmektir .

SIP duygular ve klinik raporlardan çok hastalığın (sickness) günlük faaliyetler ve davranışlar üzerindeki etkisinde yoğunlaşmaktadır. SIP’de yanıt verenlerden bir dizi ifadeden kendilerine uyanları işaretlemeleri istenmektedir. Bu ifadelere örnek şunu verebiliriz:

- Günün büyük bir bölümünü dinlenmek için yatmakla geçiriyorum.
- Günün büyük bir bölümünde oturuyorum.
- Günün ve gecenin büyük bir bölümünde uyuyorum.
- Ayağa ancak birinin yardımı ile kalkabiliyorum.
- Ancak bir şeye dayanarak eğilebiliyorum.
- Normalde yaptığım günlük ev işinden daha azını yapıyorum.
- Normalde yaptığım ev temizliğini hiç birini yapamıyorum.
- Sosyal aktivitelere daha az katılıyorum (47).

1.2.4.6.2. Nottingham Sağlık Profili (NSP)

NSP'nin temel özelliği kısa ve basit olması bir grup hastaya ya da nüfus grubuna kolaylıkla uygulanabilmesidir. Profil iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde cevap verenlerden hareketlilik, acı, enerji, uyku, duygusal tepkiler ve sosyal izolasyonu içeren 38 basit ifadeye evet ya da hayır diye cevap vermeleri istenmektedir (1,47).

Bu tür cümlelere örnek şunları verebiliriz:

- Her zaman yorgunum.
- Geceleri sancılanıyorum.
- Her şey üstüme geliyor.
- Dayanılmaz sancılarım var.
- Uyuyabilmek için ilaç alıyorum.

İkinci bölümde ise sağlığın günlük yaşamdaki yedi alan üzerindeki etkisi sorulmaktadır:Çalışma , ev işleri, sosyal yaşam, ev yaşamı, cinsel yaşam, ilgili alanları, hobiler ve tatiller. Örneğin şu andaki sağlık durumunuz aşağıdakiler açısından sorun yaratıyor mu?

-Mesleğiniz

-Ev işleri

-Sosyal yaşam

-Ev yaşamı

Bu güne kadar yapılan araştırmalar profilin subjektif olarak sağlık düzeyinin tatmin edici olduğunu ölçümünde ortaya çıkarmıştır (47).

1.2.4.6.3. Short Form Survey (SF - 36)

Son on yıl içinde , sağlık bakımının geliştirilmesinde en önemli şey medikal bakım sonuçlarının izlenmesinde hastaların görüşleri üzerinde odaklaşmaya doğru giden bir anlayış oluşturulmuştur. Bugün çoğu hastalarda medikal bakımın amaçları daha efektif yaşam , iyilik halinin ve fonksiyonelliklerinin sürdürülmesinin sağlanmasıdır. Bu amaçların gerçekleştirilmesinde başarıya ulaşp ulaşmadığına en iyi karar vericiler, hastalar olmasına rağmen hastaların tedavi ve hastalık deneyimlerinden yararlanır fakat bazen yeterli olmamaktadır. Bu da bilgilerin eksikliği nedeniyle kullanımı kolay veri toplama yöntemlerinin geçerliliğini azaltmaktadır.

Toplumların ve bireylerin sağlık statülerini değerlendirme konusundaki ilginin giderek artması ve sağlık bakımı değerlendirmesinde fiziksel, ruhsal ve sosyal fonksiyonelliğin hastaya dayalı ölçülmesi gerektiğinin kabul edilmesi, birçok sağlık statüsü ölçüm aracının geliştirilmesine neden olmuştur. Genel sağlık ölçeklerin içeriği ve uygulama alanları geniştir ve genel olarak farklı popülasyonlara uygulanabilirler , ancak sonuçların duyarlılığı düşüktür. Bu tür ölçekler özel hasta grupları, özel durum ya da uygulamalar için uygun ve pratik değildirler (38,43,48).

Ancak , özel bir hasta grubuna özgü olarak geliştirilen, örneğin ; kanserli hastalara yönelik olarak geliştirilen (Kornofsky 1949) ya da kardiyak hastalara yönelik olarak geliştirilen (Wenger 1984 , Guyat 1989) ölçeklerde karşılaştırmalı hasta grupları için uygun değildir. Bir grup içindeki yaşam kalitesi deneyimini çeşitli girişimlerin hem genel hem de gerekliyse, özgül itenlerinin yaşam kalitesine etkisini saptamak çalışmanın amacına bağlıdır.

Ware tarafından geliştirilen (SF-36) klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel populasyon incelemelerinde kullanılmak üzere geliştirilmiştir. SF-36 sağlık durumunu geliştirilen 149 sorunun kısaltılmış versiyonudur ve 22.000 hasta populasyonda test edildi ve Amerikan sağlık bakım sistemini etkileyen sonuçlarının güvenilirliği ve geğerliliği test edilmiştir (40,46).

SF-36 anketi soru ile kişinin kendini değerlendirmesini sağlar ve 5-10 dakika arasında sürmektedir. Sağlığı üç temel alandan fonksiyonel statü , iyilik hali , genel sağlık değerlendirmesi kavramına ve bu kavramların altında yer alan 8 boyutla ölçmektedir

Tablo -1:Genel Sağlık Ölçüm Aracının Boyutları

Alan	Boyut	Soru Sayısı	Soruların Anketteki yeri
Fonksiyonel Statü	*Fiziksel Fonksiyonellik	10	2a-2j
	*Sosyal Fonksiyonellik	2	3 - 4
	*Fiziksel Rol Sınırlamaları	4	5a-5d
	*Duygusal Rol Sınırlamaları	3	6a-6c
İyilik Hali	*Mental Sağlık	5	7b, 7c, 7d 7f, 7h
	*Canlılık	4	7a, 7e, 7g, 7i
	*Ağrı	2	8 - 9
Genel Sağlık Değerlendirmesi	*Genel Sağlık Algılamaları	5	1, 10a - 10d
	*Sağlık Değişimi (1)	1	13
Toplam		36	

¹Bu soru 8 boyut içerisinde değil ve skorlanmamaktadır (7)

Tablo - 2 : Sağlık Statü Skalası SF-36 Hakkında Bilgi ve En Düşük ve En Yüksek Skorları

Kavram	Olası En Düşük Skor	Olası En Büyük Skor	Skorların Tanımı	
			Düşük	Yüksek
Fiziksel Fonksiyonellik	10	20	Banyo yapmak, giyinme, merdiven çıkma gibi tüm fiziksel aktiviteleri içeren çoğu aktiviteleri yapamama	Birçok fiziksel aktiviteyi zorlanmadan yerine getirebilme.
Fiziksel Rol Sınırlamaları	2	4	Fiziksel sağlığı nedeniyle günlük ya da iş hayatında problem olması	Geçen 4 hafta içinde fiziksel problemleri nedeniyle günlük aktiviteleri ya da iş hayatında problem yok
Sosyal Fonksiyonellik	2	10	Fiziksel ve emosyonel sorunları nedeniyle normal sosyal aktiviteleri ve ilişkilerinde azalma	Geçen 4 hafta içinde fiziksel ve mental sağlıktaki sorunlar aktivitelerinde değişime yol açmamış
Ağrı	2	12	Ağrı nedeniyle ekstremitelerinde kısıtlı ya da tamamen işlev bozukluğu oluşması	Geçen 4 hafta içinde ağrı ve kısıtlama yok
Mental Sağlık	5	30	Tüm zamanlarda depresyonda ve kötü hissetmesi	Geçen 4 hafta içinde emosyonel problemler nedeniyle günlük işlerinde ve çalışma hayatında problem olmaması
Emosyonel problemlerden dolayı rol sınırlaması	3	6	Emosyonel problemlerden dolayı günlük işlerinde ve çalışma hayatında yapabildiklerinden daha azını yada hiç yapamaması	Geçen 4 hafta içinde emosyonel problemleri günlük işlerinde ve çalışma hayatında bir kısıtlama yapmamış
Canlılık	4	24	Tüm zamanlarında çok yorgun ve bitkin hissetmesi	Geçen 4 hafta içinde tüm zamanlarında enerjik ve canlı hissetmiş olması
Genel Sağlık Değerlendirmesi	5	21	Kişinin sağlık inançları çok zayıf ve kötü olması	Kişinin sağlık inançları güçlü

(51)

SF 36sağlıkla ilgili yaşam kalitesi araştırmalarında yaygın olarak kullanılan bir ölçektir. 14 yaş ve daha büyüklerin kendi kendilerine veya bu konuda bilgilendirilmiş bir bireyin eşliğinde ve hatta telefon aracılığıyla uygulanabilecek şekilde hazırlanmıştır (39).

SF 36 'nın skorlarının hesaplanması dört aşamanın geręekleřtirilmesiyle olmaktadır. Birincisi ; soru değerlerinin yeniden kodlanması, ikincisi; boş ya da yanıtlanmamış soruların belirlenmesi , üçüncüsü; ham skala skorlarını hesaplamak için her bir skala içerisinde yer alan soruların toplanması ve dördüncüsü ise bu ham skala skorlarının 0 - 100 arasında dönüştürülmesidir. SF-36 her sağlık alanının puanı yükseldikçe , sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi artacak şekilde puanlanmıştır (pozitif puanlama). Örneğin; ağrı skalasındaki yüksek puan azalmış ağrı durumunu gösterecektir. SF-36' nın bir diğer avantajıda boş bırakılan yanıtı puanlayabilme olanağıdır ve boş bırakılan yanıtı tanımlanabilmektedir. Bunun için yanıtlanmış soruların ortalaması kullanılabilir. Fakat skalalardaki soruların en az yarısının cevaplanmış olması gerekir. Örneğin; 5 başlıklı mental sağlık skalasının boş bırakılan bir soru geri kalan yanıtlanmış 4 başlığın puanı toplanır , ortalaması alınarak boş bırakılan yere yazılır.

Yukarıda bahsettiğimiz üçüncü aşama olan ham skala skorlarının hesaplanmasında ise ölçülüyor olan aynı sağlık boyutu ya da skalası içerisinde yer alan soru değerleri toplanmaktadır. Örneğin; bireyin sosyal fonksiyonellik boyutu ile ilgili ham skala skoru hesaplanırken bu boyutla ilgili iki soruya (Ek 1'de 3. ve 4. sorular) verdiği yanıtı toplanmaktadır. Ancak bu işlem yapılırken yukarıda da belirtildiği gibi 3. sorunun yeniden kodlanmış olduğunu , 4. sorunun ise yeniden kodlanmamış olduğuna dikkat edilmesi gerekmektedir. Bu durum tüm ham skala skorlarının hesaplanmasında gerekli olup şayet soru yeniden kodlanmış ise ham skala skorunun hesaplanmasında yani değeri , yeniden kodlanmamış bir soru ise kendi değeri dikkate alınmaktadır (39,45,51).

Dördüncü aşamanın geręekleřtirilmesinde ise karşılaştırmaları kolaylaştırmak için ölçekteki sağlık skorları skala puanlarına dönüştürülmüştür. Skala puanları en düşük puandan en yüksek puana kadar 0 ile 100 arasında değişen değerler alır, böylece SF-36 yaşam kalitesi ölçęinin de puanı 0 ile 100 arasında değişir.

Dönüştürülmüş skal Puanı = Ham skala puanı - en düşük olası puan x 100

Olası puan

Örnek: Fiziksel fonksiyonellik puanı 21 ise, bu puan şu şekilde dönüştürülür (39,45).

$$(21 - 10) / 20] \times 100 = \% 55$$

SF-36 hem statik hem de dinamik bir yaşam kalitesi ölçөгüdür. Statik olarak ; yanıtlayıcı çeşitli yaşam alanları içindeki durumunun nasıl olduğunu ifade edebilir. Dinamik olarak; özel bir girişimin sonuçları değerlendirilebilir ya da saptanan belli bir zaman dilimi süresince yaşam alanları içinde meydana gelen değişiklikler geriye dönük olarak incelenebilir. SF-36 gibi genel , kısa , kapsamlı ve yeni bir ölçüm aracı olan NHP ile göz ardı edilmiş ve tespit edilememiş sağlık problemlerinin SF-36 ile belirlenebildiğini bulmuşlardır. Bu nedenle araştırmacılar SF-36' nın nispeten küçük sağlık problemlerine sahip bir grubun veya toplumun sağlığını ölçmede NHP 'ın klinik ve hastalar açısından önemli olan rahatsızlıkların düşük düzeylerini araştırmada yetersiz olduğuna , SIP 'in uzun olduğuna ve genel sağlık statü ölçüm aracının bir çok hasta ve toplumsal gruplarda yapılan çalışmalar sonucunda geçerlilik ve güvenirliliğinin ispatlanmış olduğuna , ayrıca özellikle sağlık müdahalelerinin değerlendirilmesinde sağlık statüsünün önemli özelliklerini yansıttığına işaret etmektedir (45,51).

1.2.5. Algılanan Sağlık

Sıklıkla kullanılan algılanan sağlık (perceived health), kişilerin genel olarak kendi sağlık durumlarını değerlendirmelerine dayanır ve sağlığın çok boyutluluğun yansıtır, kişinin biyolojik, ruhsal ve toplumsal durumunu kendisinin değerlendirmesine olanak sağlayan basit ancak güçlü bir göstergesidir (17).

Bireyin kendi sağlık durumunu nasıl hissettiği nasıl ifade edebildiğinin göstergesidir. Birey kendisini iyi hissediyorsa sağlığı ya çok mükemmel olarak ya da iyi olarak ifade eder. Eğer kötü hissediyorsa sağlık durumunu ya orta ya da iyi olarak değerlendirir. Bu değerlendirme bireyde sağlık algısını ifade eder(10).

Bugün sağlığın ölçülmesi alanındaki çalışmaları daha çok bireysel sağlık için, o toplumun algılanan sağlık durumunun ölçülmesi gerekir. DSÖ' nün Avrupa bölgesi

herkes için sağlık stratejisinin ikinci hedefinde ifade edildiği gibi, algılanan sağlık, toplumun sağlığını ve yaşam kalitesini kontrol etmek için başlıca göstergelerinden biridir (8).

Sağlık statüsünün algılanan sağlık açısından ölümün geçerliliği ilk olarak 1960 yılların ortasında ele alınmış , yapılan araştırmalar sonucunda bireylerin sağlıklarını kendi ifadeleri ile olacağı görülerek hasta değerlendirme sürecinin zorunlu bir parçası olduğu ve hizmet sunanların fonksiyonellik, iyilik hali ve yaşam kalitesinin diğer yönleri ile ilgili kararlarının hasta değerlendirmelerinin geçerli bir alternatifi olmadığı kabul edilmiştir. Örneğin, bir çalışmada bireylerin kendi sağlıkları ile ilgili değerlendirmelerinin klinik değerlendirmeleri karşı gelecekteki sağlıkları ile daha yüksek ilişkide olduğu ve bu yöndeki bir çok çalışmanın da benzer sonuçlar gösterdiği bulunmuştur. Bireylerin kendi sağlık değerlendirmelerinin klinik değerlendirmelerle karşılaştırıldığında gelecekteki sağlığın daha doğru yansıtıcı olmasının nedeni ise algılanan sağlığın sağlıktaki daha gizli değerlişliklere daha duyarlı olması ile açıklanmaktadır. Bir çok kişi klinik değerlendirmeler yapılmadan öncede hastalığın varlığı hissedilebilir. Yine bir çok hastalıklar klinik muayenelerde görülmeyen ve küçük rahatsızlıkların olduğu uzun bir semptom öncesi aşamaya sahiptir (45).

Algılanan sağlık durumu değerlendirilirken kişilerin "genel olarak baktığınızda sizce sağlığınız nasıldır ?" sorusuna verdikleri "mükemmel", "iyi", "ok iyi" yanıtları, "iyi", "orta" ve "kötü" yanıtları ise "kötü" olarak sınıflandırılarak değerlendirilir. Algılanan sağlık in kişinin genel olarak kendi sağlığını değerlendirmesinin istenmesi , basit ancak bu güçlü göstergenin mortalite ile ilişkili olduğu ve kişinin genel mortalite durumunu yansıttığı gösterilmiştir. Algılanan sağlık üzerine genel sağlık anketlerindeki geçici yeti yitimi ise günlük alışa gelmiş etkinliklerin kesintiye uğraması olarak tanımlanır ve ortalama gün sayısı olarak ifade edilir. Uzun süreli yeti yitimi ise günlük işleri aksatma , evde ya da yatakta gün geçirme olarak değerlendirilir. Bundan daha çok yapılabilen bazı fonksiyonun minimum seviyesi ile bağlantılı olarak rahatsızlığın llmesi daha önemlidir. Kronik hastalık sıklığı başlığı altında ise kanser, diyabet, inme, solunum sistemi ve kalp hastalıkları , mide , doudenum ülseri gibi bedensel ve demans , mental retardasyon gibi mental hastalıkların sıklığı kullanılır. Kronik hastalıkların seviyesi günlük yaşam içinde temel aktivitelerin uzun süre kısıtlanmasını tanımlanmasını , kronik hastalıkların azaltılması DSÖ' nün belirlediği "herkes için sağlık " amacını belirleyicilerinden olan algılanan sağlık ölüm yoluyla kronik

hastalıkların düzeyinin belirlenmesinde öncelikli olanlar kabul edilmiştir. Gezi , duyma, görme gücü , ya da kişisel bakım (giyinme , banyo yapma, yemek ve tuvalet alışkanlıkları), alışveriş yapma, merdiven çıkma ve benzeri etkinlikler ele alınır. Bu öncelikli konular , özel soruların seçimi ile yapılan aktivitelerin performansının sınırlaması tanımlanmıştır."0" dan "15" e kadar skala uygulanmaktadır. Düşük düzeyde yetersizlik 2 ve 4 puan arasında, yüksek düzey 8 ila 10 arasında bir bölüm olarak tanımlanmıştır (10,17,18).

Bireyin o gün için herhangi bir sağlık yakınması varsa, kronik hastalığa sahip ise, herhangi bir nedenden dolayı sağlık hizmetine başvurusu olduysa, ilaç kullandıysa, tedavi gördüyse sağlık algısı da olumsuz etkilenir. Örneğin daha önce kalbi ile ilgili bir hastalık veya problem yaşamamış bir kişi ile kronik hastası olan bir hastanın sağlığı algılama düzeyi farklıdır. Sağlık algısı fizik muayene bulguları ve bazı klinik ölçümlerle orta derecede ancak önemli korelasyon gösterdiği de bildirilmektedir. Aynı zamanda sosyo-demografik değişkenler ve sağlık göstergeleri ile yakından ilişkilidir (5,21).

Bireyler tarafından algılanan sağlık gereksinimleri ekonomik statüsü, mesleği, eğitim seviyesi, gelir düzeyi, yaşanılan bölge, cinsiyet ve yaşlara göre değişmektedir. Bütün araştırmalarda ortaya çıkan sonuç düşük gelirli, düşük eğitilmiş ve düşük mesleki statülü olan bireylerin tüm bireysel sağlık göstergeleri bakımından daha kötü durumda oluşlarıdır. Sosyoekonomik konumları düşük olan bireylerin subjektif değerlendirmeye ölçülen sağlıkları bazen daha iyi çıkabilmektedir. Bu ters ilişki, sağlığın algılanış ve değerlendirilişindeki farklılıkla açıklanmaktadır. Yani geri kalmış ülkelerde düşük sosyoekonomik konumlu bireyler, objektif olarak sağlıkları bozuk olsa da bunu algılamayabilirler (5).

Sağlık algılaması bireysel düzeyde yapılan bir sağlık ölçütüdür. Bireysel düzeydeki sağlık ölçümlerinde, genel sağlık durumunun belirlenmesi ve buna uygun araçların geliştirilmesi durumları üzerinde yoğunlaşmakta ve toplumsal gruplar, ırklar, mesleki statü ve sınıflar arasında karşılaştırmalar yapılmaktadır.

Bireysel düzeydeki sağlık durumu değerlendirilmeleri, bireyin objektif fiziksel ölçümlere (tansiyon ölçümü gibi) bağlı olanların dışında kalanlar için bireylerin kendi sağlıklarıyla ilgili subjektif değerlendirmelerine dayanır. Subjektif olsa da yaşam umudu gibi objektif bir sağlık ölçütüyle, depresyon, yaşam doyumu, gibi başka

psikolojik sağlık lutleriyle ; herhangi bir yakınma, kronik hastalık varlığı, tedavi amaçlı, ilaç kullanma, hastaneye yatmış olma gibi sağlık sorunlarıyla ileri derece de korelasyon göstermektedir. Tek bir soru ile kolayca lulebilmektedir. Bu iki neden algılanan sağlığı toplumsal sağlık düzeyinin ve sağlık eşitsizliklerinin izlenmesinde geniş biçimde kullanım alanına sokmuştur. Ayrıca bu konuda başka türlü bilgi alabilmenin olanağı yoktur (4,5).

1.2.5.1. Algılanan Sağlığı Etkileyen Faktörler

1.2.5.1.1. Sosyo - ekonomik Durum :

Sağlık düzeyinin temel belirleyicilerinden olan sosyo-ekonomik durumun bir çok hastalık, risk faktörü ve mortalite için belirleyici olduğu gösterilmiştir. Bu değişkenler kendi aralarında da etkileşmektedirler. Örneğin; kişinin gelir düzeyi ,onun yaşadığı konutun koşullarına, beslenmesine, yaşam biçimine, sağlık hizmetlerini kullanma düzeyine etki eder (18).

Sosyo-ekonomik durumu saptamada meslek, eğitim düzeyi ve gelir gibi temel değişkenlerden yararlanılır (17,18).

1.2.5.1.2. Meslek:

Ülkemizde ekonomik koşulları nedeniyle mesleğe dayalı olarak toplumsal sınıfları ve sosyo-ekonomik durumu belirlemek kolay olmamaktadır. Bunun nedeni aynı meslek grubunda olduğu halde çok farklı ekonomik durumda olan kişilerin varlığıdır. Meslek, sağlık içinde önem taşıyan bir değişkendir. Bu arada meslek ve iş kavramlarını ayırıştırmak gerekebilir. nk kişiler meslekleri olmayan bir işi yapıyor olabilir (17).

1.2.5.1.3. Eğitim Durumu:

Eğitim durumu kişinin sosyo-ekonomik durumunu belirlemeye tek başına yetmemektedir. Eğitim düzeyi temel eğitim, orta ve yüksek öğrenim şeklinde sınıflandırılabilir. Eğitim durumu sosyo-ekonomik durumla birlikte kişilerin sağlıkla ilgili bilgilerine, tutumlarına ve davranışlarına da yansır. Eğitim düzeyi yüksek olanların sağlığı geliştiren davranışların oluşumu daha yüksektir (17,18,19).

1.2.5.1.4. Gelir:

Sosyo- ekonomik durumun en doğrudan görüntüsü olan gelir değişik şekilde (evin toplam geliri ya da kişi başına düşen gelir) kullanılabilir. Gelir- gider ilişkisi aile düzeyinde elde edilen bir veridir. Gelir için subjektif bir değerlendirmeyi yansıtmaktadır. Sonuçlar, gelir sıkıntısı içinde olduklarını hissedenlerin algılanan sağlıklarının daha kötü olduklarını göstermektedir. Algılanan sağlık üzerinde gelirin değil, gelirin tüketim yeterlilik ölçüsünün daha etkili olduğunu düşündürür (4).

1.2.5.1.5. Yaşanılan Bölge:

Yaşanılan bölge, kent içinde gecekondu- kentsel olanlar şeklinde olabileceği gibi, kentsel kırsal olarak da ele alınabilir. Yaşanılan mahalle, ekolojik değişken olarak, pek çok diğer sosyo-ekonomik değişkenden bağımsız bir biçimde algılanan sağlık ile anlamlı ilişki sergilemektedir. Yaşanılan coğrafi bölgenin genel yapısının, tek sosyo-ekonomik değişkenlerin ötesinde sağlık üzerinde etkili olduğunu göstermektedir (4).

1.2.5.1.6. Cinsiyet ve Yaş:

Yaş ve cinsiyetin bağımsız değişken olarak kullanılması durumunda dikkat edilmesi gereken yaşın artışı ile sağlık sorunlarının da artacağıdır. Kadınların erkeklere göre sağlıklarını daha olumsuz buldukları görülmektedir. Ayrıca, yaşı genç bireylerin daha çok sağlık durumlarını geliştiren davranışlara katılmaları daha yüksek oranda olduğu görülmektedir (17,18,19).

1.2.5.1.7. Morbidite:

Kuramsal olarak morbidite durumu bir süreçtir. Burada kişilerin genel sağlık durumunu değerlendiren göstergelerden yararlanır. Bu göstergeler arasında en çok görüldüğü düşünülen semptomlar (örneğin; baş ağrısı, soğuk algınlığı, eklem ağrısı gibi bedensel ve sinirlilik, yorgunluk gibi psiko-sosyal), herhangi bir hastalık ya da sakatlık varlığı ve bunun yetimine yol açıp açmadığı, genel sağlık durumunu değerlendiren ölçümler (tansiyon ölçümü, solunum fonksiyonları), elde edilen vücut kitle indeksi (hemoglobin düzeyi gibi) sayılabilir Bireylerin sağlıkları, herhangi bir hastalık nedeniyle fiziksel ve sosyal işlemlerini yerine getiremedikleri zaman, olumsuz olarak etkilenir. (17).

1.2.5.1.8. Motivasyon:

Sağlıklı olma isteği ve hastalık, sağlığı geliştirmede önemli etken olabilmektedir. Değişik ülkelerde düzenlenen sağlığı geliştirme programlarına uzun süreli katılanların büyük bölümü, sağlık sorunu ve daha çok sağlıklı olma arzusu içinde olan bireylerdir (17).

1.2.5.1.9. Öz-etkililik ve Sağlıksız Davranışlara Dönme Eğilimi:

Öz-etkililik, bireyin sağlığını geliştirmede veya sorunlarını çözümlenmede etkin olma gücüdür. Araştırmacılar öz-etkinliğinin olumlu davranış değişikliğinin sürekliliğinde büyük bir paya sahip olduğunu bildirmektedir. Ayrıca stresin öz-etkililik üzerinde olumsuz etkisi olduğu ve yeniden sağlıksız davranışlara dönme eğilimini arttırdığı da görülmüştür .

1.2.5.1.10. Engelleyen ve Destekleyen Özellikler:

Bireyin algılanan sağlığını etkileyen engelleyen özellikler arasında fiziksel ve psikolojik özellikler, motivasyon ve çevre özellikler, tutumsal özellikler, bireyin sağlık durumu sayılabilir.

Destekleyen özellikler olarak, sağlığı geliştiren faaliyetlerin yararının algılanması, olumlu değişikliklerin fark edilmesi ve destekleyici çevrelerin varlığı (aile, arkadaş, sosyal kurumlar, kanunlar) gösterilmektedir (17).

1.2.6. Sağlığın Ölçülmesi ve Ölçme Nedenleri

Sağlık hizmeti sunan tüm organizasyonların topluma karşı sorumluluk taşıdığı bir gerçektir. Bu sorumluluğa sahip olan sağlık kuruluşlarınca bireylere sunulan sağlık hizmeti, büyük ölçüde toplumun sağlık düzeyini de etkileyecektir. Böylece toplumun sağlık düzeyindeki değişikliklerin, sosyal ve ekonomik açıdan çeşitli sektörlere de yansımaları olabilecektir (19,26,47).

Sağlık sektöründe sunulan tıbbi bakım, pek çok faktörün ve bunlar arasındaki etkileşimin bir ürünü olmaktadır. Bu nedenle, sunulan hizmetin hangi boyutlarının değerlendirileceğinin, dolayısıyla kalitenin tanımlanması son derece zordur. Günümüzde de, gerek endüstri gerekse sağlık sektöründe kalitenin beşiği olan 'ABD'

başta olmak üzere pek çok ülkede maliyetlerin artması, teknolojideki hızlı gelişmeler ve artan tüketici beklentileri gibi nedenlerle kaliteli sağlık hizmeti sunulması kaçınılmaz bir sorumluluk olarak kabul edilmektedir (26).

Sağlık bakım hizmetlerinde hedef, insanların sağlık durumlarında olumlu gelişmeler meydana getirmektir. 1980'lere değin, hastalara yapılan bakımın etkililiği, esas itibariyle dikkatli bir ölçüm yapılmadan tahmin vasıtasıyla belirlenmekteydi. Hekim; hastanın tedavisini, hemşire de hastanın bakımını yaptıktan sonra hasta hakkındaki karar, hastanın durumundaki iyileşmeye dayalı olarak verilmekteydi. Hastaya verilen bakım ve tedavi sonrasında, hastanın iyileştiği belgelenir fakat gerçek durumunun iyiye gidip gitmediğini söylemek için bu yeterli bir ölçüt değildir. Ayrıca hasta bakımı ve tıbbi müdahaleler, bilimsel temellere dayandıkça ve bakım masrafları daha da arttıkça, esas konu sağlık bakımının etkili olup olmadığına doğru kaymıştır. Bu da veri çalışmaları ve kalite değerlendirilmesi gibi konulara verilen önemi artırmıştır. Başarılı veri çalışmalarının ve değerlendirmenin özünde 'ölçüm' (measurement) vardır (44).

Sürekli değişim içindeki teknoloji ve buna bağlı yüksek fiyat artışları ve nüfusun değişen demografik yapısı farklı olmakla birlikte, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin bütçelerini önemli ölçüde baskı altında tutmaktadır. Piyasa mekanizmasının işlediği durumlarda ve sektörlerde kaynak dağılımı kararları bu mekanizma yoluyla gerçekleştirilebilir. Ancak sağlık sektörünün özellikleri (arz talep yaratması gibi), bu sektörde tam bir rekabet koşullarının oluşması ve işlemesine engel olmakta ve bu durumda kaynakların verimlilik ve eşitlik ilkelerine uygun bir şekilde kullanım konusunda makro düzeyde sağlık politikası belirleyenlerin hem de mikro düzeyde kaynak kullanımına karar verenlerin kararları belirleyici olmaktadır (47). Verilen sağlık hizmetinin sonucu (outcome) ölçülemediği ve buna göre hastanın yaşam kalitesini ve süresini yükseltmedeki etkisi değerlendirilemediği için verilen her kaynak tahsisi kararı, kişisel kriterlere göre verilmiş olacaktır. Sağlık hizmeti 'sonucu' kavramı, tıbbi müdahale etme ya da etmeme konusundaki kararların sonucunda sağlık statüsünde meydana gelen olumlu ya da olumsuz değişimler olarak tanımlanmaktadır. Sağlık sektöründe "çıkıtı" (output), "sonuç" (outcome) ve "süreç ölçütleri" (throughput) kavramları birbirleriyle ilişkilidir (11,47).

Bugün genelde kabul görmüş uygulamalara bakıldığında, sağlık hizmetlerinin sonucunu ölçmek için kullanılan ölçümlerin idealden uzak olduğu görülmektedir. Ulusal düzeyde sağlık bakım sistemlerinin performansı genellikle çocuk ve ana ölümlerindeki değişiklikler, bireysel düzeyde ise tedavi için yapılan müdahaleler, ameliyatta komplikasyon oranı, vaka ölüm oranı gibi göstergelerle ölçülmektedir (47).

Sağlık düzeyini belirlemek için çeşitli ölçüm araçları olsa da bunların yeterli olmadığı durumlarda sağlığı ölçmenin kolay bir yolu olarak, algılanan sağlık durumu sıklıkla kullanılmaktadır (21).

Algılanan sağlık (Perceived Health), kişilerin genel olarak kendi sağlık durumlarını değerlendirmelerine dayanır ve sağlığın değişik boyutlarını içermesi, kapsamlı olması, nedeni ile gerçek duruma yani objektif bulgulara oldukça yakındır (19,28) Kişinin biyolojik, ruhsal ve toplumsal durumu, kendisinin değerlendirilmesine olanak sağlayan, basit ancak güçlü göstergelerdir. Örneğin; yapılan izlem araştırmalarında algılanan sağlığın herhangi bir yakınma, kronik hastalığın varlığı, tedavi amaçlı ilaç kullanma, hastaneye yatmış olma gibi sağlık sorunlarıyla ileri derecede korelasyon göstermektedir(19,21). Algılanan sağlığın çeşitli sosyoekonomik değişkenlerle olan ilişkisinde, eğitim, gelir ve sosyal sınıflara göre çeşitli eşitsizlik ölçütleri ile, sağlık üzerindeki etkilerini ölçebilme olanağı vardır (47).

Algılanan sağlık durumunun fizik muayene bulguları ve bazı klinik ölçümlerle orta derecede ancak önemli korelasyon gösterdiği de bildirilmektedir. Algılanan sağlık subjektif ve birey düzeyinde ölçülebilen bir sağlık ölçütüdür. Subjektif olsa da yaşam umudu gibi objektif bir sağlık ölçütü ile sağlığın ruhsal ve toplumsal yönlerini vurgulayan olumsuz yaşam olayları, depresyon, yaşam doyumu, mutsuzluk, iş sorunları ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Aynı zamanda sağlık yakınmaları ve sağlık sorunlarıyla da ileri derecede korelasyon göstermektedir. Bu iki neden, algılanan sağlığı toplumsal sağlık düzeyinin ve sosyo-demografik değişkenlerin izlenmesinde geniş biçimde kullanım alanına sokmuştur (19,21,28).

Sağlık hizmetlerinin geleneksel modellerinde amaç hastalığın tedavisi ve acı çekmenin sonlandırılması iken günümüzde bu amaç sağlığın sürdürülmesi ve sağlığın artırılmasına yardımcı olacak yaşam biçiminin bireysel felsefenin yaratılmasına

dönüştürülmüştür. Bu durum bireysel bütünlüğünün sağlanması ve sağlık çalışanlarının yaşam kalitelerinin yükseltmekle ilgili tüm gelişmeleri içermektedir.

Yaşam kalitesi, birey üzerinde etkili olan emniyet,yetersizlik, anksiyete, depresyon, ilaçlara bağımlılık, entelektüel fonksiyon, seksüel fonksiyon, semptomların hafiflemesi, günlük yaşam aktiviteleri, bireyin yaşamından doyum bulması ve sosyal gibi bir veya birden fazla belirti içermekle birlikte sınırlı değildir (1).

Yaşam kalitesi kavramının sürekli gelişim içersinde olması ve çok yönlü özellikler taşıması, tanımlanmasını güçleştirmektedir. Genel anlamda bireysel “iyi oluş”un ifadesi anlamına gelen yaşam kalitesinin sosyolojik, psikolojik, ekonomik ve kültürel etmenlerle belirlenmektedir.

Türkiye’de sağlığın ölçülmesi konusu sağlık ekonomisi alt disiplinin yeterince gelişmemiş olması nedeniyle gerekli ağırlıkta ele alınmamış konulardan biridir. Oysa bugün sistemlerini ve uygulamalarını örnek aldığımız Batı ülkelerinde bu konu önemli bir gündem maddesidir. Başta tıp olmak üzere sağlık hizmetleri ile ilgili sosyoloji ve ekonomi gibi tüm disiplin mensuplarının bu konuya odaklanmış bir tartışma platformunda bir araya gelmelerini sağlamıştır. Türkiye’de bu konunun sağlık sektörünün başlıca gündem maddelerinden biri olmadığı gözlenmektedir. Bu durum kısmen Türkiye’de belli çevrelerde egemen “sağlık ölçülemez” ya da “sağlık hizmetlerinin çıktısı ölçülemez” yönündeki yaygın inanış ile açıklanabilir. Oysa bu gün Batı ülkelerinde hem sağlığın hem de yapılan tıbbi müdahalenin sonucu ya da hastalığın sağlık statüsü üzerinde yaptığı etki konusunda çok ayrıntılı araştırmalar yapılarak “sağlık”ölçülebilme ve bu veriler kaynak tahsisi kararları başta olmak üzere politika belirleyicilerine önemli girdiler sağlamaktadır .

Bütün bu tıp alanında süratle meydana gelen gelişmeler yeni teşhis ve tedavi yöntemlerini de gündeme getirmektedir. Ancak 1970’li yıllarda Cochrane’in de (1971) tartıştığı gibi bu müdahalelerin etkinlik (efficacy) ve verimliliği konusunda yapılan araştırmaların yetersizliği devam etmektedir. Oysa hem kaynakların en iyi şekilde kullanımını hem de hastaya en fazla faydayı sağlayabilmek için bu yöntemlerin fayda ve zararlarının ölçülmesi gerekmektedir. Tıbbi müdahale yöntemlerinin hastaların sağlık statüsünde hem beklenen yaşam süresini artırma hem de hastanın yaşam

kalitesine yaptığı katkı açısından değerlendirilmesi sağlık politika belirleyicilerine ve sağlık planlamacılarına olduğu kadar klinisyenlere de önemli veriler sağlamaktadır (47).

Sağlığın ölçülmesi ne şekilde olursa olsun gereken bir işlem olarak karşımıza çıkmaktadır. Geçen yirmi yıl içinde, hemşirelik bilimi ve klinik hizmetleri ile ilgili bilim adamlarınca kabul edilen gerçek şudur ki ‘ *iyi bir şekilde ölçemediğiniz bir şey üzerinde; iyi bir şekilde araştırma yapmanız mümkün değildir* ’ (44).

Tam iyilik hali, bir belirsizlik olarak kabul edilebilir. Ancak fiziksel, mental ve sosyal iyilik halleri içinde ölçütler belirlenebilir. Hastalığın seviyesini tespit etmek nispeten kolay olduğu halde, sağlığın seviyesini belirlemek oldukça güçtür. Hastalık için hafif, orta şiddetli, çok ağır veya ölümcül olarak seviyelendirebiliriz (4).

Her şeyi zıddı ile tanımlamak daha kolay olduğu için olsa gerek, sağlığın ölçüsü olarak sağlıksızlığın derecelerinden yararlanılmaktadır. Bu sağlığın değil, hastalığın başlı başına bir varlık olarak kabul edilmesindedir. Toplumların ve bireylerin sağlık düzeyini ifade etmek içinde yine sağlık durumları değil hastalık durumları ve ölüm yaygınlığından yararlanır. En çok mortalite ve morbidite hızları kullanılmaktadır (4,47).

Sağlık anlayışına bu şekilde bakıldığında, hekimlerin mevcut klinik tıbbi yaklaşım ve uygulamalar içerisinde, sağlığı oldukça dar bir şekilde fizyolojik boyutlar açısından ele alınan , bu boyutlarla ilgili normlardan sapmalara göre ölçtükleri, dolayısıyla alınan tıbbi bakım ve tedaviyi de bu boyutlarda sağlanmış ya da sağlanmamış gelişmelere göre değerlendirdikleri görülmektedir (45).

Günümüzde yaygın olarak kullanılan sağlık göstergelerinden biri de bebek ölüm hızıdır. Toplumun genel sağlık düzeyini ölçmek ve bu doğrultuda verilen hizmetlerin etkinliğini değerlendirmek için kullanılan bu ölçüt, doğrudan ölümlerle, dolaylı olarak da sağlıkla bazı ip uçları vermekte ise de hayatın ve özellikle sağlığın kalitesi hakkında bilgi vermemektedir (8,45).

Sağlığa ilişkin pozitif göstergeleri geliştirme çabaları, sağlık kavramının özüne uygun olarak kesin biçimde gösterilmesinin oldukça zor olduğunu göstermiştir. Ayrıca, bireysel düzeydeki sağlık durumunun değerlendirilmeleri, birey üzerindeki objektif fiziksel ölçümlere (tansiyon ölçülmesi gibi) bağlı olanların dışında kalanlar için, bireylerin kendi sağlıklarıyla ilgili subjektif değerlendirmelerine dayanır. Subjektif olsa da bu öz değerlendirme bireyin sağlığı hakkında son derece değerli bilgiler verir (5,47).

Zaman içinde sağlık hizmetlerinin yönü tedaviden, korunmaya doğru yönelmiştir. Bundan sonraki safha, hayatın kalitesini ve anlamını artırma, başka bir ifade ile sağlığın geliştirilmesi yönünde olmaktadır. Bireysel sağlık düzeyinde, bu sınırlılığı aşmak ve sağlığın psikolojik, sosyal, fiziksel yönlerini daha kapsayıcı biçimde ölçebilmek amacıyla bir dizi başka ölçekler geliştirilmiştir. Örneğin; Algılanan Sağlık, Geçici ve Uzun Süreli Yeti Yitimi, Yaşam Umudu, Psikolojik Sağlık gibi bireysel düzeyde belirlenen ölçütlerden en önemlileridir (4,5).

Bireysel düzeydeki sağlığın ölçülmesi amacıyla kullanılan/geliştirilen ölçekler başlıca üç grupta toplanmaktadır. İlk grup sağlığı genel olarak değerlendirmeye yöneliktir ve “jenerik araçlar” olarak tanımlanmaktadır. İkinci grup, bir fonksiyonun yeterliliğini tanımlamaya çalışır, bu anlamda da sağlığı bu fonksiyon üzerinden değerlendirir. Bunlara da “boyuta özel araçlar” denilmektedir. Son grup ise iyiden iyiye daraltılmış bir alanı, hastalık durumundaki işlevleri tanımlamaya yöneliktir ve bunlara da “duruma özel araçlar” denilmektedir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçülmesinde genellikle kullanılan ölçekler, Nottingham Sağlık Profili (NHP), Hastalık Etkili Profili (SIP), Esenlik Kalite Skalası (QWB), 36 Soruluk Kısa Bir Sağlık Araştırması /SF 36)’dır. Bu ölçekler kolayca uygulanabilen , hastalığın ya da rahatsızlığın etkisini kişinin günlük yaşam içinde değerlendirmeleri ve yaygın kullanımlarıyla karşılaştırılma yapılmasına olanak sağlamaları üstünlükleri arasındadır (5,18,39,47).

Sonuç olarak, sağlığın ölçülmesi çabalarının gerekçeleri şunlardır;

1- Bireylerin kendi sağlık ve refahlarını etkileyen farklı faaliyetlerin göreceli faydaları hakkında kendi değerlendirmelerini oluşturmalarına yardım etmek.

2- Hekimlerin bu konularda hastalarına tavsiyelerde bulunmalarını sağlamak.

3- Sağlık bakımında mevcut kaynakların kullanımında önceliklerin ne olduğu konusunda toplumun net bir görüş oluşturmasını sağlamak.

4- Hekimlerin, yöneticilerin ve politika belirleyicilerinin faaliyet ve kararlarının daha iyi izlenebilmesini sağlamak.

5-Tedavinin olumsuz fizyolojik ve psikolojik sonuçlarına yakalanma riski daha yüksek hastaları belirlemek.

6-Hekimin uygulamalarının ve hemşirelik bakımlarının kalitesi, tedavi yönteminin etkililiği ve örgütsel performansı değerlendirmek.

7-Farklı ülkelerin sağlık statüsünü ve bunun zaman içindeki değişimini karşılaştırmak.

8-Bölgeler arası kaynak dağılımı konusuna karar verebilmek için bir ülkenin farklı bölgelerindeki sağlık statülerini karşılaştırmak.

9-Hastaların farklı biçimlerine yöneltilen spesifik bir tedavinin sonuçlarını karşılaştırmada .

10-Benzer hastalara sağlanan alternatif tedavilerin sonuçlarını (outcome) karşılaştırmada.

11-Hastaların tedaviden ne kadar tatmin olduklarının belirlenmesinde .

12-Sağlık sonuçlarını mortalite ve morbidite dışında ifade edilmesinde .

13-Tedavinin tıbbi etkinliğinin değerlendirilmesinde.

14-İlave hizmet ihtiyacının belirlenmesinde (45).

1.2.7. Sağlık Statüsünün ve Yaşam Kalitesinin Ölçülmesinin Hemşirelik Yönünden Önemi

" Hemşirelik " (bireyin ve insan gruplarının bakımında , sağlığın düzeltilmesi , korunması , ilettilmesini kapsar) , bu fonksiyonlarının çevresinde aktüel ve potansiyel sağlık problemlerine insan yanıtlarının teşhisi ve tedavisi olarak tanımlanır. Hemşirelik tanımları , ortak olarak , bireyi ilgi merkezinde kabul eder , "güç , istek ve bilgiden yoksun bireye bağımsızlığına , huzura, rahatlığa, güvenliğine ulaşma yolunda ya da bu yeteneklerini koruma ve geliştirme yolunda " yardım , bakım önermektedir (37).

Hemşireliğin nihai hedefi, insanların sağlık durumlarında olumlu gelişmeler meydana getirmektedir. Geleneksel sağlık bakımında hastalara yapılan bakımın etkinliği, dikkatli bir ölçüm yapmada, yargı yoluyla belirlenmekteydi. Hemşireler, bakımı yapar ve hasta hakkındaki karar hastanın durumundaki değişmeye dayalı olarak verilirdi. Ne var ki bu karar, hastanın kendisine yapılan bakım sayesinde iyileşmesinin belgelenmesi dışında hastanın gerçek durumunu iyiye gidip gitmediğini söylemek için yeterli değildi. Ayrıca hasta bakımı ve hemşirelik hizmetleri daha bilimsel temellere dayandıkça ve masraflar arttıkça, hemşirelik bakımının hasta da olumlu değişmelerin olup olmadığından daha çok hasta bakımına ya da müdahalesine ilişkin yaklaşımın etkili olup olmadığı noktasına doğru kaymıştır (44).

Yaşam kalitesi, hemşirelik bakımının etkilerini değerlendirmede uygun sonuçlar verir. Hasta bakımından hemşirenin rolü sıklıkla tedavinin yan etkilerinden koruma vücut imajı, fonksiyon ve fiziki görünümdeki sürekli değişikliklere uyumunu sağlamaktır (15,44).

Bu nedenle de yeni sağlık hizmetleri felsefesinde; "hemşireler , hastaların yaşam kalitesini yükseltmede, karşılıklı saygı ve işbirliğine dayanan holistik bir yaklaşım içinde yaşam kalitesini değerlendirmelidirler" yönünde oluşmuştur. Yaşam kalitesini değerlendirmede hemşireler anahtar rolü oynayan kişilerdir. Hemşire, yaşam kalitesi ile ilgili kavram ve felsefeleri sorgulamalı ve hemşirelik uygulamalarının dayandığı fiziksel ve psikolojik iyilik hali felsefesini geliştirici modelleri kurmak için çabalamalı , var olanları benimsemelidir. Düşük veya yüksek yaşam kalitelerini nelerin belirlediği, hangi parametrelerin geçerli olduğu objektif ve subjektif ölçümlere ne derece verilmesi gerektiği konusunda ortak bir görevin sağlanabilmesi için tanımlarının açık yapılması

zorunludur. Bunu sağlamak için, temelde yatan değerlerin ve felsefenin belirginleşmesi gerekir. Bu konuda bir çok hemşirelik modeli ve teorisine rastlamak mümkündür (2).

Hemşirelik bakımı sağlığın yükseltilmesinde " 2000 yılında herkese sağlık" stratejisi içinde tanımlanan sağlığı geliştirmek , sağlığı yükseltmek ve hastalıklardan korumak günümüzde önemi artarak anlaşılan kavramlardır. Hemşireler , halk içinde etkin rol oynamaktadırlar. Sağlık kavramında odaklaşan profesyonel hemşirelik yeni bir rol değildir. Nıgtingale tarafından hemşirelik bakımında sağlığı koruma yönündeki hemşirelik bakımı içerisine hemşirelik fonksiyonları da girmiştir. Sağlık bakımı içerisinde örneğin; operasyon düşünülen bir kişinin yaşamı operasyon sonrası optimum iyilik düzeyine tekrar ulaştırılmasında hemşirelik fonksiyonu öncelik kazanmaktadır. Bu anlamda hemşireliğin halkın sağlığını yükseltmede liderlik rolü öne çıkmaktadır (32).

Yaşam kalitesinin ölçülmesi yoluyla bakım hizmetlerinde bir farklılık ortaya çıkarıp çıkarmadığını belirlemeyi amaçlar. Veri çalışmalarının ana odak noktası bakımın hastalara dağılımı ile hemşirelik işlemleri sonucunda hemşirelerin hastaları için yapabilecekleri ile hemşirelik hizmetlerinin sonucunda ortaya çıkacak olan arzu edilen sağlık felsefeleri arasındaki rakamsal ilişkiyi kurarak, bu konuda bilgi vermesidir .

Müdahalenin bilimsel olarak etkili olduğu düşünülse bile, bu gerçekte etkili olmayabilir. Bu müdahalenin etkililiği, hasta üzerinde normal klinik şartlarda sonuç ya da uygulama ortamında ortaya çıkan sonuçlara dayandırılarak belirlenir. Bu yüzden etkililiği nihai olarak belirleyebilmek için devamlı kalite değerlendirilmesinin yapılması gerekir (44).

Burchard ve Lewis tarafından yaşam kalitesinin bölümleri ve hemşirelik uygulamaları arasındaki ilişki ile ilgili bir model geliştirilmiştir. Bu modelde , hemşirelik süresi ve yaşam kalitesinin göstergeleri arasındaki ilişki başlıca dört adımda incelenmiştir (1).

1. Hemşirelik süreci bağımsız değişkenleri
2. Birleştirici bilişsel değişkenler
3. Bağımlı sonuç değişkenleri
4. Dış kaynaklı değişkenler

Modelde belirtilen hemşirelik süresi bağımsız değişkenleri; araştırmacı tarafından idare edilebilen hemşirelik süresi aktivitelerini içerir. Bu hemşirelik süreci uygulamaları yaşam kalitesinin spesifik bölümleri üzerinde doğrudan etkilidir. Örneğin; hastanın vücut hijyeninin sağlanması ve bu konu ile ilgili olarak hemşirelik uygulamalarının yapılması fiziksel iyilik halini etkiler. Hemşirelik süreci aktivitelerinin etkisinin ortaya çıkabilmesi, istenen sonuca ulaşabilmesi birleştirici bilişsel değişkenler aracılığı ile olmaktadır. Örneğin; hastanın kendi kendine bakımını geliştirmesi kişisel denetim olup kendi bakımını yapabilmesi ile sonuçlanmalıdır. Hasta bireyin hastalığına yönelik olan kişisel kontrolü ve bakımdan memnun olması psikolojik iyilik halini etkiler.

Sağlık üzerinde ya da hastalık ile ilgili olaylar üzerinde denetimin olması olumlu etkilerin oluşmasını sağlamaktadır. Hastalık üzerinde böyle bir denetimin var olduğunun algılanması, hastaların çaresizlik duygularının azalmasını ve iyileşmesini düzenlemektedir. Dış kaynaklı değişkenler , hastalık sonuçları üzerinde etkili olan ancak araştırmacı tarafından kontrol edilemeyen değişkenlerdir. Bu değişkenler, tanı ve tedavinin özellikleri ile kişisel özellikleri içermektedir (2).

Bireyin kendi sağlığı , tedavisi ve iyiliği ile ilgili meselelerde birincil karar organı bireyin kendisidir; o halde hemşirelik faaliyetlerinin amacı , bireyin kendi sorumluluğunu üstlenmesi ve kendi seçimini yapma eğilimini desteklemek ve artırmaktır. Bu çevreden bakılırsa sağlık , mecburi (vazgeçilmez, yegane) son hedef değildir, bireyin bakış açısından " anlamlı olan yaşama , ulaşma yolu" dur (37).

Yaşam kalitesinin açıklanmasında ortak görüşlerin belirlenmesi; bu doğrultuda subjektif, objektif göstergelerin iyi tanımlanması; hemşirelik uygulamalarının, hasta-hemşire ilişkilerinin ve holistik yaklaşımının geliştirilmesini sağlayacaktır (2).

1.3. ARAŞTIRMANIN AMACI

Lomber diskektomi (fitiğin çıkarılması) ameliyatlarının amacı, bireylerin fonksiyonelliğini ve iyilik halini geliştirmektir. Bu amacın gerçekleştirilip gerçekleştirilmediğinin en iyi göstergelerinden biriside bireylerin kendi sağlık algılamaları olmasına rağmen, bireylerin kendi sağlık statüleri ile ilgili algılamaları değerlendirme sürecinin rutin bir parçası olmadığı görülmektedir (27).

Bu araştırmanın amacı; lomber disk ameliyatı olan hastaların genel sağlık statülerini kendilerinin değerlendirmelerine olanak sağlayarak, hastalara ilişkin demografik özellikleriyle değişip değişmediğini, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası algıladıkları genel sağlık statüleri arasında fark olup olmadığını belirleyerek lomber disk ameliyatlarının sağlık statüsü üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Tıbbi ve teknoloji alanlarındaki gelişmelere paralel olarak insanlar, artık yaşamın uzunluğu ile değil, pozitif nitelikli yaşamla ilgilenmeye başlamışlardır. Bireylerin günlük fonksiyonlarını ve iyilik halini artırma günümüzde gittikçe savunulan hedeftir (47).

Günümüzde beyin cerrahi prosedürler içinde hasta iyileşmeleri algıladıkları genel sağlık statüsü boyutlarıyla değerlendirilmesi çok fazla kullanılmadığı görülmüştür. Bu çalışma ile gerek sağlığın gerekse cerrahi müdahalelerin sağlık üzerindeki etkileri, geleneksel klinik göstergelerin dışında da değerlendirilebileceğini vurgulamaktır. Hastaların sağlık statüsü fiziksel ve sosyal fonksiyonellikleri, fiziksel ve duygusal rol sınırlamaları, ruh sağlıkları, enerji/canlilik düzeyleri, ağrı ve genel sağlık algılamaları olmak üzere toplam sekiz boyutta ele alınacaktır (30,45).

Hastaların genel sağlık statüsü boyutlarına yönelik algılamalarının ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası ölçüldüğü bu çalışmada, ameliyat öncesi ile ameliyat sonrası genel sağlık statülerinin boyutları arasında değişim olup olmadığı saptanmıştır.

Böylece bu çalışma ile lomber disk hastalarının ameliyat öncesi algıladıkları sağlık statüsü boyutlarının klinik ve demografik özelliklerine göre değişip değişmediği, hastaların ameliyat öncesi ve sonrası algıladıkları sağlık statüsü boyutlarının farklı olup olmadığı, hastaların ameliyat sonrası sağlık boyutlarında meydana gelecek değişimin

linik ve demografik özelliklerine ve ameliyatın başarısına yönelik değerlendirilmelerine göre değişip değişmediği tespit edilmeye çalışılmıştır (19).

1.5. HİPOTEZLER

H₀: Lomber diskektomi ameliyatı olmuş erişkin hastaların kendi algılamalarına dayalı olarak ameliyat öncesi ile ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında genel olarak ve bağımsız değişkenlerine göre fark yoktur ve bağımsız değişkenler genel sağlık statüsü boyutlarını etkilememektedir.

H₁: Lomber diskektomi ameliyatı olmuş erişkin hastaların kendi algılamalarına dayalı olarak ameliyat öncesi ile ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında genel olarak ve bağımsız değişkenlerine göre fark vardır ve bağımsız değişkenler genel sağlık statüsü boyutlarını etkilememektedir.

1.6. SINIRLAMALAR

Araştırma kapsamına 1 Mayıs 2000 - 30 Ağustos 2000 tarihleri arasında Afyon Devlet Hastanesi ve Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesi' nin beyin cerrahi servisine lomber disk ameliyatı yapılmış erişkin (20 -60 yaş) kadın ve erkek hastalar alınmıştır. Ayrıca ankete katılan hastalar American Society of Anesthesiologists Classification (ASA) göre fiziksel statüleri normal sağlıklı hasta (sınıf-1) , hafif sistemik rahatsızlığı olan fakat fonksiyonel sınırlaması olmayan hastalar (sınıf-2) ve iletişim kurulabilen hastalar araştırma grubunu oluşturmuştur. Araştırma kapsamına acil vakalar alınmamıştır (34).

1.7. TANIMLAMALAR

ALGI: Bir şeye dikkati yöneltmek o şeyin bilincine varma, bir şeyi az çok veya çok kavrama, idrak etme, farkında olma yeteneği. Normal duyu organlarıyla sezilemeyen bir şeyi sezme . Kişinin değer yargılarıdır (22,49).

ALGILANAN SAĞLIK : Kişilerin genel olarak sağlık durumlarını değerlendirmesidir. Kişinin biyolojik , ruhsal,fiziksel ve sosyal durumunu kendisinin değerlendirmesidir (17).

MORBİDİTE: Belirli bir hastalığın toplum bireyleri arasında görülme oranı, hastalıklı olma, hastalığın yayılımına neden olan, iyilik durumundan ayrılma, hastalık durumu (22).

MORTALİTE : Belli bir nüfustaki ölümlerin sayısı, herhangi bir nedenin öldürücülük oranı (22).



BÖLÜM - II

2.GEREÇ VE YÖNTEM

2.1.ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu çalışma; ileriye yönelik olarak lomber disk hastalarının kendi algılamalarına dayalı olarak ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının ölçüldüğü betimleyici bir araştırmadır.

2.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER

Araştırma, Afyon İli' nin merkezinde bulunan Devlet Hastanesi ve Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) Hastanesi'nin beyin cerrahi servisine lomber disk ameliyatı olmak için yatan hastalara uygulanmıştır.

2.3.ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırma evrenini, 1Mayıs 2000 –30 Ağustos 2000 tarihleri arasında Afyon İli'nin merkezinde bulunan Devlet Hastanesi ve SSK Hastanesi'nin beyin cerrahisi servisine lomber disk tanısıyla yatışı yapılan ve opere edilen hastalar oluşturmuştur.

2.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Örneklem seçilmeyerek 1Mayıs 2000 –30 Ağustos 2000 tarihleri arasında beyin cerrahisi servisine lomber disk tanısıyla yatışı yapılan ve opere edilen acil vakalar dışındaki sınırlamalara uygun 30 erişkin hastaların tümü araştırma kapsamına alınmıştır. Anket çalışmasına ameliyat öncesi toplam 30 hasta ile görüşülmüştür. Bu sayı ameliyat sonrası da korunmuş, ikinci kez anket uygulamasına ameliyat öncesinde katılan tüm hastalar tekrar katılmışlar ve analiz çalışmalarına tümü alınmıştır.

2.5. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Araştırmaya Afyon ili merkez hastaneleri olan Devlet Hastanesi ve Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) Hastanesi'nin beyin cerrahi servisinde lomber disk ameliyatı olmuş ,erişkin ve iletişime açık tüm hastaların algıladıkları genel sağlık statüsü araştırmanın bağımlı değişkenini oluşturmuştur.

Araştırma kapsamına alınan hastaların algılanan genel sağlık statüsünün boyutlarına etki edebileceği düşünülen etkenler, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, oturulan yer, meslek, gelir durumu, hastalık süresi, hekime başvurma sayısı, hastalığı nedeniyle cerrahi dışında tedavi görme durumları ve ameliyat olup olmama durumları araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmuştur (17).

2.6. VERİLERİN TOPLANMASI

Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından anket formu düzenlenmiştir. Anket formu iki bölümden oluşmuştur. Anket formunun birinci bölümünde hastaların algıladıkları genel sağlık statüsü boyutlarına etki edebileceği düşünülen demografik bilgiler yer almıştır. Demografik bilgiler toplam on bir sorudan oluşmuş ve şu başlıklar altında toplanmıştır: Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, oturulan yer, meslek, gelir durumu, hastalık süresi, hekime başvurma sayısı, hastalığı nedeniyle cerrahi dışında tedavi görme durumları ve ameliyat olup olmama durumları oluşturmuştur(17) . Hastaları tanıttıcı bilgiler bu nedenle anketin birinci bölümüne konmuş ve kapalı uçlu soru teknikleri kullanılmıştır.

Anketin ikinci bölümü ise, "algılanan sağlık" bölümünden oluşmuş ve hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel sağlık statülerinin boyutlarını değerlendirmek için kullandığımız SF-36 ölçeği oluşturmaktadır. SF-36 ölçeğinin klinik uygulama ve araştırmalarda , sağlık politikalarının değerlendirilmesinde toplumsal incelemelerde kullanılmak üzere geliştirilmiş olması , 22.000 hasta da test edilmiş ve Amerikan sağlık bakım sistemini etkileyen sonuçlarının güvenilirliği ve geçerliliği test edilmiş olması nedeniyle tercih edilmiştir (17,46).

SF-36 anketi soru ile kişinin kendini değerlendirmesini sağlar ve 5-10 dakika arasında sürmektedir. Sağlığı üç temel alandan fonksiyonel statü , iyilik hali , genel sağlık değerlendirmesi kavramına ve bu kavramların altında yer alan 8 boyutla ölçmektedir.

Anket formu hastaya ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası olmak üzere iki kez uygulanmıştır. İlk uygulama hastanın ameliyat gününden bir gün önce yattığı serviste yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Hastalara anket uygulanmadan önce kurumda uygulama izini yetkili kurumlardan alınmış, hastalarında katılım onayları alınmıştır.

Katılmayı kabul etmeyen hasta olmamış, hastalara araştırmanın amacı, anket içerikleri hakkında açıklayıcı bilgiler verilmiştir.

Anketin ikinci uygulaması ise ameliyatlarından bir buçuk ay sonrası planlanmıştır. Fakat hastalara ulaşmada çıkabilen güçlükler nedeniyle bu süre bazen iki aya kadar uzamıştır. Bu süre fiziksel fonksiyonelliklerini kazanmaya ,günlük aktivitelerine başlaması için yeterli olduğu düşüncesine göre ayarlanmıştır. Anket ikinci kez telefon aracılığıyla doğrudan hasta ile görüşülerek doldurulmuştur.

2.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Anket hastalara iki kez uygulandıktan sonra elde edilen veriler kodlanarak kayıt edilmiştir. Veriler toplandıktan sonra, her boyuta ilişkin kaç puan aldığı araştırmacı tarafından elde belirlenmiştir. Her hastaya ilişkin tanıtıcı bilgilerle, her boyuta ilişkin genel sağlık statüsü boyutlarının puanları Statistical Package for Social Science (SPSS) programı kullanılarak bilgisayara verilmiştir. Örneğin anketteki ikinci soru genel sağlık statüsü boyutlarından fiziksel fonksiyonellik boyutunu ölçmektedir. İkinci soru toplam on başlıktan oluşmuştur. "Evet engelliyor" 1 puan, " biraz engelliyor" 2 puan , "hiç engellemiyor" 3 puan verilerek alt başlıkların son puanlaması yapılmış, puanlar toplanarak fiziksel fonksiyonelliğe ilişkin son değerlendirme yapılmıştır.

Ankete katılan hastaların demografik verilerinin hesaplanmasında sayı / yüzde kullanılmıştır. Diğer verilerin değerlendirilmesi için iki eş arasındaki farkın önemlilik testi kullanılmış, denek sayısının 30' dan az olduğu durumlarda Mann-Whitney ileri önemlilik testi, Wilcoxon ileri önemlilik testi uygulanmıştır.

BÖLÜM III

3.BULGULAR

3.1.DENEKLERLE İLGİLİ TANITICI BİLGİLER

Tablo 3 :Lomber Disk Hastalarının Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri	Sayı	Yüz de
Yaş		
50<	19	63,3
50 ≥	11	36,7
Cinsiyet		
Erkek	10	33.3
Kadın	20	66,7
Kilo		
45 -55 kg	2	6.7
56 -66 kg	6	20,0
67 -77 kg	8	26.7
78 ≥ kg	14	46.7
Boy		
1.50 ≤ cm	-	-
1.51 - 1.60 cm	10	33.7
1.61 - 1.70 cm	8	26.7
1.71 ≥ cm	12	40.0
Beden Kitle İndeksi (BKİ)		
24 ≤	8	26.6
25 -29.9	14	45.7
30 - 34.9	7	24.2
35 - 39.9	1	3.3
45- 49.9	-	-
Eğitim Durumu		
Okur - yazar değil	3	10.0
Okur yazar	2	6.7
İlkokul mezunu	16	53.3
Ortaokul - lise mezunu	7	23.3
Fakülte mezunu	2	6.7
Medeni Durum		
Bekar	3	10.0
Evli	27	90.0
Diğer	-	-
Meslek / Yapılan İş		
Ev hanımı / çalışmıyor	16	53.3
İşçi / geçici işçi	8	26.7
Memur	5	16.7
Çiftçi	1	3.3
Emekli	-	-

Demografik Bilgiler	Sayı	yüzde
Oturulan Yer		
Şehir merkezi	15	50.0
İlçe	13	43.3
Kasaba	1	3.3
Köy	1	3.3
Gelir Durumu		
Gelir -giderden az	6	20.0
Gelir -gidere eş	19	63.3
Gider - gelirden az	5	16.7
Hastalık Süresi		
1-6 ay	8	26.7
7-12 ay	4	13.3
1> yıl	18	60.0
Ameliyat Öncesi Hekime Başvurma Sayısı		
1 -3 kez	13	43.3
4 -6 kez	9	30.0
7 > kez	8	26.7
Ameliyat Sonrası Hekime Başvurma Sayısı		
1-3 kez	4	13.3
4-6 kez	26	86.7
7 ≥ kez	-	-
Başka Tedavi Görme Durumu		
Evet	14	46.7
Hayır	16	53.3
Daha Önce Ameliyat		
Evet	11	36.3
Hayır	19	63.7
Toplam	30	100.0

Araştırma kapsamındaki toplam 30 hastaya uygulanan anket sonuçlarına göre ; hastaların % 36.7 'si (n =11) 30-39 yaş grubunda , %26.7'si (n =8) 40-49 yaş grubunda yine %26.7'si de 50-59 yaş grubunda eşit dağılım göstermekte olup, % 10.0 (n=3) 60 ve üstü yaş grubunda oldukları saptanmıştır .Hastalar yaş açısından incelendiğinde yaş gruplarına düşen kişi sayısı küçük dağılımlar göstermesi nedeniyle istatistiksel analiz yapılırken , hastalar yaş açısından 50 yaş altı ve 50 yaş - üstü olmak üzere iki grupta toplanmıştır. Buna göre hastaların % 63.3' ü (n= 19) 50 <yaş grubunda , % 36.7 'si (n=11) 50 ≥yaş grubunda yer almışlardır.

Hastaların cinsiyet durumlarına göre dağılımları incelendiğinde ; % 66.7'si (n=20) kadın hastalardan, % 33.7' ü (n=10) erkek hastalardan oluşmuştur.

Hastaların kilo durumları incelendiğinde ; %6.7 'si (n=2) 45-55 kg , %20.0'si (n=6) 56-66 kg , %26.7' si (n=8) 67-77 kg , %46.7'si (n=14) 78 ve üstü kg 'da oldukları görülmüştür.

Hastalar boy gruplarına göre incelendiğinde ; boyu 1.50 cm altında olan hasta olmadığı, %33.3'ü (n=10) 1.51 - 1.60 cm, %26.7 'si (n=8) 1.61 -1.70 cm, %40.0 'ı 1.71 cm ve üstünde olduğu görülmüştür .

Hastaların beden kitle indeksleri (BKİ=ağırlık /boy m₂) incelendiğinde ; %26.6.'sı (n=8)normal kiloda, %45.7 'si (n=14) toplu ,%24.2'si (n=7) şişman, %3.3'ü (n=1)sağlık açısından önem taşıyan kiloda oldukları görülmüştür . Beden kitle indeksinde alınan şişmanlık sınıflandırılmasında literatürlerde belirlenen grupların orijinali alınmıştır (3).

Hastaların eğitim düzeyleri incelendiğinde ; %10.0 'u (n=3) okur - yazar olmadığı , %6.7 'si (n=2) okur- yazar olduğu , %53.3 'ü (n=16) ilkokul mezunu , %23.3 'ü (n=7)ortaokul -lise mezunu , %6.7'si fakülte mezunu olduğu saptanmıştır . Hastaların eğitim gruplarına göre dağılımları incelendiğinde birbirinden farklı frekans dağılımı göstermesi nedeniyle , istatistiksel analiz yapılırken iki grupta toplanmıştır. Bu duruma göre ; hastaların % 70' i (n= 21) ilkokul ve ilkokul altı eğitim düzeyinde, % 30' u (n=9) ortaokul ve üstü eğitim düzeyinde yer almaktadır.

Hastalar medeni durumlarına göre incelendiğinde ; %10.0 'nun (n=3) bekar , %90.0 'nın evli olduğu görülmüştür.

Hastalar meslek gruplarına göre incelendiğinde ; %53.3 'nün (n=16) ev hanımı /çalışmıyor , %26.7 'nin (n = 8)işçi / geçici işçi , %16.7 'nin (n=5) memur, %3.3' ü (n=1) ve aralarında herhangi bir meslekten emekli olan görülmemektedir.

Hastaların oturdukları yerlere göre dağılımları incelendiğinde ; %50' si (n=15) şehir merkezinde, %43.3 'nün (n=13) ilçede , %3.3' nün (n=1) kasaba yine %3.3 'nün (n=1) köyde yaşamlarını sürdürdükleri görülmüştür.

Hastalar gelir durumlarına göre incelendiğinde ; % 20.0' nün (n=6) gelirlerinin gidere göre az olduğu, %63.3' nün (n= 19) gelir ile giderlerinin eşit olduğu, %16.7 'nin (n=5) giderlerinin gelirden az olduğu saptanmıştır . İstatistiksel analiz yapılırken frekans dağılımları farklılık göstermesi nedeniyle gelir durumu iki grupta toplanmıştır. Bu

durumda , hastaların % 20' si (n=6) gelirlerinin giderlerden az olduğu, % 80' ni (n=24) gelir gidere eş ve giderin gelirden az olduğu grubunda yer almışlardır.

Hastaların , hastalıklarını bilme sürelerine göre dağılımları incelendiğinde ; % 26.7' si (n=8) 1 - 6 ay, % 13.3 'nün (n=4) 7 - 12 ay , % 60.0' nün (n=18) 1 yıldan fazla süredir bildikleri tespit edilmiştir . İstatistiksel analiz yapılırken frekansların gruplara dağılımları çok farklılık göstermesi nedeniyle hastalık süresi iki grupta toplanmıştır. Buna göre, hastaların % 40' ının (n= 12) hastalıklarını bir yıl ve bir yıldan az süredir bildikleri, %60' nün (n=18) hastalıklarını bir yıldan fazla süredir bildikleri görülmüştür.

Hastaların , hastalıkları nedeniyle hekime başvurma sayılarına göre dağılımları incelendiğinde ; % 43.3' nün (n=13) 1 - 3 kez, % 30.0 'nün (n=9) 4 - 6 kez , % 26.7' nin (n=8) 7 kez ve üstünde başvurdukları görülmüştür . Hastaların hekime başvuru sayısı incelendiğinde gruplar içinde frekans dağılımları birbirinden farklılık göstermesi nedeniyle iki grupta toplanmıştır. Bu duruma göre hastaların % 43.3' nün (n=13) üç ve üçden az hekime başvurdukları, %56.7 'nin (n=17) üçden fazla başvurdukları görülmektedir.

Hastaların , hastalıkları nedeniyle başka bir tedavi görme durumları incelendiğinde ; % 46.7' nin (n=14) tedavi (ilaç , fizik tedavi)gördüklerini, % 53.3 'nün (n=16) herhangi bir tedavi görmediklerini belirtmişlerdir .

Hastaların, hastalıkları dışında ameliyat geçirmiş olup olmama durumları incelendiğinde ; % 36.3 ' nin (n=11) ameliyat geçirdiklerini, %63.7 'nün (n=19) ameliyat geçirmediklerini belirtmişlerdir .

3.2. LOMBER DİSK HASTALARININ AMELİYAT ÖNCESİ GENEL SAĞLIK STATÜSÜ BOYUTLARININ HASTALARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE DEĞİŞİP DEĞİŞMEDİĞİNİN İNCELENMESİ:

Tablo 4 : Lomber Disk Hastalarının Ameliyat Öncesi Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Yaşa Göre Karşılaştırılması

GENEL SAĞLIK STATÜSÜ BOYUTLARI	Yaş Grupları				P
	50 <		50 ≥		
	x	SS	x	SS	
Fiziksel Fonksiyonellik	16.13	4.26	14.41	5.80	0.604
Fiziksel Rol Sınırlamaları	14.58	0.96	17.09	1.64	0.352
Ağrı	14.45	0.90	17.32	1.99	0.365
Genel Sağlık Algılamaları	16.53	2.75	13.73	3.58	0.398
Canlılık	15.34	2.74	15.77	3.40	0.896
Sosyal Fonksiyonellik	15.47	2.06	15.55	2.38	0.982
Duygusal Rol Sınırlamaları	16.05	1.27	15.27	1.04	0.908
Mental Sağlık	16.05	4.21	14.55	4.74	0.650

Lomber disk hastalarının yaşa göre cerrahi öncesi genel sağlık boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığı karşılaştırılmıştır. Tablo 4' e göre yaşı 50 < olanların fiziksel fonksiyonelliklerinin, genel sağlık algılamalarının, mental sağlıklarının yaşı 50 ≥ olanlardan daha iyi olmasına rağmen uygulanan Maan -Whitney ileri testinde iki ortalama arasındaki farkın $p= 0.05$ düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Yaşı 50< olanların fiziksel rol sınırlamaları, ağrı durumları yaşı 50 ≥ olanlardan daha kötü olduğu , ancak istatistiksel olarak iki ortalama arasındaki fark $p=0.05$ düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (Tablo 4).

Tablo 5 : Lomber Disk Hastalarının Ameliyat Öncesi Genel Sağlık Statüsü

GENEL SAĞLIK STATÜSÜ BOYUTLARI	Cinsiyet Grupları				P
	Erkek		Kadın		
	X	SS	X	SS	
Fiziksel Fonksiyonellik	15.05	4.41	15.73	5.06	0.842
Fiziksel Rol Sınırlamaları	15.05	0.70	15.73	1.47	0.807
Ağrı	15.35	1.43	15.57	1.45	0.945
Genel Sağlık Algılamaları	14.50	2.58	16.00	3.28	0.658
Canlılık	17.25	2.41	14.63	3.22	0.437
Sosyal Fonksiyonellik	17.45	1.37	14.52	2.44	0.363
Duygusal Rol Sınırlamaları	15.50	0.88	15.50	1.32	1.000
Mental Sağlık	17.70	4.27	14.40	4.44	0.331

Lomber disk hastalarının cinsiyetlere göre ameliyat öncesi genel sağlık statüsü boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığı karşılaştırılmıştır. Erkek hastaların canlılık düzeylerinin, sosyal fonksiyonelliklerinin ve mental sağlıklarının kadın hastalara göre daha iyi olduğu , kadın hastalarının ise genel sağlık algılamalarının erkek hastalardan daha iyi olduğu ancak uygulanan Mann-Whitney istatistiksel analiz sonucuna göre $p=0.05$ düzeyine göre anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 5).

Tablo 6 : Lomber Disk Hastalarının Ameliyat Öncesi Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Eğitim Düzeylerine Göre Karşılaştırılması

GENEL SAĞLIK STATÜSÜ BOYUTLARI	Eğitim Düzeyleri				P
	İlkokul ve altı		Ortaokul ve Üstü		
	X	SS	x	SS	
Fiziksel Fonksiyonellik	16.40	4.82	13.39	4.77	0.387
Fiziksel Rol Sınırlamaları	16.69	1.42	12.72	0.67	0.162
Ağrı	14.55	1.50	17.72	1.27	0.341
Genel Sağlık Algılamaları	16.69	3.23	12.72	2.37	0.254
Canlılık	15.31	3.10	15.94	2.71	0.855
Sosyal Fonksiyonellik	15.10	2.40	16.44	1.51	0.683
Duygusal Rol Sınırlamaları	14.90	1.24	16.89	1.05	0.542
Mental Sağlık	13.88	3.80	19.28	1.27	0.122

Lomber disk hastalarının eğitim düzeylerine göre ameliyat öncesi genel sağlık statüsü boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığı karşılaştırılmıştır. ilkokul ve altı eğitim düzeyinde olan hastaların fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamalarının, genel sağlık algılamalarının eğitim düzeyi ortaokul ve üst eğitim grubunda olanlardan daha iyi olduğu, ilkokul ve altı eğitim düzeyindeki hastaların ağrı,

sosyal fonksiyonelliklerinin, duygusal rol sınırlamalarının ise ortaokul ve üstü eğitim düzeyindekilere oranla daha kötü olduğu ancak istatistiksel olarak yapılan Mann-Whitney ileri test analiz sonucunda genel sağlık statüsü boyutları arasında $p=0.05$ düzeyinde anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 6) .

Tablo 7 : Lomber Disk Hastalarının Ameliyat Öncesi Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Hekime Başvurma Sayılarına Göre Karşılaştırılması

GENEL SAĞLIK STATÜSÜ BOYUTLARI	Hekime Başvuru				P
	3 <		3 ≥		
	X	SS	X	SS	
Fiziksel Fonksiyonellik	16.69	4.46	16.35	5.14	0.817
Fiziksel Rol Sınırlamaları	0.23	0.59	1.00	1.54	0.114
Ağrı	3.23	0.92	4.00	1.65	0.817
Genel Sağlık Algılamaları	16.69	3.01	15.70	3.07	0.332
Canlılık	11.84	2.33	12.17	3.39	0.800
Sosyal Fonksiyonellik	5.76	2.35	5.17	2.00	0.817
Duygusal Rol Sınırlamaları	0.84	1.28	1.11	1.11	0.430
Mental Sağlık	15.69	4.26	16.05	4.52	0.850

Lomber disk hastalarının hekime başvurma sayılarına ameliyat öncesi genel sağlık statüsü boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığı karşılaştırılmıştır. Hekime üçden daha az sayıda başvuranların genel sağlık statüsü boyutları üç ve daha fazla sayıda başvuran hastalardan daha kötü olduğu yapılan Mann-Whitney ileri testi analizi sonucuna göre $p=0.05$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 7).

Tablo 8 : Lomber Disk Hastalarının Ameliyat Öncesi Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Hastalıklarını Bilme Sürelerine Göre Karşılaştırılması

GENEL SAĞLIK STATÜSÜ BOYUTLARI	Hastalıklarını Bilme Süreleri				P
	1<		1>		
	X	SS	X	SS	
Fiziksel Fonksiyonellik	18.16	4.17	15.38	4.94	0.061
Fiziksel Rol Sınırlamaları	0.41	0.79	0.83	1.50	0.583
Ağrı	3.66	1.30	3.66	1.53	0.671
Genel Sağlık Algılamaları	16.58	3.47	15.83	2.77	0.550
Canlılık	12.00	2.52	12.05	3.26	0.583
Sosyal Fonksiyonellik	6.00	2.29	5.05	2.01	0.234
Duygusal Rol Sınırlamaları	1.08	1.24	0.94	1.16	0.648
Mental Sağlık	17.58	2.99	14.77	4.79	0.062

Hastaların hastalıklarını bilme sürelerine göre ameliyat öncesi genel sağlık statüsü boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığı karşılaştırılmıştır. Hastalıklarını bir yıl ve bir yıldan daha az süredir bilen hastaların fiziksel fonksiyonellik, genel sağlık algılamaları, canlılık, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları ve mental sağlıkları hastalıklarını 1 yıldan fazla süredir bilen hastalara göre daha iyi olduğu, ancak yapılan istatistiksel test analiz sonucuna göre $p=0.05$ düzeyinde hastalıklarını bir ve bir yıldan daha az süredir bilen hastaların sadece ameliyat öncesi fiziksel fonksiyonellik ve mental sağlık boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 8).

Tablo 9 : Lomber Disk Hastalarının Ameliyat Öncesi Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Hastalıkları Nedeniyle Başka Tedavi Görme Durumlarına Göre Karşılaştırılması

GENEL SAĞLIK STATÜSÜ BOYUTLARI	Tedavi Görme Durumu				P
	Evet		Hayır		
	X	SS	X	SS	
Fiziksel Fonksiyonellik	13.61	5.37	17.16	4.23	0.268
Fiziksel Rol Sınırlamaları	15.36	1.44	15.63	1.15	0.918
Ağrı	15.79	1.75	15.25	1.10	0.861
Genel Sağlık Algılamaları	14.96	3.14	15.97	3.04	0.753
Canlılık	16.07	3.50	15.00	2.46	0.737
Sosyal Fonksiyonellik	13.71	2.18	17.06	2.10	0.270
Duygusal Rol Sınırlamaları	16.57	1.17	14.56	1.20	0.502
Mental Sağlık	14.61	4.99	16.28	3.84	0.602

Lomber disk hastalarının hastalıkları nedeniyle başka tedavi görme durumlarına göre ameliyat öncesi genel sağlık statüsü boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir

fark olup olmadığı karşılaştırılmıştır. Hastalıkları nedeniyle tedavi gören lomber disk hastalarının ağrı, canlılık ve duygusal rol sınırlamaları hastalıkları nedeniyle herhangi bir tedavi gören hastalara göre daha iyi olduğu, tedavi görmeyen hastaların ise fiziksel fonksiyonellikleri, fiziksel rol sınırlamaları, genel sağlık algılamaları, sosyal fonksiyonellik ve mental sağlık boyutları tedavi gören hastalara oranla daha iyi olduğu ancak yapılan Mann-Whitney ileri testinde $p=0.05$ anlamlılık düzeyine göre tedavi gören hastaların genel sağlık boyutları ile tedavi görmeyen hastaların genel sağlık statüsü boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. (Tablo 9).

Tablo 10 : Lomber Disk Hastalarının Ameliyat Öncesi Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Ameliyat Olup Olmama Durumlarına Göre Karşılaştırılması

GENEL SAĞLIK STATÜSÜ BOYUTLARI	Ameliyat Olup Olmama Durumu				P
	Evet		Hayır		
	X	SS	X	SS	
Fiziksel Fonksiyonellik	15.27	6.03	17.21	3.89	0.092
Fiziksel Rol Sınırlamaları	0.72	1.61	0.83	1.06	0.582
Ağrı	3.63	1.96	3.68	1.05	0.319
Genel Sağlık Algılamaları	15.72	2.90	16.36	3.16	0.497
Canlılık	12.54	3.14	11.73	2.86	0.558
Sosyal Fonksiyonellik	4.81	2.31	5.78	2.01	0.150
Duygusal Rol Sınırlamaları	1.00	1.095	1.00	1.24	0.908
Mental Sağlık	16.36	5.29	16.63	3.81	0.697

Lomber disk hastalarının ameliyat olup olmama durumlarına göre cerrahi öncesi genel sağlık boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığı karşılaştırılmıştır. Herhangi bir nedenle ameliyat olan hastaların fiziksel fonksiyonelliklerinin, fiziksel rol sınırlamalarının, ağrı, genel sağlık algılamalarının, canlılık, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları ve mental sağlıklarının ameliyat olmayan hastalardan daha kötü olmasına rağmen uygulanan Maan-Whitney ileri testinde iki ortalama arasındaki farkın $p= 0.05$ düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur. (Tablo 10).

3.3. LOMBER DİSK HASTALARININ GENEL SAĞLIK STATÜSÜ BOYUTLARININ AMELİYAT ÖNCESİ VE AMELİYAT SONRASI İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 11 : Lomber Disk Hastalıklarının Ameliyat Öncesi Ve Ameliyat Sonrası Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Karşılaştırılması

GENEL SAĞLIK STATÜSÜ BOYUTLARI	Ameliyat Öncesi		Ameliyat Sonrası		P
	X	SS	X	SS	
Fiziksel Fonksiyonellik	16.50	4.78	22.57	4.43	0.000
Fiziksel Rol Sınırlamaları	0.67	1.27	1.47	1.66	0.013
Ağrı	3.67	1.42	6.33	1.42	0.041
Genel Sağlık Algılamaları	16.53	3.04	15.33	2.55	0.335
Canlılık	12.03	2.94	15.40	2.92	0.000
Sosyal Fonksiyonellik	5.43	2.14	6.57	1.81	0.000
Duygusal Rol Sınırlamaları	1.00	1.17	1.83	1.37	0.005
Mental Sağlık	15.90	4.34	20.77	4.52	0.000

Lomber disk hastalarının ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığı karşılaştırılmıştır. Hastaların ameliyat öncesi sağlık statüsü boyutlarının(fiziksel fonksiyonellik,fiziksel rol sınırlamaları, ağrı, genel sağlık algılamaları, canlılık, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları, mental sağlıkları) ameliyat sonrası sağlık statüsü boyutlarından daha kötü olduğu, yapılan iki eş arasındaki farkın önemlilik testinde de $p=0.05$ anlamlılık düzeyinde fiziksel fonksiyonellikleri, fiziksel rol sınırlamaları, ağrı durumları, canlılık düzeyleri, sosyal fonksiyonellikleri , duygusal rol sınırlamaları ve mental sağlık boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken genel sağlık algılamaları arasında $p= 0.05$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 11).

Tablo 12 :Lomber Disk Hastalarının Ameliyat Öncesi Ve Ameliyat Sonrası Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

Yaş Grubu	GENEL SAĞLIK STATÜSÜ BOYUTLARI	Ameliyat Öncesi		Ameliyat Sonrası		P
		X	SS	X	SS	
50<	Fiziksel Fonksiyonellik	16.58	4.26	23.63	3.71	0.000
	Fiziksel Rol Sınırlamaları	0.42	0.96	1.63	1.83	0.022
	Ağrı	3.37	0.90	6.42	1.46	0.000
	Genel Sağlık Algılamaları	16.37	2.75	15.89	2.23	0.595
	Canlılık	11.95	2.74	16.58	2.17	0.000
	Sosyal Fonksiyonellik	5.42	2.06	6.89	1.56	0.010
	Duygusal Rol Sınırlamaları	1.05	1.27	1.89	1.41	0.026
	Mental Sağlık	16.16	4.21	20.42	4.73	0.004
50≥	Fiziksel Fonksiyonellik	16.36	5.80	20.73	5.12	0.059
	Fiziksel Rol Sınırlamaları	1.09	1.64	1.18	1.33	0.928
	Ağrı	4.18	1.99	6.18	1.40	0.015
	Genel Sağlık Algılamaları	15.73	3.58	14.36	2.87	0.440
	Canlılık	12.18	3.40	13.36	3.01	0.107
	Sosyal Fonksiyonellik	5.45	2.38	6.00	2.14	0.501
	Duygusal Rol Sınırlamaları	0.91	1.04	1.73	1.35	0.084
	Mental Sağlık	15.45	4.74	21.36	4.27	0.005

50< yaş grubundaki lomber disk hastalarının ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında ve 50 ≥ yaş grubundaki lomber disk hastalarının ameliyat öncesi ve sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığı karşılaştırılmıştır. 50< yaş grubunda olan hastaların ameliyat sonrası fiziksel fonksiyonellikleri, fiziksel rol sınırlamaları, ağrıları, canlılık düzeyleri, sosyal fonksiyonellikleri, duygusal rol sınırlamaları ve mental sağlıkları ameliyat öncesinden daha iyi olduğu , genel sağlık algılamalarının ise ameliyat öncesinde iyi olduğu, yapılan istatistiksel Wilcoxon ileri testinde de p=0.05 düzeyinde genel sağlık algılaması dışındaki diğer boyutlar arasında anlamlı farklılıklar olduğu bulunmuştur. 50≥ yaş grubunda olan hastaların ise ameliyat sonrası fiziksel fonksiyonellikleri, fiziksel rol sınırlamaları, ağrı, canlılık düzeyleri, sosyal fonksiyonellikleri, duygusal rol sınırlamaları ve mental sağlıkları ameliyat öncesinden daha iyi olduğu , genel sağlık algılaması ise ameliyat öncesi daha iyi olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel Wilcoxon ileri önemlilik testinde p= 0.05 düzeyine göre ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası fiziksel fonksiyonellik, ağrı, ve mental sağlık boyutları arasında arasında anlamlı fark olduğu ,

fiziksel rol sınırlamaları, genel sağlık algılamaları, canlılık, sosyal fonksiyonellik ve duygusal rol sınırlamaları boyutlarının ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası arasında $p=0.05$ anlamlılık düzeyinde anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 12).

Tablo 13 :Lomber Disk Hastalarının Ameliyat Öncesi Ve Ameliyat Sonrası Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Cinsiyet Gruplarına Göre Karşılaştırılması

Cinsiyet Grubu	GENEL SAĞLIK STATÜSÜ BOYUTLARI	Ameliyat Öncesi		Ameliyat Sonrası		P
		X	SS	X	SS	
Erkek	Fiziksel Fonksiyonellik	16.10	4.41	20.40	4,97	0.092
	Fiziksel Rol Sınırlamaları	0.40	0.70	1.00	1.33	0.271
	Ağrı	3.60	1.43	6.40	1.65	0.015
	Genel Sağlık Algılamaları	15.70	2.58	15.50	2.58	0.672
	Canlılık	12.40	2.41	14.60	2.72	0.091
	Sosyal Fonksiyonellik	5.90	1.37	6.40	1.84	0.336
	Duygusal Rol Sınırlamaları	0.90	0.88	1.40	1.35	0.236
	Mental Sağlık	16.60	4.27	19.90	6.52	0.095
Kadın	Fiziksel Fonksiyonellik	16.70	5.06	23.65	3.82	0.000
	Fiziksel Rol Sınırlamaları	0.80	1.47	1.70	1.78	0.067
	Ağrı	3.70	1.45	6.30	1.34	0.000
	Genel Sağlık Algılamaları	16.35	3.28	15.25	2.57	0.295
	Canlılık	11.85	3.22	15.80	3.00	0.000
	Sosyal Fonksiyonellik	5.20	2.44	6.65	1.84	0.025
	Duygusal Rol Sınırlamaları	1.05	1.32	2.05	1.36	0.012
	Mental Sağlık	15.55	4.44	21.20	3.22	0.000

Lomber disk hastalığı olan erkek hastalarının ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında ve kadın hastalarının ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığı karşılaştırılmıştır. Erkek hastaların ameliyat öncesi fiziksel fonksiyonellikleri, fiziksel rol sınırlamaları, ağrı düzeyleri, genel sağlık algılamaları, canlılık düzeyleri, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları, ruh sağlığı boyutları ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutlarına göre daha kötü olduğu yapılan Wilcoxon önemlilik ileri testinde $p=0.05$ düzeyine göre ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası fiziksel fonksiyonellik, ağrı, canlılık ve mental sağlık boyutları arasında anlamlı fark bulunmuş, fiziksel rol sınırlamaları, genel sağlık algılamaları, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Kadın hastaların ameliyat öncesi fiziksel fonksiyonellikleri, fiziksel rol sınırlamaları, ağrı düzeyleri, genel sağlık algılamaları, canlılık düzeyleri, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları, ruh sağlığı boyutları

ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutlarına göre daha kötü olduğu yapılan Wilcoxon önemlilik ileri testinde $p=0.05$ düzeyine göre ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası fiziksel fonksiyonellik, ağrı, canlılık düzeyleri, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları, mental sağlık boyutları arasında anlamlı fark bulunurken , genel sağlık algılamaları, fiziksel rol sınırlamaları arasında $p=0.05$ düzeyinde anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 13).

Tablo 14 :Lomber Disk Hastalarının Ameliyat Öncesi Ve Ameliyat Sonrası Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Eğitim Gruplarına Göre Karşılaştırılması

Eğitim Grubu	GENEL SAĞLIK STATÜSÜ BOYUTLARI	Ameliyat Öncesi		Ameliyat Sonrası		P
		X	SS	x	SS	
İlkokul ve altı	Fiziksel Fonksiyonellik	17.00	4.82	22.76	4.64	0.000
	Fiziksel Rol Sınırlamaları	0.86	1.42	1.62	1.63	0.112
	Ağrı	3.57	1.50	6.19	1.29	0.000
	Genel Sağlık Algılamaları	16.57	3.23	15.33	2.74	0.202
	Canlılık	12.00	3.10	15.00	2.86	0.001
	Sosyal Fonksiyonellik	5.43	2.40	6.52	1.94	0.043
	Duygusal Rol Sınırlamaları	0.95	1.24	1.86	1.42	0.013
	Mental Sağlık	15.05	3.80	20.71	5.03	0.001
Ortaokul ve sonrası	Fiziksel Fonksiyonellik	15.33	4.77	22.11	4.14	0.044
	Fiziksel Rol Sınırlamaları	0.22	0.67	1.11	1.76	0.194
	Ağrı	3.89	1.27	6.67	1.73	0.221
	Genel Sağlık Algılamaları	15.11	2.37	15.33	2.18	0.915
	Canlılık	12.11	2.71	16.33	3.00	0.194
	Sosyal Fonksiyonellik	5.44	1.51	6.67	1.58	0.196
	Duygusal Rol Sınırlamaları	1.11	1.76	1.78	1.30	0.221
	Mental Sağlık	17.89	5.09	20.89	3.26	0.049

İlkokul ve altı eğitim grubunda olan ile ortaokul ve üstü eğitim grubunda olan lomber disk hastalarının ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığı karşılaştırılmıştır. İlkokul ve altı eğitim grubundaki hastaların ameliyat öncesi fiziksel fonksiyonellikleri, fiziksel rol sınırlamaları, ağrı düzeyleri, genel sağlık algılamaları, canlılık düzeyleri, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları, ruh sağlığı boyutları ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutlarına göre daha kötü olduğu yapılan Wilcoxon önemlilik ileri testinde $p=0.05$ düzeyine göre ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası fiziksel fonksiyonellik, ağrı, canlılık, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları ve mental sağlık boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken, fiziksel rol sınırlamaları ve genel

sağlık algılamaları boyutları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ortaokul ve üstü eğitim grubunda olan hastaların ameliyat öncesi fiziksel fonksiyonellikleri, fiziksel rol sınırlamaları, ağrı düzeyleri, genel sağlık algılamaları, canlılık düzeyleri, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları, ruh sağlığı boyutları ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutlarına göre daha kötü olduğu yapılan Wilcoxon önemlilik ileri testinde $p=0.05$ anlamlılık düzeyine göre fiziksel fonksiyonellik ve mental sağlık boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken fiziksel rol sınırlamaları, ağrı, canlılık, genel sağlık algılamaları, sosyal fonksiyonellik ve duygusal rol sınırlamaları boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 14).

Tablo 15 :Lomber Disk Hastalarının Ameliyat Öncesi Ve Ameliyat Sonrası Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Hastalıklarını Bilme Gruplarına Göre Karşılaştırılması

Hastalık Süresi	GENEL SAĞLIK STATÜSÜ BOYUTLARI	Ameliyat Öncesi		Ameliyat Sonrası		P
		x	SS	x	SS	
1 ≤ yıl	Fiziksel Fonksiyonellik	18.17	4.17	22.17	4.91	0.013
	Fiziksel Rol Sınırlamaları	0.42	0.79	1.33	1.78	0.170
	Ağrı	3.67	1.30	5.92	1.31	0.092
	Genel Sağlık Algılamaları	16.58	3.48	16.17	2.66	0.756
	Canlılık	12.00	2.52	15.67	2.19	0.005
	Sosyal Fonksiyonellik	6.00	2.30	6.92	1.98	0.215
	Duygusal Rol Sınırlamaları	1.08	1.24	2.08	1.38	0.043
	Mental Sağlık	17.58	3.00	20.08	5.78	0.092
1 > yıl	Fiziksel Fonksiyonellik	15.39	4.95	22.83	4.20	0.000
	Fiziksel Rol Sınırlamaları	0.83	1.50	1.56	1.62	0.136
	Ağrı	3.67	1.53	6.61	1.46	0.000
	Genel Sağlık Algılamaları	15.83	2.77	14.78	2.39	0.324
	Canlılık	12.06	3.26	15.22	3.37	0.136
	Sosyal Fonksiyonellik	5.06	2.01	6.33	1.71	0.043
	Duygusal Rol Sınırlamaları	0.94	1.16	1.67	1.37	0.054
	Mental Sağlık	14.78	4.80	21.22	3.56	0.000

Hastalık süresi $1 \leq$ yıl grubunda olan lomber disk hastalarının ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında ve $1 >$ yıl grubunda olan lomber disk hastalarının ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığı karşılaştırılmıştır. Hastalık süresi $1 \leq$ yıl grubundaki hastaların ameliyat sonrası fiziksel fonksiyonellikleri, fiziksel rol sınırlamaları, ağrı düzeyleri, genel sağlık algılamaları, canlılık düzeyleri, sosyal

fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları, ruh sağlığı boyutları ameliyat öncesi genel sağlık statüsü boyutlarına göre daha iyi olduğu yapılan Wilcoxon önemlilik ileri testinde $p=0.05$ düzeyine göre ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası fiziksel fonksiyonellik, ağrı, canlılık, duygusal rol sınırlamaları ve mental sağlık boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken, fiziksel rol sınırlamaları , sosyal fonksiyonellik, genel ağılık algılamaları boyutları arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Hastalık süresi $1 >$ yıl grubunda hastaların ameliyat sonrası fiziksel fonksiyonellikleri, fiziksel rol sınırlamaları, ağrı düzeyleri, genel sağlık algılamaları, canlılık düzeyleri, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları, ruh sağlığı boyutları ameliyat öncesi genel sağlık statüsü boyutlarına göre daha iyi olduğu yapılan Wilcoxon önemlilik ileri testinde $p=0.05$ anlamlılık düzeyine göre fiziksel fonksiyonellik, ağrı ve sosyal fonksiyonellik , duygusal rol sınırlamaları ve mental sağlık boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken fiziksel rol sınırlamaları, canlılık ve genel sağlık algılamaları boyutları arasında $p= 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 15).

Tablo 16 :Lomber Disk Hastalarının Ameliyat Öncesi Ve Ameliyat Sonrası Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Hekime Başvurma Gruplarına Göre Karşılaştırılması

Hekime başvurma sayısı	GENEL SAĞLIK STATÜSÜ BOYUTLARI	Ameliyat Öncesi		Ameliyat Sonrası		P
		X	SS	x	SS	
3 ≤ başvuranlar	Fiziksel Fonksiyonellik	16.69	4.46	23.76	4.16	0.006
	Fiziksel Rol Sınırlamaları	0.23	0.59	1.69	1.97	0.035
	Ağrı	3.23	0.92	6.38	1.55	0.002
	Genel Sağlık Algılamaları	16.69	3.01	16.30	2.59	0.810
	Canlılık	11.84	2.33	16.23	1.64	0.002
	Sosyal Fonksiyonellik	5.76	2.35	7.00	1.63	0.002
	Duygusal Rol Sınırlamaları	0.84	1.28	2.15	1.34	0.020
	Mental Sağlık	15.69	4.26	19.92	5.37	0.028
3 > başvuranlar	Fiziksel Fonksiyonellik	16.35	5.14	21.64	4.52	0.005
	Fiziksel Rol Sınırlamaları	1.00	1.54	1.29	1.40	0.531
	Ağrı	4.00	1.65	6.29	1.35	0.001
	Genel Sağlık Algılamaları	15.70	3.07	14.58	2.32	0.344
	Canlılık	12.17	3.39	14.76	3.52	0.011
	Sosyal Fonksiyonellik	5.17	2.00	6.23	1.92	0.113
	Duygusal Rol Sınırlamaları	1.11	1.11	1.58	1.37	0.174
	Mental Sağlık	16.05	4.52	21.41	3.77	0.001

Hekime üç kez ve üç' den daha az başvuran lomber disk hastalarının ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında ve hekime üçden fazla sayıda başvuran lomber disk hastalarının ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığı karşılaştırılmıştır. Hekime 3≤ başvuran hastaların ameliyat sonrası fiziksel fonksiyonellikleri, fiziksel rol sınırlamaları, ağrı düzeyleri, canlılık düzeyleri, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları, ruh sağlığı boyutları ameliyat öncesi genel sağlık statüsü boyutlarına göre daha iyi ,ancak genel sağlık algılamaları ise kötü olduğu, yapılan Wilcoxon önemlilik ileri testinde p=0.05 düzeyine göre ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, ağrı, canlılık, sosyal fonksiyonellik ,duygusal rol sınırlamaları ve mental sağlık boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken genel sağlık algılamaları boyutu arasında p=0.05 düzeyinde anlamlı fark bulunamamıştır. Hekime üç > başvuran hastaların ameliyat sonrası fiziksel fonksiyonellikleri, ağrı düzeyleri, canlılık düzeyleri, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları, mental sağlık boyutları ameliyat öncesi genel sağlık statüsü boyutlarına göre daha iyi, genel sağlık algılamaları

boyutunun kötü olduğu ve yapılan Wilcoxon önemlilik ileri testinde $p=0.05$ anlamlılık düzeyine göre fiziksel fonksiyonellik, canlılık düzeyinde, ağrı ve mental sağlık boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken fiziksel rol sınırlamaları , genel sağlık algılamaları, sosyal fonksiyonellik ve duygusal rol sınırlamaları boyutları arasında istatistiksel olarak $p=0.05$ düzeyinde anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 16).

Tablo 17 :Lomber Disk Hastalarının Ameliyat Öncesi Ve Ameliyat Sonrası Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Hastalıkları Nedeniyle Başka Tedavi Görme Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Tedavi Görme	GENEL SAĞLIK STATÜSÜ BOYUTLARI	Ameliyat Öncesi		Ameliyat Sonrası		P
		x	SS	x	SS	
Evet	Fiziksel Fonksiyonellik	15.64	5.37	21.78	4.22	0.002
	Fiziksel Rol Sınırlamaları	0.71	1.43	1.42	1.50	0.098
	Ağrı	3.85	1.74	6.57	1.28	0.001
	Genel Sağlık Algılamaları	16.00	3.13	14.57	2.37	0.240
	Canlılık	12.28	3.49	14.92	3.51	0.014
	Sosyal Fonksiyonellik	5.00	2.18	6.07	1.94	0.139
	Duygusal Rol Sınırlamaları	1.42	1.16	1.50	1.34	0.388
	Mental Sağlık	15.64	4.98	21.50	3.75	0.001
Hayır	Fiziksel Fonksiyonellik	17.25	4.23	23.25	4.62	0.008
	Fiziksel Rol Sınırlamaları	0.62	1.14	1.50	1.82	0.103
	Ağrı	3.50	1.09	6.12	1.54	0.002
	Genel Sağlık Algılamaları	16.25	3.04	16.27	2.58	0.874
	Canlılık	11.81	2.45	15.81	2.31	0.001
	Sosyal Fonksiyonellik	5.81	2.10	7.00	1.63	0.047
	Duygusal Rol Sınırlamaları	0.87	1.20	2.12	1.36	0.010
	Mental Sağlık	16.12	3.84	20.12	5.12	0.012

Lomber disk hastalıkları nedeniyle cerrahi operasyon dışında başka bir tedavi gören lomber disk hastalarının ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında ve tedavi görmeyen lomber disk hastalarının ameliyat öncesi ile ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığı karşılaştırılmıştır. Ameliyat dışında tedavi gören hastaların ameliyat öncesi fiziksel fonksiyonellik , fiziksel rol sınırlamaları, ağrı, canlılık, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları ve mental sağlık boyutları ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutlarından daha kötü olduğu , genel sağlık algılamaları boyutunun ise iyi olduğu ancak yapılan Wilcoxon ileri önemlilik testinde $p=0.05$ anlamlılık düzeyine göre fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, ağrı, canlılık ve mental sağlık boyutları arasında anlamlı fark

olduğu, genel sağlık algılamaları, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları arasında $p=0.05$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Hastalıkları nedeniyle tedavi görmemiş hastaların genel sağlık statüsü boyutları ameliyat öncesi fiziksel fonksiyonellik , fiziksel rol sınırlamaları, ağrı, genel sağlık algılamaları, canlılık, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları ve mental sağlık boyutları ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutlarından daha kötü olduğu yapılan Wilcoxon ileri önemlilik testinde $p=0.05$ anlamlılık düzeyine göre fiziksel fonksiyonellik , ağrı,sosyal fonksiyonellik , duygusal rol sınırlamaları, canlılık ve mental sağlık boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, fiziksel rol sınırlamaları ve genel sağlık algılamalarında istatistiksel olarak $p=0.05$ düzeyinde anlamlı fark olmadığı bulunmuştur (Tablo 17).

Tablo 18 :Lomber Disk Hastalarının Ameliyat Öncesi Ve Ameliyat Sonrası Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Ameliyat Olma ve Olmama Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Ameliyat Olma	GENEL SAĞLIK STATÜSÜ BOYUTLARI	Ameliyat Öncesi		Ameliyat Sonrası		P
		x	SS	x	SS	
Evet	Fiziksel Fonksiyonellik	15.27	6.03	23.45	3.98	0.005
	Fiziksel Rol Sınırlamaları	0.72	1.61	1.81	1.83	0.112
	Ağrı	3.63	1.96	6.72	1.27	0.005
	Genel Sağlık Algılamaları	15.72	2.90	15.86	2.61	0.619
	Canlılık	12.54	3.14	16.27	3.334	0.013
	Sosyal Fonksiyonellik	4.81	2.31	7.00	1.48	0.028
	Duygusal Rol Sınırlamaları	1.00	1.09	1.90	1.22	0.047
	Mental Sağlık	16.36	5.29	21.63	3.80	0.008
Hayır	Fiziksel Fonksiyonellik	17.21	3.89	22.05	4.69	0.015
	Fiziksel Rol Sınırlamaları	0.63	1.05	1.26	1.55	0.174
	Ağrı	3.68	1.05	6.10	1.48	0.001
	Genel Sağlık Algılamaları	16.36	3.16	17.31	2.58	0.267
	Canlılık	11.73	2.86	14.89	2.60	0.001
	Sosyal Fonksiyonellik	5.78	2.01	6.31	1.97	0.214
	Duygusal Rol Sınırlamaları	1.00	1.24	1.78	1.47	0.034
	Mental Sağlık	15.63	3.81	20.26	4.90	0.003

Daha önce hastalıkları dışında ameliyat olmuş lomber disk hastalarının ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında ve ameliyat olmamış lomber disk hastalarının ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığı karşılaştırılmıştır. Daha önce herhangi bir nedenle ameliyat olmuş lomber disk hastalarının ameliyat öncesi fiziksel

fonksiyonellik , fiziksel rol sınırlamaları, ağrı, genel sağlık algılamaları, canlılık, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları ve mental sağlık boyutları ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutlarından daha kötü olduğu yapılan Wilcoxon ileri önemlilik testinde $p=0.05$ anlamlılık düzeyine göre fiziksel fonksiyonellik, ağrı, duygusal rol sınırlamaları, sosyal fonksiyonellik, canlılık ve mental sağlık boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, fiziksel rol sınırlamaları ve genel sağlık algılamaları boyutları arasında istatistiksel olarak $p= 0.05$ düzeyine göre anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Daha önce herhangi bir nedenle ameliyat olmamış lomber disk hastalarının ameliyat öncesi fiziksel fonksiyonellik , fiziksel rol sınırlamaları, ağrı, genel sağlık algılamaları, canlılık, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları ve mental sağlık boyutları ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutlarından daha kötü olduğu yapılan Wilcoxon ileri önemlilik testinde $p=0.05$ anlamlılık düzeyinde fiziksel fonksiyonellik, ağrı, canlılık, duygusal rol sınırlamaları ve mental sağlık boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu , fiziksel rol sınırlamaları, genel sağlık algılamaları ve sosyal fonksiyonellik boyutları arasında ise $p=0.05$ düzeyinde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (Tablo 18).

3.4. LOMBER DİSK HASTALARININ AMELİYAT ÖNCESİ VE AMELİYAT SONRASI SAĞLIKLARINI KONTROL ETTİRME DURUMLARI VE SAĞLIK DEĞİŞİMLERİNİN İNCELENMESİ

Tablo 19 : Lomber Disk Hastalarının Ameliyat Öncesi Ve Ameliyat Sonrası Sağlıklarını Kontrol Etme Durumlarının Demografik özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Demografik özellikleri	Ameliyat öncesi sağlıklarını kontrol etme durumu				Ameliyat sonrası sağlık kontrol etme durumu				Toplam	
	Çok ve çok fazla		Orta ve az		Çok ve çok fazla		Orta ve az		Önce	ve Sonra
Yaş	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
50 <	17	56,7	2	6,6	14	46,6	5	16,6	19	63.4
50 ≥	8	26,6	3	10	9	30.0	2	6.6	11	36.6
Cinsiyet										
Erkek	8	26.6	2	6.7	9	30.0	1	3.3	10	33.3
Kadın	17	56.7	3	10.0	14	46.6	6	20.0	20	66.7
Eğitim düzeyleri										
İlkokul ve altı	14	46.7	7	23.3	17	56.7	4	13.3	21	70.0
Ortaokul ve üstü	9	30.0	-	-	8	26.7	1	3.3	9	30.0
Gelir düzeylerine										
Gelir giderden az	19	63.3	6	20.0	21	70.0	4	13.3	25	83.3
Gelir gidere eş ve fazla	4	12.4	1	3.3	4	12.4	1	3.3	5	16.7
Toplam									30	100.0

Araştırma kapsamına alınan 30 hastanın sağlıklarını kontrol etme durumları incelendiğinde gruplara düşen frekansların birbirinden çok farklı dağılımlar göstermesi nedeniyle iki grupta toplanmıştır. Bu durumda birinci gruptaki dağılım lomber disk hastalarının sağlıklarını ilerdeki zamanlarda çok ve çok fazla kontrol altına alabileceklerini, ikinci gruptaki dağılım da ise hastalar sağlıklarını gelecekte orta ve az düzeyde kontrol altına alabileceklerini belirtmiş olacaktırlar. Lomber disk hastalarının yaş gruplarına göre ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası sağlıklarını kontrol altında tutma durumları karşılaştırıldığında ; 50< yaş grubundaki hastaların %56.7' nin (n=17) ameliyat öncesi sağlıklarını çok fazla kontrol altında tutabilecekleri saptanmış , ancak aynı yaş grubundaki hastaların % 46.6 'sı (n=14) ameliyat sonrası sağlıklarını çok fazla kontrol altında tutabileceklerini belirtmeleri negatif yönde bir fark oluşmuştur. 50 ≥ yaş grubundaki hastaların ise % 26.6' sı (n=8) ameliyat öncesi sağlıklarını çok fazla kontrol altında tutabileceklerini belirtmişler aynı yaş grubundaki hastaların oranı ameliyat

sonrasında %30 'a (n=9) çıkması sağlıklarını kontrol altına alma düşüncelerinde pozitif yönde bir fark olduğu saptanmıştır.

Lomber disk hastalarının sağlıklarını kontrol etme durumları cinsiyetlere göre incelendiğinde ; erkek hastaların %26.6' nın (n=8) ameliyat öncesi sağlıklarını çok fazla kontrol altında tutabileceklerini belirttikleri saptanmış , aynı yaş grubundaki hastaların oranları ameliyat sonrasında % 30.0 (n=9) olarak bulunmuş ve sağlıklarını çok fazla kontrol altında tutabileceklerini belirtmeleri ise pozitif yönde bir değişim olduğu saptanmıştır. Kadın hastaların % 56.7' si (n=14) ameliyat öncesi sağlıklarını çok fazla kontrol altında tutabileceklerini belirtmişler aynı yaş grubundaki kadın hastaların oranı ameliyat sonrasında %46.6 (n=9) olarak bulunmuş ve sağlıklarını kontrol altına alma durumlarında negatif yönde bir fark olduğu görülmüştür.

Lomber disk hastalarının sağlıklarını kontrol altında tutma durumları eğitim düzeylerine göre incelendiğinde ;ilkokul ve altı eğitim düzeyinde olan hastaların %46.7' nin (n=14) ameliyat öncesi sağlıklarını çok fazla kontrol altında tutabileceklerini belirtirlerken , aynı eğitim düzeyinde olan hastaların % 56.7' nin (n=17)ameliyat sonrasında sağlıklarını çok fazla kontrol altında tutabileceklerini belirtmişler ve pozitif yönde bir fark olduğu bulunmuştur. Ortaokul ve üstü eğitim grubunda olan hastaların ameliyat öncesi , % 30.0' nin (n=9) sağlıklarını çok fazla kontrol altında tutabileceklerini belirtmişler aynı yaş grubundaki hastaların ameliyat sonrasında , %26.7' nin sağlıklarını çok fazla kontrol altında tutabileceklerini ifade etmişler ve negatif yönde farklılık gösterdiği bulunmuştur.

Lomber disk hastalarının sağlıklarını kontrol etme durumları gelir durumlarına göre incelendiğinde ; gelirleri giderlerinden az olan hastaların %63.7' nin (n=19) ameliyat öncesi sağlıklarını çok fazla kontrol altında tutabileceklerini belirtirlerken , aynı yaş grubundaki hastaların oranları ameliyat sonrasında % 70.0 (n=21) olarak bulunmuş ve sağlıklarını çok fazla kontrol altında tutabileceklerini belirtirlerken pozitif yönde bir fark olduğu bulunmuştur. Gelirleri giderlerine eş olan hastaların % 12.4' nün (n=4) ameliyat öncesi sağlıklarını çok fazla kontrol altında tutabileceklerini belirtmişler aynı yaş grubundaki hastaların oranı ameliyat sonrasında da bir farklılık göstermediği bulunmuştur (Tablo 19).

Tablo -20 : Lomber Disk Hastalarının Ameliyat Öncesi Ve Ameliyat Sonrası Sağlık Değişimlerinin Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Demografik özellikleri	Ameliyat öncesi sağlık değişimleri ¹				Ameliyat sonrası sağlık değişimleri ²				Toplam	
	Hemen hemen aynı		Kötü		Çok iyi / iyi		Hemen Hemen aynı		Önce	ve Sonra
Yaş	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
50 <	6	20.0	13	43,3	19	63.3	-	-	19	63.3
50 ≥	2	6.7	9	30.0	9	30.0	2	6.7	11	36.7
Cinsiyet										
Erkek	2	6.7	8	26.7	5	16.7	5	16.6	10	33.3
Kadın	6	20.0	14	46.7	11	36.7	9	30.0	20	66.7
Eğitim düzeyleri										
İlkokul ve altı	7	23.4	14	46.6	19	63.3	2	6.7	21	70.0
Ortaokul ve üstü	1	3.3	8	26.7	9	30.0	-	-	9	30.0
Gelir düzeylerine										
Gelir giderden az	5	16.7	20	66.6	23	76.7	2	6.6	25	83.3
Gelir gidere eş ve fazla	3	10.0	2	6.6	5	16.7	-	-	5	16.7
Toplam									30	100.0

Araştırma kapsamına alınan 30 hastanın sağlık değişimleri incelendiğinde gruplara düşen frekansların birbirinden çok farklı dağılımlar göstermesi ve bazı gruplarda dağılım frekanslarının olmaması nedeniyle üç grupta toplanmıştır. Bu durumda birinci gruptaki dağılım lomber disk hastalarının sağlıklarının bir yıl öncesine göre çok ve çok iyi olduğunu, ikinci gruptaki dağılımda, hastalar sağlıklarının bir yıl öncesi ile hemen hemen aynı olduğunu, üçüncü gruptaki hastalar ise sağlıklarını bir yıl öncesine göre kötü ve çok kötü olduğunu belirtmiş olacaktırlar. Lomber disk hastalarının yaş gruplarına göre ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası sağlık durumları karşılaştırıldığında ; 50< yaş grubundaki hastaların %20.0' nin (n=6) ameliyat öncesi sağlıklarının bir yıl önceki sağlıklarıyla hemen hemen aynı olduğunu, %43.3' nün ise sağlıklarını bir yıl önceki sağlıklarıyla karşılaştırdıklarında çok kötü/ kötü olduğunu belirtirlerken , aynı yaş grubundaki hastaların % 63.3 'ü (n=19) ameliyat sonrası sağlıklarının bir yıl önceki sağlıklarına göre çok iyi/iyi olduğunu belirtmeleriyle pozitif yönde bir değişim olduğu saptanmıştır. 50 ≥ yaş grubundaki hastaların ise % 6.7' sı (n=2) ameliyat öncesi sağlıklarını bir yıl önceki durumlarıyla karşılaştırdıklarında sağlıklarında bir değişiklik olmadığını, % 30.0 'u (n=9) ise bir yıl önceki sağlıklarından kötü/çok kötü olduğunu belirtmişler , aynı yaş grubundaki hastaların ameliyat sonrasında %30 'u (n=9) sağlıklarının bir yıl önceki sağlıklarından çok iyi/iyi olduğunu belirtmeleriyle pozitif yönde bir değişim olduğu görülmüştür.

Lomber disk hastalarının sağlıklarındaki değişimi cinsiyetlere göre incelendiğinde ; erkek hastaların %26.7' nin (n=8) ameliyat öncesi sağlıklarını bir yıl önceki sağlıklarıyla karşılaştırdıklarında sağlıklarının kötü/çok kötü olduğunu ,% 6.7'si hemen hemen aynı olduğunu belirtmişler, aynı yaş grubundaki hastaların ameliyat sonrasında % 16.7 (n=5) sağlıklarının çok iyi olduğunu, %16.6 'sı da sağlıklarında herhangi bir değişim olmadığını belirtirlerken sağlık değişimlerinde pozitif yönde bir fark olduğu bulunmuştur. Kadın hastaların % 46.7' sı (n=14) ameliyat öncesi sağlıklarının bir yıl öncesiyle karşılaştırdıklarında çok kötü / kötü olduğunu belirtmişler aynı yaş grubundaki kadın hastalar ameliyat sonrasında % 36.7 (n=11) sağlıklarını karşılaştırdıklarında şimdiki sağlıklarını çok iyi / iyi olduğunu belirtmişler, %30.0 ' nun sağlıklarında bir fark olmadığı bulunmuş ve sağlık değişimlerinde iyi yönde bir fark olduğu görülmüştür.

Lomber disk hastalarının sağlık değişimleri eğitim durumlarına göre incelendiğinde ; hastaların %46.6' nin (n=14) ncesi sağlıklarının bir yıl öncesine göre çok kötü /kötü, %23.4 'nn (n=7) hemen hemen aynı olduğu saptanmış , aynı yaş grubundaki hastaların oranları ameliyat sonrasında sağlıklarını bir yıl önceki sağlıklarıyla karşılaştırdıklarında % 63.3' nn (n=19)sağlıklarını çok iyi/iyi olarak tanımlamışlar ve sağlıklarında ameliyat öncesinden ameliyat sonrasına doğru pozitif yönde bir fark olduğu bulunmuştur. Ortaokul ve üstü eğitim grubunda olan hastalar ameliyat öncesi sağlıklarını bir yıl önceki sağlık durumlarıyla karşılaştırdıklarında % 26.7' nin (n=8) sağlıklarının çok kötü / kötü olduğunu, % 3.3 ' (n=1) aynı olarak belirtmişler aynı yaş grubundaki hastalar ameliyat sonrasında sağlıklarını bir yıl önceki sağlıklarıyla karşılaştırdıklarında %30' u sağlıklarının çok iyi olduğunu ifade etmişler ve pozitif yönde farklılık göstermektedir.

Lomber disk hastalarının sağlık değişimleri gelir durumlarına göre incelendiğinde ; gelirleri giderlerinden az olan hastaların %66.6' nin (n=20) ameliyat öncesi sağlıklarının bir yıl öncesine göre çok kötü, %16.7 'si hemen hemen aynı olduğunu belirtirlerken , ameliyat sonrasında sağlıklarını bir yıl önceki sağlıklarıyla karşılaştırdıklarında % 76.7' nin (n=23)sağlıklarını çok iyi/iyi olarak tanımlamışlar ve sağlıklarında ameliyat öncesinden ameliyat sonrasına doğru pozitif yönde bir fark olduğu bulunmuştur. Gelirleri giderlerine eş olan hastalar ameliyat öncesi sağlıklarını bir yıl önceki sağlık durumlarıyla karşılaştırdıklarında % 10.0' nu (n=3) sağlıklarının hemen hemen aynı olduğunu, % 6.6 'sı (n=2) kötü olarak , ameliyat sonrasında %16.7' si çok iyi olduğunu ifade etmişler ve pozitif yönde farklılık göstermektedir (Tablo 20).



BÖLÜM IV

4. TARTIŞMA VE SONUÇ

4.1. TARTIŞMA

4.1.1. Lomber Disk Hastalarının Demografik Özelliklerinin İncelenmesi

Araştırma kapsamına alınan toplam otuz hastanın Tablo 3'e göre %63.3' ü (n=19) 50 yaşından küçük olduğu, %36.7' si (n=11) 50 yaşında ve 50 yaşından büyük olduğu saptanmıştır.

Hastaların % 66.7' si (n=20) kadın hasta olup, % 33.7'si (n=10) ise erkek hastadır.

Bu hastaların kilo ve boy durumlarına göre % 26.6'sı (n=8) normal kiloda, %45.7'si (n=14) toplu, %24.2' si (n=7) şişman, %33.3' ü (n=1) sağlık açısından önem taşıyan kiloya sahiptirler.

Hastaların %70.0'i (n=21) ilkokul ve altı eğitimin düzeyine, %30.0' u (n=9) ortaokul ve üstü eğitim düzeyindedirler.

Hastaların %10.0'u (n=3) bekar , % 90.0' ı (n=27) evlidirler ve % 53.3' ü (n=16) ev hanımı, %26.7'si (n=8) işçi/ geçici işçi, %16.7'si (n=5) memur olarak çalışmaktadırlar.

Hastaların % 50'si (n=15) şehir merkezinde, %43.3' ü (n=13) ilçede geri kalanı köy ve kasabada yaşamaktadırlar ve %20' si (n=6) gelirlerinin giderden az olduğu, %80.0' nin (n=24) gelirleri giderlerine eş ekonomik statüsüne sahiptirler.

Hastaların %40' ı (n=12) hastalıklarını bir yıl ve bir yıldan daha az süredir bildiklerini, %60.0'ı (n=18) bir yıldan daha fazla süredir bilmektedirler. Bu hastaların %43.3'ü (n=13) hastalıkları nedeniyle hekime üç ve üç kezden az başvurdukları, %56.7' si (n=17) ise üç kezden daha fazla başvurmuşlardır.

Hastalar hastalıkları nedeniyle %46.7'si (n=14) tedavi görürken ,%53.3'ü (n=16) herhangi bir tedavi görmemişlerdir. % 36.3' ü (n=11) geçmişlerinde ameliyat

geçirdiklerini, %63.7'si (n=19) geçmişlerinde herhangi bir ameliyat öyküleri bulunmamaktadır.

4.1.2. Lomber Disk Hastalarının Ameliyat Öncesi Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Demografik Özelliklerine Göre İncelenmesi

Tablo - 4 ve Tablo-5 de lomber disk hastalarının yaş ve cinsiyet gruplarına göre cerrahi öncesi genel sağlık statüsü boyutları arasında anlamlı bir fark olup olmadığı araştırılmış , farklı yaş ve cinsiyet gruplarında olan hastaların genel sağlık statüsü boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Dracup ve arkadaşlarının ileri kalp yetmezlikli hastaların yaşam kaliteleri çalışmasında da cinsiyete göre hastalar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Şahin'in koroner arter cerrahisi olan hastalarının genel sağlık statüsü boyutlarını incelediği çalışmasında da farklı yaş ve cinsiyet gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır (16,43).

Lomber disk hastalarının eğitim gruplarına,hekime başvurma sayılarına, hastalık sürelerine göre genel sağlık statüsü boyutları arasında anlamlı bir fark ($p>0.05$) bulunamamıştır (Tablo-6, Tablo-7,Tablo8). Durademir 'in kronik kalp yetmezlikli (KKY) hastaların yaşam kaliteleri üzerine yaptığı çalışmasında yine Greeg ve arkadaşlarının servikal diskektomi hastalarının ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel sağlık statülerini değerlendirdikleri çalışmada da anlamlı fark bulunamamıştır (16, 30).

Tablo-9ve Tablo - 10 göre lomber disk hastalarının daha önce tedavi görüp görmeme ve ameliyat olup olmama durumlarına göre genel sağlık statüsü boyutları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($P>0.05$). Şahin'in korener arter hastalığı bulunan hastaların genel sağlık statülerini incelediği çalışmasında da anlamlı bir fark bulunamamıştır (43).

4.1.3. Lomber Disk Hastalarının Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Ameliyat Öncesi Ve Sonrası İle Karşılaştırılması

Tablo -11'e göre lomber disk hastalarının ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutları karşılaştırıldığında fiziksel fonksiyonellik (16.50 ± 4.78 , 22.57 ± 4.43), fiziksel rol sınırlamaları (0.67 ± 1.27 , 1.47 ± 1.66), ağrı (3.67 ± 1.42 , 6.33 ± 1.42), canlılık (12.03 ± 2.94 , 15.40 ± 2.92), sosyal fonksiyonellik (5.43 ± 2.14 , 6.57 ± 1.81), duygusal rol sınırlamaları (1.00 ± 1.17 , 1.83 ± 1.37) ve mental sağlık (15.90 ± 4.34 , 20.77 ± 4.52)

boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken ($p < 0.05$), genel sağlık algılamaları (15.90 ± 4.34 , 20.77 ± 4.52) boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0.05$). Şahin'in çalışmasında tüm boyutlar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (43). Bu çalışmada genel sağlık algılaması boyutunun anlamsız çıkma nedeni çalışma grubuna katılan hastaların eğitim seviyeleri ilkokul ve altında olanlar ve gelirlerini sağladıkları iş grubu da ev hanımı ve işçi / geçici işçi statüsündedir. Bu sosyal durumları nedeniyle bir ameliyat geçirmiş olmak kişiler tarafından iş gücünde kayba yol açacağı düşüncesi nedeniyle genel sağlık algılamalarını negatif yönde etkilediği düşünülmektedir.

Tablo- 12' ye göre $50 < \text{yaş}$ ve $50 \geq \text{yaş}$ grubunda olan lomber disk hastalarının ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel sağlık statüleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığı araştırıldı. $50 < \text{yaş}$ grubunda olan hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası aldıkları genel sağlık statüsü boyutlarına ilişkin son puanlama değerleri fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, ağrı, genel sağlık algılamaları, canlılık, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları, mental sağlık sıralamasına göre 11.89-23.08, 0.42-1.21, 3.21-6.42, 15.31-15.89, 11.94-16.57, 4.78-6.8, 1.52-1.89, 15.63-20.42 olması genel sağlık algılaması dışında pozitif yönde bir değişimin olduğunu göstermektedir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda da genel sağlık algılamaları dışında diğer boyutlar arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). $50 \geq \text{yaş}$ grubunda olan lomber disk hastalarının ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutlarına ilişkin son puanlama değerleri aynı sıraya göre 15.36-20.08, 1.09-1.18, 4.18-6.18, 15.72-14.36, 12.18-13.36, 5.09-10.9, 0.72-1.45, 11.90- 21.36 bulunmuş, bu son değerlendirme puanları pozitif yönde bir değişimi göstermektedir. İstatistiksel olarak fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, genel sağlık algılamaları, canlılık, sosyal fonksiyonellik ve duygusal rol sınırlamaları arasında anlamlı fark bulunamazken ($p > 0.05$), fiziksel fonksiyonellik ve mental sağlık boyutları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). istatistiksel olarak tüm boyutlarda anlamlılık çıkmamasının nedeni olarak örneklem sayısının düşük olmasına bağlayabiliriz.

Tablo -13'de lomber disk hastalarının erkek ve kadınların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutları incelenmiştir. Erkek hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutlarına ilişkin son puanlama değerleri fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, ağrı, genel sağlık algılamaları, canlılık,

sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları, mental sağlık sıralamasına göre 16.6-19.37, 0.4-1.0, 3.6-6.4, 15.7-15.5, 12.4-14.6, 4.7-6.4, 0.8-1.4, 16.6-19.9 olarak bulunması pozitif yönde bir değişim olduğunu göstermektedir. İstatistiksel olarak ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutlarından fiziksel fonksiyonellik, ağrı, canlılık ve mental sağlık boyutları arasında anlamlı fark bulunurken ($p<0.05$), fiziksel rol sınırlamaları, genel sağlık algılamaları, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Kadın hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutlarına ilişkin son puanlama değerleri fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, ağrı, genel sağlık algılamaları, canlılık, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları, mental sağlık sıralamasına göre 18.08-23.25, 0.6-1.7, 3.55-6.3, 15.5-15.25, 11.85-14.95, 4.6-6.3, 0.9-2.05, 15.05-21.2 olan değerleri sekiz sağlık boyutu içinde pozitif değişimi göstermektedir. Kadın hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında genel sağlık algılaması boyutu dışında diğer boyutlar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Genel sağlık algılamasında anlamlı fark bulunamamasının nedeni olarak literatürlerde kadınların sağlıklarını duygusal olarak değerlendirirken erkek hastalar sağlıklarını fiziksel aktivitelerle ölçtükleri yer almaktadır. Ameliyat bir travma olarak kabul edildiğinde kadın hastalar genel sağlık algılamalarında operasyonu bir şanssızlık olarak ve ameliyatlı olma duygusuna bağlı olmasının yanında denek sayısının az olması nedeniyle de anlamlı bir fark bulunamadığı düşünülmektedir.

Tablo -14'e göre İlkokul ve altı eğitim grubunda olan lomber disk hastalarının ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutları incelendiğinde ; ameliyat öncesi ve ameliyat sonrasına genel sağlık statüsü boyutlarına ilişkin son puanlama değerleri fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, ağrı, genel sağlık algılamaları, canlılık, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları, mental sağlık sıralamasına göre 12.61-16.09, 0.85-1.61, 3.71-6.19, 17.33-15.33, 12.0-15.47, 5.14-6.09, 0.95-1.85, 15.14 -20.71 olarak bulunan puanlar sonucu pozitif yönde değişim olduğu görülmektedir. İstatistiksel olarak fiziksel rol sınırlamaları ve genel sağlık algılamaları boyutu dışında fiziksel fonksiyonellik, ağrı, canlılık, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları, mental sağlık boyutları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Ortaokul ve üstü eğitim grubunda olan hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrasında genel sağlık statüsü boyutlarına ilişkin aldıkları son puanlama değerleri fiziksel fonksiyonellik, fiziksel

rol sınırlamaları, ağrı, genel sağlık algılamaları, canlılık, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları, mental sağlık sıralamasına göre 11.55-22.09, 0.2-1.11, 3.88-6.16, 15.11-15.33, 11.11-16.33, 5.44-6.65, 1.11-1.7, 17.88-16.42 olarak bulunmuştur. İstatistiksel olarak fiziksel fonksiyonellik, canlılık düzeyinde, ağrı ve mental sağlık boyutları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Fiziksel rol sınırlamaları, genel sağlık algılamaları, sosyal fonksiyonellik ve duygusal rol sınırlamaları boyutları arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p > 0.05$). Uzanti' nin erişkin kadın ve erkek bireylerin algılanan sağlıklarının ölçülmesi çalışmasında da eğitim düzeyleri ile algılanan sağlık arasında anlamlı fark bulunamamıştır (49).

Tablo-15'e göre hastalık süresi $1 \leq$ yıl grubunda olan lomber disk hastalarının ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutları incelendiğinde; hastalık süreleri $1 \leq$ yıl olan hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutlarına ilişkin son puanlama değerleri fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, ağrı, genel sağlık algılamaları, canlılık, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları, mental sağlık sıralamasına göre, 16.14-20.17, 0.4-1.09, 3.65-6.3, 14.23-15.6, 10.4-13.4, 6.0-6.7, 0.9-1.8, 15.6-18.4 olarak bulunan puanlar sonucunda pozitif yönde değişim olduğu görülmektedir. İstatistiksel olarak hastalık süreleri $1 \leq$ yıl olan hastaların ameliyat öncesi, ve ameliyat sonrası fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, ağrı düzeyleri, canlılık, mental sağlık boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken, fiziksel rol sınırlamaları, sosyal fonksiyonellik, genel sağlık algılamaları arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Hastalık süreleri $1 >$ yıl olan hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel sağlık statüleri incelendiğinde; genel sağlık statüsü boyutlarından aldıkları son puanlama değerleri fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, ağrı, genel sağlık algılamaları, canlılık, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları, mental sağlık sıralamasına göre, 15.38-20.9, 1.9-2.4, 3.6-5.83, 14.8-19.0, 14.5-18.5, 5.05-6.33, 0.94-1.38, 14.38-21.38 olarak saptanması pozitif yönde bir değişimi göstermektedir. Yapılan istatistiksel analiz sonucuna göre de fiziksel fonksiyonellik, canlılık, ağrı, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları ve mental sağlık boyutları arasında anlamlı bir fark bulunurken ($p < 0.05$), fiziksel rol sınırlamaları ve genel sağlık algılaması boyutları arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p > 0.05$). Durademir' in yaptığı çalışmada hastalık sürelerine göre 6-12 ay, 13-24 ay ve 25 aydan daha uzun bir süreden beri KKY' li hastaların puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunamamışken, Şahin' in yaptığı

çalışmada ise tüm genel sağlık boyutları arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur (16,43).

Tablo-16 'a göre lomber disk hastalarının hekime başvurma sayıları ile ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının incelenmesinde, hekime üç ve üçden az başvuran hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutlarına ilişkin son puanlama değerleri fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, ağrı, genel sağlık algılamaları, canlılık, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları, mental sağlık sıralamasına göre 15.64-20.45, 0.78-1.34, 2.23-6.8, 16.9-15.67, 10.21-14.87, 5.7-7.86, 1.02-2.14, 13.67-18.95 olarak bulunmuş olması ise pozitif yönde değişimi göstermektedir. İstatistiksel olarak genel sağlık algılamaları boyutu dışında ($p>0.05$) diğer boyutlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Hekime üç kez' den fazla başvuran hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutlarına ilişkin son puanlama değerleri 16.83-19.49, 0.84-1.2, 3.68-6.4, 13.45-15.34, 10.48-13.57, 5.7-5.23, 1.091.46, 14.56-19.21 olarak bulunmuş olması pozitif yönde bir değişim olduğu görülmektedir. İstatistiksel olarak fiziksel fonksiyonellik, canlılık, ağrı ve mental sağlık boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken ($p<0.05$), fiziksel rol sınırlamaları, genel sağlık algılamaları, sosyal fonksiyonellik ve duygusal rol sınırlamaları boyutları arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p> 0.05$).

Tablo 17' e göre lomber disk hastalarının hastalıkları nedeniyle başka tedavi görme durumlarına göre ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel sağlık statüleri incelendiğinde, genel sağlık statülerine ilişkin son puanlama değerleri fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, ağrı, genel sağlık algılamaları, canlılık, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları, mental sağlık sıralamasına göre 14.14-17.5, 0.71-1,4, 3.85-21.2, 16.0-15.0, 11.57-15.1, 4.28-14.0, 1.14-1.42, 3.85-21.3 olduğu genel sağlık algılaması boyutu dışında diğer boyutlar arasında pozitif yönde bir değişim olduğu yapılan istatistiksel analiz sonucunda da fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, ağrı, canlılık ve mental sağlık boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken ($p<0.05$), sosyal fonksiyonellik, genel sağlık algılamaları ve duygusal rol sınırlamaları arasında da anlamlı fark bulunamamıştır ($p<0.05$). Hastalığı nedeniyle tedavi görmeyen lomber disk hastalarının ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutlarına ilişkin son puanlama ortalamaları, 13.68-19.06, 0.68-1.25, 3.37-5.87,, 14.0-13.68, 11.12-13.06, 5.0-5.31, 0.81-1.31, 16.0-18.81 olarak bulunması pozitif yönde değişimi göstermektedir.

Yapılan istatistiksel analiz sonucuna göre de fiziksel fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları, ağrı, sosyal fonksiyonellik , duygusal rol sınırlamaları, canlılık ve mental sağlık boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Fiziksel rol sınırlamaları ve genel sağlık algılamaları boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 18'e göre lomber disk hastalarının daha önce ameliyat olup olmama durumlarına göre ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutları incelendiğinde, daha önce ameliyat olma öyküsü olan lomber disk hastalarının ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutlarına ilişkin aldığı son puanlama değerleri fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, ağrı, genel sağlık algılamaları, canlılık, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları, mental sağlık sıralamasına göre 14.12-22.4, 0.72-1.8, 3.87-5.67, 14.7-15.23, 12.4-16.2, 3.7-5.34, 0.9-1.9, 15.45-20.24 saptanması pozitif yönde bir değişimi göstermektedir. İstatistiksel olarak fiziksel fonksiyonellik, ağrı, duygusal rol sınırlamaları, sosyal fonksiyonellik, canlılık ve mental sağlık boyutları arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Fiziksel rol sınırlamaları ve genel sağlık algılamaları boyutları arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$). Ameliyat olma öyküsü bulunmayan hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası aldıkları genel sağlık statüsü boyutlarına ilişkin son puanlama değerleri fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, ağrı, genel sağlık algılamaları, canlılık, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları, mental sağlık sıralamasına göre 17.21-21.43, 0.5-0.98, 2.67-4.89, 15.67-15.56, 11.3-12.45, 5.78-6.3, 1.0-1.78, 15.34-20.03 olarak saptanmıştır ve pozitif yönde değişimin olduğu saptanmıştır. İstatistiksel olarak fiziksel fonksiyonellik, ağrı, canlılık, duygusal rol sınırlamaları ve mental sağlık boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p < 0.05$), fiziksel rol sınırlamaları genel sağlık algılamaları ve sosyal fonksiyonellik boyutları arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).

İstatistiksel test analiz sonucuna göre fiziksel fonksiyonellik, ağrı, duygusal rol sınırlamaları, canlılık , ve mental sağlık boyutlarının ameliyat sonrasında genel olarak anlamlı iyileşme gösterdikleri saptanmıştır. Ancak fiziksel rol sınırlamaları, genel sağlık algılaması ve sosyal fonksiyonellik boyutları arasında ameliyat sonrası anlamlı iyileşme bulunamamıştır. Greeg ve arkadaşları toplam 28 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada da istatistiksel olarak fiziksel fonksiyonellik, ağrı, duygusal rol sınırlamaları, canlılık, mental

sağlık boyutu olmak üzere beş boyutta iyileşme saptamışlar ve bu durumu örneklem sayısının (n=28) az olmasına bağlamışlardır (30).

4.1.4. Lomber Disk Hastalarının Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Sağlıklarını Kontrol Altında Tutma Durumları

Tablo- 19' a göre Lomber disk hastalarının yaş gruplarına göre ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası sağlıklarını kontrol altında tutma durumları karşılaştırıldığında ; 50< yaş grubundaki hastaların %56.7' nin (n=17) ameliyat öncesi sağlıklarını çok fazla kontrol altında tutabilecekleri saptanmış , ancak aynı yaş grubundaki hastaların % 46.6 'sı (n=14) ameliyat sonrası sağlıklarını çok fazla kontrol altında tutabileceklerini belirtmeleri negatif yönde bir fark oluşturmuştur. 50 ≥ yaş grubundaki hastaların ise % 26.6' sı (n=8) ameliyat öncesi sağlıklarını çok fazla kontrol altında tutabileceklerini belirtmişler aynı yaş grubundaki hastaların oranı ameliyat sonrasında %30 'a (n=9) çıkması sağlıklarını kontrol altına alma düşüncelerinde pozitif yönde bir fark oluştuğu saptanmıştır. Lomber disk hastalarının sağlıklarını kontrol etme durumları cinsiyetlere göre incelendiğinde ; erkek hastaların %26.6' nın (n=8) ameliyat öncesi sağlıklarını çok fazla kontrol altında tutabileceklerini belirtirlerken , aynı yaş grubundaki hastaların oranları ameliyat sonrasında % 30.0 (n=9) olarak bulunmuş ve sağlıklarını çok fazla kontrol altında tutabileceklerini belirtmeleri ise pozitif yönde bir değişim olduğu saptanmıştır. Kadın hastaların % 56.7' sı (n=14) ameliyat öncesi sağlıklarını çok fazla kontrol altında tutabileceklerini belirtmişler aynı yaş grubundaki kadın hastaların oranı ameliyat sonrasında %46.6 (n=9) olarak bulunmuş ve sağlıklarını kontrol altına alma durumlarında negatif yönde bir fark oluştuğu saptanmıştır. Literatürler de kadınların erkeklere oranla sağlıklarını daha kötü buldukları belirtilmektedir (10, 50).

Lomber disk hastalarının sağlıklarını kontrol altında tutma durumları eğitim düzeylerine göre incelendiğinde ;ilkokul ve altı eğitim düzeyinde olan hastaların %46.7' nin (n=14) ameliyat öncesi sağlıklarını çok fazla kontrol altında tutabileceklerini belirtirlerken , bu oran ameliyat sonrasında % 56.7 (n=17) olarak bulunmuş ve pozitif yönde bir fark olduğu saptanmıştır. Ortaokul ve üstü eğitim grubunda olan hastaların ameliyat öncesi , % 30.0 (n=9) sağlıklarını çok fazla kontrol altında tutabileceklerini belirtmişler aynı yaş grubundaki hastaların ameliyat sonrasında bu oran %26.7' olarak bulunmuş ve negatif yönde farklılık gösterdiği saptanmıştır.

Lomber disk hastalarının sağlıklarını kontrol etme durumları gelir durumlarına göre incelendiğinde ; gelirleri giderlerinden az olan hastaların %63.7' nin (n=19) ameliyat öncesi sağlıklarını çok fazla kontrol altında tutabileceklerini belirtirlerken , aynı yaş grubundaki hastaların oranları ameliyat sonrasında % 70.0 (n=21) olarak bulunmuş ve sağlıklarını çok fazla kontrol altında tutabileceklerini belirtirlerken pozitif yönde bir fark olduğu bulunmuştur. Gelirleri giderlerine eş olan hastaların % 12.4' nün (n=4) ameliyat öncesi sağlıklarını çok fazla kontrol altında tutabileceklerini belirtmişler aynı yaş grubundaki hastaların oranı ameliyat sonrasında da bir farklılık göstermediği bulunmuştur .

4.1.5. Lomber Disk Hastalarının Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Sağlık Değişimlerinin İncelenmesi

Tablo 20' e göre Lomber disk hastalarının yaş gruplarına göre ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası sağlık durumları karşılaştırıldığında ; 50< yaş grubundaki hastaların %20.0' nin (n=6) ameliyat öncesi sağlıklarının bir yıl önceki sağlıklarıyla hemen hemen aynı olduğunu, %43.3' nün ise sağlıklarını bir yıl önceki sağlıklarıyla karşılaştırdıklarında çok kötü/ kötü olduğunu belirtmişlerdir. Aynı yaş grubundaki hastaların % 63.3 'ü (n=19) ameliyat sonrasında ise sağlıklarının bir yıl önceki sağlıklarına göre çok iyi/iyi olduğunu belirtmeleriyle pozitif yönde bir değişim olduğu saptanmıştır. 50 ≥ yaş grubundaki hastaların ise % 6.7' si (n=2) ameliyat öncesi sağlıklarını bir yıl önceki durumlarıyla karşılaştırdıklarında sağlıklarında bir değişiklik olmadığını, % 30.0 'u (n=9) ise bir yıl önceki sağlıklarından kötü / çok kötü olduğunu belirtmişlerdir. Aynı yaş grubundaki hastaların ameliyat sonrasında %30 'u (n=9) sağlıklarının bir yıl önceki sağlıklarından çok iyi/iyi olduğunu belirtmeleriyle pozitif yönde bir değişim olduğu saptanmıştır.

Lomber disk hastalarının sağlıklarındaki değişimi cinsiyetlere göre incelendiğinde ; erkek hastaların %26.7' nin (n=8) ameliyat öncesi sağlıklarını bir yıl önceki sağlıklarıyla karşılaştırdıklarında sağlıklarının kötü/çok kötü olduğunu ,% 6.7'si hemen hemen aynı olduğunu belirtmişlerdir. Aynı yaş grubundaki hastaların ameliyat sonrasında % 16.7 (n=5) sağlıklarının çok iyi olduğunu, %16.6 'sı da sağlıklarında herhangi bir değişim olmadığını belirtirlerken sağlık değişim pozitif yönde bir fark olduğu bulunmuştur. Kadın hastaların % 46.7' si (n=14) ameliyat öncesi sağlıklarının bir yıl öncesiyle karşılaştırdıklarında çok kötü / kötü olduğunu belirtmişler aynı yaş grubundaki kadın hastalar ameliyat sonrasında % 36.7 (n=11) sağlıklarını karşılaştırdıklarında şimdiki

sağlıklarını çok iyi / iyi olduğunu belirtmişler, %30.0 ' nun sağlıklarında bir fark olmadığı bulunmuş ve sağlık değişim oranları arasında iyi yönde bir fark olduğu saptanmıştır.

Lomber disk hastalarının sağlık değişimleri eğitim durumlarına göre incelendiğinde ; hastaların %46.6' nın (n=14) öncesi sağlıklarının bir yıl öncesine göre çok kötü /kötü, %23.4 'nün (n=7) hemen hemen aynı olduğu saptanmış , aynı yaş grubundaki hastaların oranları ameliyat sonrasında sağlıklarını bir yıl önceki sağlıklarıyla karşılaştırdıklarında % 63.3' nün (n=19) sağlıklarını çok iyi/iyi olarak tanımlamışlar ve sağlıklarında ameliyat öncesinden ameliyat sonrasına doğru pozitif yönde bir fark olduğu bulunmuştur. Ortaokul ve üstü eğitim grubunda olan hastalar ameliyat öncesi sağlıklarını bir yıl önceki sağlık durumlarıyla karşılaştırdıklarında % 26.7' nin (n=8) sağlıklarının çok kötü / kötü olduğunu, % 3.3 'ü (n=1) aynı olarak belirtmişler aynı yaş grubundaki hastalar ameliyat sonrasında sağlıklarını bir yıl önceki sağlıklarıyla karşılaştırdıklarında %30' u sağlıklarının çok iyi olduğunu ifade etmişler ve pozitif yönde farklılık gösterdiği saptanmıştır.

Lomber disk hastalarının sağlık değişimleri gelir durumlarına göre incelendiğinde ; gelirleri giderlerinden az olan hastaların %66.6' nin (n=20) ameliyat öncesi sağlıklarının bir yıl öncesine göre çok kötü, %16.7 'si hemen hemen aynı olduğunu belirtirlerken , aynı yaş grubundaki hastaların oranları ameliyat sonrasında sağlıklarını bir yıl önceki sağlıklarıyla karşılaştırdıklarında % 76.7' nin (n=23) sağlıklarını çok iyi/iyi olarak tanımlamışlar ve sağlıklarında ameliyat öncesinden ameliyat sonrasına doğru pozitif yönde bir fark olduğu görülmüştür. Gelirleri giderlerine eş olan hastalar ameliyat öncesi sağlıklarını bir yıl önceki sağlık durumlarıyla karşılaştırdıklarında % 10.0' nu (n=3) sağlıklarının hemen hemen aynı olduğunu, % 6.6 'sı (n=2) kötü olarak belirtmişler aynı yaş grubundaki hastalar ameliyat sonrasında sağlıklarını bir yıl önceki sağlıklarıyla karşılaştırdıklarında %16.7' si sağlıklarının çok iyi olduğunu ifade etmişler ve pozitif yönde farklılık gösterdiği bulunmuştur.



4.2. SONUÇLAR

Lomber diskektomi hastalarının kendi algılamalarına dayalı olarak ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında genel olarak ve demografik ve klinik özelliklerinin genel sağlık statüsü boyutlarını etkileyip etkilemediği ile ilgili sonuçlar sunulmuştur.

Lomber disk hastalarının genel sağlık statüsü boyutlarının demografik ve klinik özelliklerine göre değişip değişmediği incelendiğinde, farklı yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, hekime başvurma sayılarına göre hastaların genel sağlık statüsü boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) ve bu bağımsız değişkenlerin genel sağlık statüsü boyutları üzerinde etkisi olmadığı saptanmıştır. Bunun üzerine ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında genel olarak ve bu bağımsız değişkenlerine göre fark yoktur ve bağımsız değişkenler genel sağlık statüsü boyutlarını etkilememektedir hipotezi kabul edilmiştir. Hastaların hastalıklarını bilme sürelerine göre ise genel sağlık statüsü boyutları arasında ve boyutları üzerine etkisi olup olmadığı incelendiğinde yapılan istatistiksel test analiz sonucuna göre genel sağlık statüsü boyutlarından fiziksel fonksiyonellik ve mental sağlık boyutları arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların, hastalık süreleri uzadıkça fiziksel fonksiyonellik ve mental sağlık boyutları da etkilenmektedir. Bunun üzerine ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel sağlık statüsünün fiziksel fonksiyonellik ve mental sağlık boyutları arasında ve hastalık süresi bağımsız değişkenine göre fark vardır ve hastalık süresi bağımsız değişkenin genel sağlık statüsü boyutlarından fiziksel fonksiyonellik ve mental sağlık boyutlarını etkilemektedir hipotezi kabul edilmiş diğer boyutlar için red edilmiştir. Lomber disk hastalarının daha önce hastalıkları nedeniyle tedavi görüp görmemelerinin ve amaliyat olup olmamalarının hastaların genel sağlık statüsü boyutları arasında yapılan istatistiksel test analizine göre anlamlı fark bulunmamıştır ve bu bağımsız değişkenlerin genel sağlık statüsü boyutları üzerine etkisi olmadığı saptanmıştır. Bunun üzerine ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında genel olarak ve bu bağımsız değişkenlerine göre fark yoktur ve ameliyat olup olmama bağımsız değişkenleri genel sağlık statüsü boyutlarını etkilememektedir hipotezi kabul edilmiştir.

Lomber disk hastalarının ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığı incelendiğinde , hastaların

ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutları ameliyat öncesine göre daha iyi olduğu yapılan istatistiksel test analiz sonucuna göre genel sağlık statüsü boyutlarından genel sağlık algılaması boyutu dışında fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, ağrı, canlılık, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları ve mental sağlık boyutları arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Bunun üzerine H_1 hipotezi fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, ağrı, canlılık, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları ve mental sağlık boyutları arasında anlamlı fark bulunması nedeniyle kabul edilmiştir , genel sağlık boyutu için red edilmiştir.

Farklı demografik ve klinik özelliğe sahip hastalar arasında ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında anlamlı farkın olup olmadığı incelenmiştir. Farklı yaş gruplarına göre $50 <$ yaş grubunda olan hastaların ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutlarından fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, ağrı, canlılık, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları ve mental sağlık boyutlarının ameliyat sonrası durumlarına göre daha iyi olduğu ve istatistiksel test analiz sonucuna göre de anlamlı fark olduğu ($p < 0.05$) bulunmuş ancak genel sağlık algılaması boyutları arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$). $50 \geq$ yaş grubunda olan hastaların genel sağlık algılamaları boyutu dışında diğer genel sağlık statüsü boyutları ameliyat sonrası daha iyi olduğu ancak yapılan istatistiksel test analiz sonucuna göre fiziksel fonksiyonellik, ağrı, mental sağlık boyutlarının ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$).

Farklı cinsiyet grubunda olan hastaların ameliyat öncesi ile ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında anlamlı fark olup olmadığı karşılaştırılmıştır. Erkek ve kadın hastaların ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutları ameliyat öncesinden daha iyi olduğu bulunmuştur. Erkek hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası fiziksel fonksiyonellik, ağrı, canlılık ve mental sağlık boyutları arasında istatistiksel test analiz sonucuna göre anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Kadın hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, ağrı, canlılık, sosyal fonksiyonellik, mental sağlık boyutları arasında istatistiksel test analiz sonucuna göre anlamlı fark olduğu bulunmuş ($p < 0.05$) ancak genel sağlık algılamaları arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$).

Farklı eğitim grubunda olan hastaların ameliyat öncesi ile ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında anlamlı fark olup olmadığı karşılaştırılmıştır. İlkokul ve altı eğitim grubunda olan hastaların ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının ameliyat öncesinden daha iyi olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel test analiz sonucuna göre fiziksel fonksiyonellik, ağrı, canlılık, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları, mental sağlık boyutları arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuş ($p<0.05$), genel sağlık algılamaları ve fiziksel rol sınırlamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Ortaokul ve üstü eğitim grubunda olan hastaların ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının ameliyat öncesinden daha iyi olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel test analiz sonucuna göre fiziksel fonksiyonellik ve mental sağlık boyutları arasında anlamlı fark bulunurken ($p<0.05$), fiziksel rol sınırlamaları, ağrı, genel sağlık algılamaları, canlılık, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Farklı hastalık sürelerine sahip olan hastaların ameliyat öncesi ile ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında anlamlı fark olup olmadığı karşılaştırılmıştır. Hastalık süresi $1 \leq$ yıl grubunda olan hastaların ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının ameliyat öncesinden daha iyi olduğu bulunmuştur. Yapılan istatistiksel test analiz sonucuna göre fiziksel fonksiyonellik, ağrı, canlılık, duygusal rol sınırlamaları, mental sağlık boyutları arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), fiziksel rol sınırlamaları, genel sağlık algılamaları, sosyal fonksiyonellik boyutları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Hastalık süresi $1 >$ yıl olan hastalarında ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutları ameliyat öncesinden daha iyi olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel test analiz sonucuna göre fiziksel fonksiyonellik, ağrı, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları ve mental sağlık boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0.05$), fiziksel rol sınırlamaları genel sağlık algılamaları, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Hekime başvurma sayıları farklı olan hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel sağlık statüleri incelendiğinde her iki grubunda ($3 \leq$ ve $3 >$ başvuranlar) ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutları ameliyat öncesinden daha iyi olduğu bulunmuştur. İstatistiksel test analiz sonucuna göre $3 \leq$ başvuran hastaların genel sağlık algılaması

boyutu dışında diğer boyutlar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). 3> başvuran hastaların ise fiziksel fonksiyonellik, ağrı canlılık ve mental sağlık boyutları arasında anlamlı bir fark olduğu ,fiziksel rol sınırlamaları, genel sağlık algılamaları, sosyal fonksiyonellik ve duygusal rol sınırlamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Hastalıkları nedeniyle tedavi görüp görmeme durumlarına göre hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutları incelendiğinde, tedavi gören ve tedavi gömeyen her iki hasta grubunun ameliyat sonrası genel sağlık statülerinin daha iyi olduğu bulunmuştur. İstatistiksel test analiz sonucuna göre tedavi gören hastaların fiziksel fonksiyonelik, ağrı, canlılık ve mental sağlık boyutları arasında anlamlı bir fark olduğu, fiziksel rol sınırlamaları, sosyal fonksiyonellik, genel sağlık algılamaları, duygusal rol sınırlamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Tedavi görmemiş olan hastaların ise fiziksel rol sınırlamaları ve genel sağlık algılaması boyutları dışında diğer boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların daha önce ameliyat olup olmama durumlarına göre ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutları karşılaştırıldığında ameliyat geçirmiş ve ameliyat hiç geçirmemiş her iki hasta grubunda ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutları ameliyat öncesi daha iyi olduğu saptanmıştır. Ameliyat geçirmiş hasta grubunun fiziksel rol sınırlamaları, genel sağlık algılamaları boyutları arasında istatistiksel test analiz sonucuna göre anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Ameliyat geçirmemiş hasta grubunun ise yapılan istatistiksel test analiz sonucuna göre fiziksel rol sınırlamaları, genel sağlık algılamaları, sosyal fonksiyonellik boyutları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Hastaların demografik özelliklerine göre (yaş,cinsiyet, eğitim, gelir düzeyleri) ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası sağlıklarını kontrol altında tutma düşüncelerini etkileyip etkilemediği incelenmiştir. Farklı yaş, cinsiyet, eğitim, gelir düzeyinde olan hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası sağlıklarını ilerde kontrol altında tutabilme düşünceleri arasında çok fazla bir değişiklik olmadığı ve bağımsız değişkenlerinin bu durumu etkilemediği görülmüştür.

Hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası sağlık değişimleri karşılaştırılmış ve demografik özelliklerine göre değişip değişmediği incelenmiştir. Farklı yaş, cinsiyet, eğitim ve gelir düzeyinde olan hastaların ameliyat sonrası sağlıklarının bir yıl öncesine göre daha iyi olduğu ve demografik özelliklerin bu durumu çok fazla etkilemediği görülmüştür.

ÖNERİLER

Bu çalışma ameliyat girişimlerinin genel sağlık statüsü üzerindeki etkilerini değerlendirmek için önemli olabilir. Bu sonuçlar klinisyenlere lomber disk hastalarının karşılaştıkları sağlık problemlerini ve ameliyatın bu problemleri gidermedeki başarısı değerlendirilebilir. Yapılan çalışmada diskektomi ameliyatının genel sağlık statüsü üzerindeki etkilerini ameliyattan 1.5 ay sonrasında değerlendirilmiştir. Bu süre uzatılarak veya periyodik aralıklarla hastaların kontrolünün devamı sağlanabilen çalışmalar yapılabilirse tedavinin zaman içerisinde etkileri ortaya çıkabilir.

Yapılan araştırma toplam otuz hasta üzerinde çalışılarak elde edilmiştir. Örnekleme daha fazla sayıya sahip çalışmalar yapılırsa, bu çalışmada olduğu gibi ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası arasında anlamlı fark bulunamayan genel sağlık algılamaları ve fiziksel rol sınırlamaları boyutları arasında anlamlı farklar elde edilebilir.

Hemşirelikte hasta bakımında bütüncül bir yaklaşım önem kazanmaktadır. Bu görüş doğrultusunda hastalarla birlikte yakınlarının da yaşam kalitelerinin değerlendirilmesinin önemi artmaktadır. Cerrahi girişimlerinin hasta ve ailesinin yaşam kalitesi ve sağlık statülerinden hangi alanlarda etkilediğini belirlenmesi, planlanacak bakım hasta ve ailesinin sorunlarıyla başetmede yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Hemşireliğin sağlığı yükseltmede hemşirelik fonksiyonlarına önem verilmelidir. Hemşireler sağlığı yükseltme konusunda bilgi sahibi olmalıdırlar. Hemşirelik eğitimi içinde bakım veren hastaların önceliklerini saptanmasında yardımcı olacağı düşünülerek hemşirelik tanısını koymada yarar sağlayacağı ve bakım önceliğinin saptanması açısından yararlı olacağı düşünülmektedir. Hemşirelerin hastalara daha holistik yaklaşmasını sağlayacaktır. Hemşirelik bakımında koruyuculuk fonksiyonu daha sonra hastanın yaşamını en iyi şekilde sürdürmesine yardımcı olması tarafına doğru kaymıştır. Bu nedenle

taburculuk eğitimin önemini, bu çalışmalarla hastaların ne konuda bilgiye ihtiyacı olduğu saptanarak en iyi eğitim vermeye çalışılabilir.

Yapılan çalışma sonucunda aynı hastalığa sahip hastaların sağlık statüleri skorlanarak mukayese edilmesi sağlanabilir. Bu çalışma sonucuna göre hemşirelik bakım planı yapılırken hastaların ilgili boyutlara ilişkin ilave hizmet ihtiyaçlarını belirlenip, destekleyici tedavi planları geliştirilebilir.

Bu çalışma kapsamına alınan hastalar ASA sınıflandırılmasında bir ve ikinci gruplandırmaya dahil olanlar tercih edilmiştir. Lomber disk hastalığı yanında kronik hastalığı olan hastalar üzerinde yapılacak araştırmalarla başka hastalığa sahip olma özelliğinin genel sağlık statüsü üzerindeki etkileri ayrıca belirlenebilir. Yine bu hasta gruplarında yapılacak çalışmalar riskli grupları belirlemede, kontrendikasyonu olan hastaları en iyi şekilde ayrıştırılmasına da yardımcı olacağı düşünülmektedir. Ayrıca verilen tedavinin etkilerini, sağlık sonuçlarının güvenciliği sağlanmış olacaktır. Bu da bize hastaların almak zorunda oldukları bakımın kaçınılmaz olduğu göstermiştir. Yaşam kalitesi, tedavisi aynı hastalar için alternatif arasında en iyi olanı seçmede yardımcı olabilir. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi bakımın ve tedavinin en iyisinin yapılmasını sağlamamızda yararlı olabileceği düşünülmektedir.

ÖZET

Teknolojik gelişmelerle birlikte tanı, değerlendirme, ve tedavi yöntemlerindeki ilerlemeler, primer sağlık hizmetlerinin artırılmasına, yaşam süresinin uzamasına, fonksiyonellik ve iyilik halini geliştirilmesine verilen önemi artırmıştır. Bu durum sadece sağlık ekibinin değil her kesim için de önemli bir amaç olmuştur. Dinamik bir nitelik taşıyan yaşam kalitesi kavramının sürekli gelişim içinde ve yanında içeriğinin de çok yönlü olması tanımlanmasını güçleştirmiştir. Yaşam kalitesi sıklıkla “sağlıkla ilgili yaşam kalitesi”, “subjektif sağlık” durumu ve “fonksiyonel durum” gibi kavramlarla ifade edilmektedir. Fonksiyonellik ve iyilik hali hem uygulanan tedavinin hem de lomber disk hastalarının sağlıklarının değerlendirilmesini, hastalık ve cerrahinin genel sağlık statüsü üzerindeki etkisinin incelenmesini sağlamış olacaktır. Genellikle kronik hastalığı olan hastaların genel sağlık statüsünü değerlendirmek için yapılan çalışmalar olmasına rağmen cerrahi hastaların genel sağlık statülerini değerlendirmek için özellikle beyin cerrahisi dalında yapılmış çalışma bulunmamaktadır ve cerrahi bilim dallarının, üzerinde çok az durduğu sonuçlardır.

Bu çalışma Afyon İli merkezinde bulunan Devlet Hastanesi ve Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesi' nin beyin cerrahi servisinde lomber disk nedeniyle ameliyat olmuş erişkin kadın ve erkek hastalar üzerinde yapılmıştır. Araştırma 1 Mayıs 2000– 30 Ağustos-2000 tarihleri arasında yapılmış, toplam 30 hasta üzerinde çalışılmıştır. Bu çalışmanın amacı; lomber disk hastalarının kendi algılamalarına dayalı olarak ölçülen genel sağlık statülerinin demografik ve klinik özelliklerine göre değişip değişmediği, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel sağlık statüleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığını ve cerrahinin, hastaların genel sağlık statüsü üzerindeki etkisini incelemek için yapılmıştır.

Hastaların genel sağlık statüsünü Short Form Survey- 36 (SF-36) ölçeği kullanarak ölçülmüştür. SF-36 ölçeği genel sağlık statüsünü sekiz alt boyutta ölçmektedir. Hastaların genel sağlık statüsü fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, ağrı, canlılık, genel sağlık algılamaları, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları ve mental sağlık boyutlarıyla değerlendirilmiştir. Hastaların genel sağlık statüsü boyutları ameliyat öncesi ve ameliyattan 1.5 ay sonrası olmak üzere iki kez değerlendirilmiştir.

Yapılan çalışma sonunda, yaş, cinsiyet, eğitim, hastalığı nedeniyle, hekime başvurma sayıları, yine hastalığı nedeniyle tedavi görüp görmeme ve ameliyat olup olmama durumları gibi demografik ve klinik özellikleri açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Hastalık süreleri bakımından hastaların ameliyat öncesi genel sağlık statüsü boyutlarından fiziksel fonksiyonellik ve mental sağlık boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutları karşılaştırılmıştır ve ameliyat sonrası pozitif değişim olduğu görülmüştür. Yapılan istatistiksel analiz sonucuna göre tüm boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığı belirli demografik ve klinik özellikler açısından incelenmiştir. Genel olarak fiziksel fonksiyonellik, ağrı, canlılık, sosyal fonksiyonellik boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Genel sağlık algılamaları ve fiziksel rol sınırlamaları, duygusal rol sınırlamaları boyutları arasında ise anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Bunun nedeni olarak araştırma kapsamına alınan örneklem sayısının ($n=30$) az olması nedenine bağlanmıştır.

Lomber disk hastalarının ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası ilerde sağlıklarını kontrol altında tutabilme düşünceleri arasında fark olup olmadığı ve bazı demografik özelliklerine göre değişip değişmediği incelenmiştir. Hastaların düşüncelerinde ameliyat sonrası bir fark olmadığı ve farklı yaş, cinsiyet, eğitim ve gelir düzeyi değişkenlerinin bu durumu etkilemediği bulunmuştur. Yine hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası sağlık değişimleri incelenmiş, hastalar sağlıklarını ameliyat sonrası çok daha iyi olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca farklı demografik özelliklerinin hastaların sağlık değişimini etkilemediği bulunmuştur.

SUMMARY

Improvements in the diagnostic, examination and medical treatment methods as well as technological developments have increased the importance attached to the growth of premier health services, lengthening of life expectancy and good health. This has become the important aim of not only health-care personnel but everyone in society. As the life quality concept, which is a dynamic term in nature, is continually developing and has the multi-dimensional content, it is hard to define it. Life quality is frequently explained by the use of such phrases as " life quality about health", "subjective health" and "functional situation". Functionality and the good health condition will enable to examine both the applied treatment and lomber disc patient ' health, and to investigate the effects of illness and surgical operations on general health status. Though there are previous studies examining the general health status of patient with chronic illness, there is no study especially on the branch of brain surgery, investigating the general health status of patients who had an operation.

This study was conducted on adult male and female patients who underwent an operation because of lomber disc at the department of brain surgery in State Hospital and social Insurance Institution Hospital, Afyon. The study was conducted on 30 patients between May 1st - August 30th, 2000.the aim of the study was to find out whether the general health status of the lomber disc patients, measured on the basis of their self - perceptions, differs on the basis of demographic attributes and clinical conditions. The study also aimed to investigate the effects of surgical operations on the general health status of patients by examining whether there are significant differences between the general health status of patient.

The general health status of the patients was measured by using Short Form Survey - 36 (Sf-36). Sf-36 measured the general health status by using following 6 dimensions: physical functionality, physical role limitations, pain, vivacity, general health perceptions, social functionality, emotional role limitations and mental health dimensions. The general health status of the patient was evaluated twice, before surgery and 1.5 half months after surgery.

The results of the study show that there are no significant differences among the patients regarding such demographic and clinical attributes as age, gender, education, frequency of seeing doctors due to illness, having treatment due to illness, and undergoing

operation($p>0.05$). Of general health status dimensions before surgery, there are significant differences in physical functionality and emotional health dimensions regarding illness duration ($p<0.05$). The general health statuses of the patients before and after surgery were compared and positive development was found after surgery. Statistical analysis found statistically significant differences for all dimensions ($p<0.05$). It was investigated whether there are statistically significant differences in general health status before and after surgery regarding specific demographic and clinical attributes. Generally, statistically significant differences were found in physical functionality, pain, vivacity and social functionality dimensions ($p<0.05$). In the dimensions of general health perceptions, physical role limitations and emotional role limitations, no significant differences were found. This result was attributed to the small sample size ($n=30$)

It was also examined whether there were differences in the lumbar disc patient's views on having control over their health before and after surgery and whether their views show differences on the basis of demographic attributes. The study found that there are no differences in the patients' views following surgery and that different age, gender, education and income level variables do not affect this result. The study also examined health changes of the patients before and after surgery and found that patients declare their health condition far better after surgery. Different demographic attributes do not affect patients health changes.

KAYNAKLAR

1. AKYOL,A., "Yaşam Kalitesi ve Yaklaşımları", E.Ü.H.Y.O. Dergisi,9:2, (1993),75-79.
2. AKYOL,A." Yaşam Kalitesinin Hemşirelik Yönünden Önemi", E..H.Y.O. Dergisi, 9:3, (1993),71-75
3. ARSLAN,P., "Enerji Hesaplaması Yöntemleri", Şişmanlığın Çeşitli Hastalıklarla Etkileşimi ve Diyet Tedavisinde Bilimsel Uygulamalar, Ankara ,1992, 43-45.
4. BELEK, İ., " Algılanan Sağlıkta Sınıfsal Ve Sosyoekonomik Eşitsizlikler", Toplum ve Hekim,13:4, (1998), 292-300.
5. BELEK, İ., "Sağlıkta Eşitsizlik", Toplum ve Hekim 13:2 , (1998), 96-103,
6. BERWICK,DM., "Quality Comes Home" annals of Internal Medicine 125:10,(1996), 839-843.
7. BİROL, AKDEMİR, BEDÜK, "Sağlık ve Hastalık Kavramı", İç hastalıkları Hemşireliği,Vehbi Koç Yayınları,Ankara 1991, 2. Baskı, 1-3.
8. BODUR, S., "Sağlık Kavramı ve Toplum Sağlığı Ölçütleri", Türkiye Tıp Dergisi, 2:2, (1995),115-117.
9. BRAZIER, JE., HARPER, R., JONES, NMB., "Validating the SF-36 Health Survey Questionnaire: new outcome measure for primary care", BMJ, 305,(1992),160-161.
10. BRUİN,A.,PİCACET, H.S.J., "Perceived Health", "Health Interview Survey", WHO, Finland ,1996,51-54.
11. CANAM,C., " Quality of Life for Family Caregivers of People with Chronic Health Problems ", Rehabilitation Nursing, 24:5, (1999), 27-32.
12. DALGIÇ, GÜLEN,. "Stomalı Hastaların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler", Hemşirelik Forumu, 2:5, (1999), 262-264.
13. DİRİCAN, MR .,"Sağlığı Korumanın ve Daha İyiye Götürmenin Temel İlkeleri, Toplum Hekimliği, 9,(1990),63-70.
14. DONALD, PL., "Measuring Quality of Life " Public Health Reports, 107:5, (1992), 533-535.
15. DONOGHUE, J.,DUFFIELD, C., PELLETIER, D., " Health Promotion us a Nursing Function : Perception Held by University Students of Nursing ", Int. J. Nurs. Stud., 30:6, (1993),527-535.
16. DURADEMİR, A., "Kronik Kalp Yetmezlikli Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Özbakım Davranışları" , Yoğun Bakım Hemşireliği Derneği Yayın Organı, 3:1, 1999, 16-20.

17. ERDOĞAN, S. ve Arkadaşları, "Sağlığı Sürdürme, Sağlığı Geliştirme, ve Hemşirelik", Hemşirelik Bülteni, 8:32, (1994), 28-25.
18. ERENGİN, H., DEDEOĞLU, N., "Sağlıkta Eşitsizliğin Gösterilmesi", Toplum ve Hekim, 13:2, (1998), 105-110.
19. ERENGİN, H., DEDEOĞLU, N., "Sağlığı Ölçmenin Kolay Bir Yolu: Algılanan Sağlık", Toplum ve Hekim, 12:77, (1997), 11-16.
20. GARROTT, A. ve Diğerleri, "The SF 36 Health Survey Questionnaire, BMJ, 306, (1993), 140-4.
21. GUYATT, H., FEENY, D., PATRİC, D., "Measuring Health- Related Quality of Life", Annals of Internal Medicine, 118:8, (1993), 622-629.
22. GÜLER, Ç., "Mortalite, Morbidite", Tıp Sözlüğü, Güneş Kitapevi, Ankara, 1997, 796.
23. IŞIK, S., "Sosyal Bir Kurum Olarak Sağlık", Strateji, 14, (1992), 15-17.
24. IŞIL, Ö., "Stomalı Hastalara Psikiyatrik Konsültasyon – Liyezon Yaklaşımlar, Hemşirelik Forumu Dergisi, 2:5, (1999), 241-245.
25. İEZZONİ, L., JOSEPH, D., SHWARTZ M., "The Utility of Severity of Illness Information in Assessing the Quality of Hospital Care", Medical Care, 30:5, (1992), 428-440.
26. İNANÇ, N., "Sağlıklı Toplumlar İçin Sağlıklı Aile", E.Ü.H.Y.O. Kütüphanesi Dergisi, 5, (1995), 11-36.
27. JANET, A., SENTHOMES, SP., "Continuity and Discontinuity : The Quality of Life Following Stroke", Rehabilitation Nursing, 35:2, (1998), 10-21.
28. KAPLAN, G.A., CAMOCHO, T., "Perceived Health and Mortality", American Journal of Epidemiology, 117, (1983), 292-304.
29. KIZILCI, S., "Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler", yayınlanmamış Doktora Tezi, H.Ü. Sağlık Bilimleri Enst., Ankara, 1997.
30. KLEİN, GR., VACCOR AR., "Health Outcome Assessment Before and After Anterior Cervikal Discectomy and Fusion for Radiculopathy", Spine, 25:7, (2000), 801-803.
31. KUMPUSALO, MD., PEKKARIEN, H., "Identification of Health Status Dimension a Working Age Population", Medical Care, 30:6, (1999), 240-244.
32. LAWRENCE, D., SCHANK, MJ., "Health Status, Health Perceptions, and Health Behaviors of Young Adult Women", İnt. J. Nurs. Stud., 30:6, (1993), 527-535.

33. MCHORNEY, A., WILLIAM, S., "The Role of Item Response Theory - Based Computerized Adaptation and Testing İn Measuring Outcomes by Using Large Databases", *Annals of Internal Medicine*, 127:8, (1997),748-749.
34. MITCHINSON, S., " A River Of The Health Promotion and Health Beliefs of Traditional and Project 2000 student Nurses", *Journal of Advanced Nursing*, 21:2, (1994), 356-363.
35. MORGON, GE., MIKHAİL, MS., "ASA" The Practice of Anesthesiology Clinical Anesthesiology, Appleton and Large, USA ,1996, 6-7.
36. NARENZ, D., "Measuring Plans and Measuring Health ", *Annals of Internal Medicine*, 127: 8 (part-2), 1997, 751.
37. OKTAY, S., " 2000 YILINDA Herkese Sağlık İçin Hemşireliğin Yükümlülüğü , İlkeleri ve Rolü", *Hemşirelik Bülteni*, 1983,10-15.
38. ÖZGEN, H. "Sağlık Hizmetlerinde Kalite Nedir?", *Toplum ve Hekim*, 10, (1995), 69-70.
39. PINAR, R., "Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi", *Sendrom*,9;10, (1997), 108-111.
40. PINAR, R., "Sağlık Araştırmalarında Yaşam Kalitesi Kavramı", *Sendrom*, 9:8, (1996),109-114.
41. RUKHOLM, E., MCGİRR, M., "Measuring of Quality Life in Cardiac Rehabilitation With Clients", *Nursing Studies* , 35, (1998), 210-216.
42. SALTİK, A, "Sağlıklı Yaşam ve İnsan Hakları", *Toplum ve Hekim*, (1992),May,45-50.
43. SPIEGELHATER , DJS.,GORE, SM., FİZTPATRİC, R., "Quality of Life Measures in Health Care: III. Resource All Coition" , *BMJ*, 305,(1992), 1205 -1209.
44. STRİCLAND, OL., "Challenges İn Measuring Patient Outcomes", *Outcomes Measurement and Management*, 32:3, (1997), 495-500.
45. ŞAHİN,B., "Algılanan Sağlık Statüsünün Ölçüm Yoluyla Tıbbi Müdahalelerin Değerlendirilmesi", *Toplum ve Hekim* ,12;8, (1997),14-22.
46. TAŞÇI , S., "Kronik Böbrek Yetmezliğindeki Hastaların Yaşam Kalitesi" H.Ü. Sağlık Bilimleri Enst., Doktora Tezi, Ankara,1998.
47. TATAR, N., TATAR,F., "Sağlığın Ölçülmesi", *Toplum ve Hekim* 12:78, (1997), 54-60.

48. TİMURCANDEY,N.Ö., BİLGİN N., ERGENÇ, A., “Bireylerce Algılanan Şekliyle Yaşam Kalitesi” III. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Psikologlar Derneği Yayınları, 13-15 Eylül, 1984, 233-243.
49. TUNCEL, N., ŞANLI, T. ,"Halk Sağlığı Hemşireliği " , A.Ü.Açık Öğretim Yayınları,Eskişehir, 1992, 45-55.
50. UZANTI, A.," Erişkin Yaştaki Bireylerin Algılanan sağlıklarının değerlendirilmesi", E.Ü. Sağ. Bilim. Enst.Yüksek Lisans Tezi, İzmir,1999.
51. WARE, J.,DONALD, C., "The MOS 36- Item Short-form Survey (SF 36)"1, Medical Care, 30:6, (1992), 473.



EK-I

**BEL FITİĞİ AMELİYATI OLACAK HASTALARIN SAĞLIK VE HASTALIK
ALGILAYIŞLARINI DEĞERLENDİRME FORMU**

I. BÖLÜM : GENEL BİLGİLER

Hastanın Adı Soyadı:	Anketin Doldurulduğu Tarih:	
Adres:	Tel:	
Denek Sıra No:		Kolon Kod
		1-2
1. Kaç Yaşındasınız ?		3-5
1) 20 –29 2)30 – 39 3) 40 –49 4) 50-59 5) 60-üstü		
2. Cinsiyetiniz ?		6
1) Erkek 2) Kadın		
3. Kilonuz?.....		7-8
1) 45-55kg 2) 56-66 kg 3) 67- 77 kg 4) 78 ve üstü		9
4. Boyunuz ?.....		10-12
1) 1.50 cm ve Altı 2) 1.51cm –1.60 3) 1.61 – 1.70 4)1.70 ve Üstü		13
5. Eğitim durumunuz ?		14
1) Okur – Yazar Değil 2) Okur – Yazar 3) İlkokul Mezunu 4) Ortaokul – Lise Mezunu 5)Fakülte Mezunu		
6.Medeni durumunuz ?		15
1) Bekar 2) Evli 3) Diğer		
7. Mesleğiniz / yaptığınız iş nedir?.....		16
1) Ev Hanımı / Çalışmıyor 2) İşçi / Geçici İşçi 3) Memur 4) Çiftçi 5) Emekli		
8. Oturduğunuz yer neresidir?		17
1) Şehir merkezi 2) İlçe 3) Kasaba 4)Köy		
9. Gelir durumunuz nedir?		18
1) Gelir – giderden Az 2) Gelir – gidere Eşit 3) Gider- gelirden az		

	Kolon Kod
10. Bel fitiğı hastalığınız olduğunu ne kadar zamandır biliyorsunuz ?	19
1) 1-6 ay 2) 7-12 ay 3) 1yıl ve üstü	
11. Hastalığınız nedeniyle hekime kaç kez başvurdunuz ?	20
1) 1-3 kez 2) 4-6 kez 3) 7 kez- üstü	
12. Bel fitiğı hastalığınız nedeniyle başka bir tedavi (ilaç tedavi, fizik tedavisi,vb.) gördünüz mü ?	21
1)Evet 2)Hayır	
13. Daha önceden geçirmiş olduğunuz bir ameliyat var mı ?	22
1) Evet 2) Hayır	

2. BÖLÜM: ALGILANAN SAğLIK

Açıklama:Aşağıda size sağlık durumunuz ve günlük aktiviteleriniz (işinizdeki, evinizdeki ve ev dışındaki) ile ilgili sorular sorulmuştur. Lütfen her bir soru için size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

				Kolon Kod
1. Genel olarak baktığınızda sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız ?				23
1) Mükemmel 2) Çok İyi 3) İyi 4) Orta 5) İyi				
2. a-j :Aşağıdaki sorular genellikle yaptınız aktiviteler hakkındaki sağlık durumunuz bu aktiviteleri yapmanızı ne derece engellemektedir ?				
	1.Evet çok Engelliyor	2.Evet biraz Engelliyor	3.Hayır hiç Engellemiyor	
a) Koşma , ağır bir şey kaldırma,ağır,yorucu Aktivitelerde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24
b) Masa ,sandalye, sehpa gibi eşyaları yerinden hareket ettirmek ve elektrikli süpürge kullanmak gibi orta dereceli aktivitelerde,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25
c) Paket veya çanta taşıırken,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26

				Kolon Kod
d) <u>Birkaç kat</u> merdiven çıkarken,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27
e) <u>Bir kat</u> merdiven çıkarken,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28
f) Diz çökmek, eğilirken, çömelirken,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29
g) <u>Bir kilometreden fazla</u> yürürken,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30
h) <u>Birkaç yüz metreden fazla</u> yürürken,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31
i) <u>Yüz metre</u> yürürken,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32
j) Kendi kendine giyinirken, ve banyo yaparken,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33

3. Geçen ay boyunca sağlığınız, akraba ve arkadaş ziyaretleri gibi sosyal aktivitelerinizi ne dereceye kadar sınırladı ? 34

- 1) Hiç etkilemedi 2) Çok az etkiledi 3) Orta derecede etkiledi
4) Oldukça etkiledi 5) Çok fazla etkiledi

4. Son dört hafta içinde fiziksel ve ruhsal problemlerinizi ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla olan ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi? 35

- 1) Hiç etkilemedi 2)Çok az etkiledi 3)Orta derecede etkiledi
4) Oldukça etkiledi 5) Çok fazla etkiledi

5. a-d : Geçen ay boyunca herhangi bir fiziksel problemden dolayı gerek işinizde gerekse günlük aktivitelerinizde aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır	
a) İşiniz ve günlük aktiviteleriniz için ayırdığınız zamanda bir azalma oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36
b) Yapmak istediklerinizden daha azını mı gerçekleştirdiniz ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37
c) İş ortamınızda ve günlük yaşamınızda yaptığınız diğer aktivitelerin türlerinde bir azalma oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38

Kolon Kod**Evet Hayır**

d) İşiniz ve diğer aktivitelerinizi yaparken bir zorluk çektiniz mi? (Örn: Daha fazla çaba harcadınız mı?) 39

6. a-c : Geçen ay boyunca duygusal problemlerden dolayı (stres, gerilim, endişe, gibi) gerek işinizde gerekse günlük aktivitelerinizde aşağıdaki sorunlarda herhangi biri ile karşılaştınız mı ?

Evet Hayır

a) İşiniz ve günlük aktiviteleriniz için ayırdığınız zamanda bir azalma oldu mu ? 40

b) Yapmak istediklerinizden daha azını mı gerçekleştirdiniz mi? 41

c) İşlerinizi ve ya diğer aktivitelerinizi her zamankinden daha az dikkatli mi yaptınız ? 42

7a-i : Aşağıdaki sorular sizin son dört hafta genel durumunuz ile ilgilidir.

Lütfen size en uygun olanı işaretleyiniz.

Her zaman Çoğu zaman Genellikle Bazen Çokaz zaman Hiçbir zaman

a) Sondört hafta içerisinde ne kadar süre ile kendinizi canlı, hayat dolu hissettiniz? 43

b) Son dört hafta içerisinde ne kadar süre ile çok sinirliydimiz mi ? 44

c) Son dört hafta içerisinde ne kadar süre hiçbir şeyin sizi neşelendirmeyeceği kadar kötü hissettiniz ? 45

Kolon Kod

	Her zaman	Çoğu zaman	Genellikle	Bazen	Çokaz zaman	Hiçbir zaman	
d) Son dört hafta içerisinde ne kadar süre sakin, soğukkanlı ve huzur içindeydiniz ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46
e) Son dört hafta içerisinde ne kadar süre kendinizi enerji dolu hissettiniz ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47
f) Son dört hafta içerisinde ne kadar süreyle kendinizi üzgün ve sıkıntılı hissettiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48
g) Son dört hafta içerisinde ne kadar süreyle kendinizi bitkin hissettiniz ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49
h) Son dört hafta içerisinde ne kadar süre ile kendinizi mutlu hissettiniz ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50
i) Son dört hafta içerisinde ne kadar süre ile yorgun hissettiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51
8. Geçen bir ay boyunca vücudunuzda ne derecede ağrı oldu (Yanıtınız “ Hiç” ise 10.’cu soruya geçiniz.)							52

1) Hiç 2) Çok hafif 3) Hafif 4) Orta 5) Fazla 6) Çok fazla

9. Geçen bir ay boyunca vücudunuzdaki ağrı günlük işlerinizi yapmanıza (ev ve ev dışındaki işleriniz dahil) olumsuz etki gösterdi ? 53

1) Çok değil 2) Az 3) Orta 4) Oldukça fazla 5) Aşırı

10.a-d : Lütfen aşağıdaki ifadelerde sizi en iyi şekilde tanımlayan seçeneği işaretleyiniz.

	Kesinlikle Doğru	Çoğunlukla Doğru	Emin Değilim	Çoğunlukla Yanlış	Kesinlikle Yanlış	
a) Diğer insanlardan daha sık hasta oluyor gibiyim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54
b) Tanıdığım herhangi bir i kadar sağlıklıyım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55
c) Sağlığımın daha kötüye gideceğini sanıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56
d) Sağlığımın mükemmel olduğunu düşünüyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	57

11. Sizce sağlığın önemi nedir?(Size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.) 58

- 1) Eğer sağlıklı iseniz her şeyiniz var demektir.
- 2) Sağlıktan öte önemsedğim pek çok şey var.
- 3) Mutlu bir hayat için iyi düzeyde bir sağlık az önemlidir.
- 4) Sağlıklı olmaktan daha önemli bir şey yoktur.

12. Ameliyattan sonra sağlığınızı ne derece kontrol edebileceğinizi dűşünüyorsunuz?

1) Çok fazla 2) Çok 3) Orta 4) Az 5) Hiç **59**

13. Bir yıl önceki ile karşılaştırdığınızda şimdiki sağlık durumunuzu aşığıdakilerden hangisi ile ifade edersiniz ? **60**

- 1) Bir yıl öncekinden çok daha iyiyim.
- 2) Bir yıl öncekinden biraz daha iyiyim.
- 3) Hemen hemen aynı.
- 4) Bir yıl öncekinden çok daha kötü.
- 5) Bir yıl öncekinden çok daha kötü.



ÖZGEÇMİŞ

Pakize Özyürek, 29.09.1974 yılında İstanbul' da doğmuştur. İlk ve ortaokul eğitimini babasının memuriyeti nedeniyle çeşitli illerde, lise eğitimini ise Kırıkkale Kurtuluş Lisesi-nde tamamlamıştır. 1991-1992 eğitim yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu' nda eğitimine devam ederek 1995-1996 yılında mezun olmuştur. Aynı yıl Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu' nun Cerrahi hastalıkları Ve Hemşireliği A.D. da yüksek lisans eğitimine başlamış, 2000 yılında eğitimini tamamlamıştır..

1995 yılında Celal Bayar Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi' nde önce cerrahi yoğun bakım hemşiresi daha sonra cerrahi servis sorumlu hemşiresi olarak bu kurumda dört yıl çalışmıştır. 1999 yılında Afyon Kocatape Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesine kurucu başhemşirelik görevine atanmış ve 1.5 yıl bu görevini sürdürdükten sonra Afyon Sağlık Yüksek Okulu'nda öğretim görevlisi olarak çalışmalarına devam etmektedir.