

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR.....	IV
TABLolar DİZİNİ.....	V
ÖZET.....	VI
SUMMARY.....	VIII
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	5
2.1.Lomber Disk Hernisi.....	5
2.1.1.Vertebra Kolon ve Diskin Anatomik Yapısı.....	5
2.1.2.Lomber Disk Hernisinin Tanımı.....	7
2.1.3.Lomber Disk Hernisinin Tarihçesi.....	7
2.1.4.Lomber Disk Hernisinin Etyolojisi ve Risk Etmenleri.....	8
2.1.5. Lomber Disk Hernisinin Fizyopatolojisi.....	9
2.1.6.Lomber Disk Hernilerinde Klinik Bulgular.....	10
2.1.7.Lomber Disk Hernisinde Tanı Yöntemleri.....	11
2.1.8.Lomber Disk Hernilerinde Tedavi Yöntemleri.....	12
2.1.9.Lomber Disk Hernilerinde Hemşirelik Bakımı.....	16
2.2. Lomber Disk Hernisi ve Yaşam Kalitesi.....	21
2.2.1.Yaşam Kalitesinin Tanımı ve Tarihsel Gelişimi.....	21
2.2.2.Lomber Disk Hernisi Olan Hastalarda Yaşam Kalitesi.....	23
2.3.Lomber Disk Hernisi ve Sosyal Destek.....	24

2.3.1.Sosyal Desteğin Tanımı ve Önemi.....	24
2.3.2.Lomber Disk Hernisi Olan Hastalarda Sosyal Destek.....	25
3. MATERYAL VE METOD.....	27
3.1.Araştırmanın Şekli.....	27
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Zaman.....	27
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	27
3.4.Verilerin Toplanması.....	28
3.4.1.Veri Toplama Araçları.....	28
3.4.2.Kişisel Bilgi Formu.....	29
3.4.3.Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	29
3.5.Sosyal Destek Ölçeği.....	41
3.6.Verilerin İstatistiksel Analizi.....	43
3.7.Araştırmanın Etik Yönü.....	44
3.8.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	44
4.BULGULAR.....	45
4.1. Araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular.....	45
4.2. Hastaların yaşam kalitesine ilişkin bulgular.....	49
4.3. Hastaların algıladıkları sosyal desteğe ilişkin bulgular.....	58
5.TARTIŞMA.....	66
5.1.Hastaların bazı sosyo-demografik ve tanı-tedavi özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması.....	66
5.2. Hastaların yaşam kalitesine ilişkin bulguların tartışılması.....	67
5.3. Hastaların algıladıkları sosyal desteğe ilişkin bulguların tartışılması.....	73

6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....80

KAYNAKLAR.....81

EK I Kişisel Bilgi Formu

EK II Yaşam Kalitesi Ölçeği

EK III Sosyal Destek Ölçeği

EK IV Kurum İzinleri

EK V Bilgi Onam Formu

Teşekkür

Bu tezin yürütülmesinde bana danışmanlık yaparak destek olan Yard. Doç. Dr. Özge UZUN'a, verilerin toplanması aşamasında yardımlarını esirgemeyen Erzurum Numune Hastanesi ve Aziziye Araştırma Hastanesi Nöroşirurji Klinikleri çalışanlarına, hep yanımda olup beni destekleyen Yard. Doç. Dr. Ayşe OKANLI ve Arş. Gör. Funda ÖZDEMİR'e, Arzu ŞEKERCİ ve Demet YÜCEL'e, bana zaman ayırarak bu çalışmanın veri tabanını sağlayan hastalara desteklerini her zaman hissettiğim aileme ve Babama, çok teşekkür ederim.

TABLULAR DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	45
Tablo 2. Hastaların Yaşadıkları Ortamın Özelliklerinin Dağılımı.....	46
Tablo 3. Hastaların Tanı ve Tedaviye İlişkin Durumlarının Dağılımı.....	47
Tablo 4. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	48
Tablo 5. Hastaların Yaşadıkları Ortamın Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	52
Tablo 6. Hastaların Tanı ve Tedavilerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	55
Tablo 7. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre MSPSS' den Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	59
Tablo 8. Hastaların Yaşadıkları Ortamın Özelliklerine Göre MSPSS' den Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	62
Tablo 9. Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği ve MSPSS' den Aldıkları Puanların Dağılımı.....	64
Tablo 10. Yaşam Kalitesi Ölçeği ve MSPSS' e Ait Puanlar Arasındaki İlişki.....	65

ÖZET**LOMBER DİSK HERNİ AMELİYATI OLMUŞ HASTALARDA ALGILANAN
SOSYAL DESTEK İLE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

Bu araştırma, lomber disk herni ameliyatı olan hastaların algıladıkları sosyal destek ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla planlanmış ve yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Atatürk Üniversitesi Süleyman Demirel Tıp Merkezi Aziziye Araştırma Hastanesi, Sağlık Bakanlığı Erzurum Numune Hastanesi'nin Nöroşirürji kliniklerinde 20.07.2004–22.04.2005 tarihleri arasında lomber disk hernisi ameliyatı olan hastalar (64 hasta) evreni, araştırma koşullarını yerine getiren 50 hasta ise çalışmanın örneklemini oluşturmuştur.

Veri toplamada, araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu, SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scala of Perceived Social Support-MSPSS) kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan kişisel bilgi formu, hastalara ilk kez araştırmacı tarafından ameliyattan bir gün önce hastanede uygulanmıştır. Kişisel bilgi formunun uygulanmasından altı hafta sonra da yaşam kalitesi ölçeği ve MSPSS hastaların kendi evinde uygulanmıştır.

Verilerin istatistiksel değerlendirmesinde; yüzdeler dağılımlar, Pearson Korelasyon Analizi, Kruskal Wallis varyans analizi ve Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda elde edilen bulgulara göre, hastaların %48'i 36-45 yaş grubunda, %54'ü erkek ve %96'sı sosyal güvenceye sahip idi. Hastaların %38'i ev hanımı ve %48'i ilköğretim mezunu idi.

VII

Hastaların, mesleği ve oturdukları ev tipinin yaşam kalitesinin esenlik alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarını, cinsiyetin yaşam kalitesinin esenlik ve global yaşam alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarını etkilediği bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların cinsiyetinin arkadaşan, eğitim durumunun hemşireden algıladıkları sosyal destek puan ortalamalarını etkilediği ($p<0.05$), mesleğinin hemşireden algıladıkları sosyal destek puan ortalamalarını etkilediği bulunmuştur ($p<0.01$).

Yaşam kalitesi ölçeği ve MSPSS alt boyutları puan ortalamalarından; fonksiyonel durum ve global yaşam kalitesi ile aile desteği alt boyutları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı ($p< 0.01$), esenlik ve aile desteği alt boyutları arasındaki ilişki anlamlı tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda, lomber disk hernisi ameliyatı olan hastaların yaşam kalitesinin yükseltilmesi için sosyal destek gereksinimlerinin karşılanması ve planlı eğitim ile bilgi eksikliklerinin giderilmesi önerilmektedir.

SUMMARY

**INVESTIGATION THE RELATIONSHIP BETWEEN THE SOCIAL
SUPPORT PERCEIVED AND THE LIFE QUALITY OF PATIENTS UNDERGONE
LUMBAR DISC HERNIA OPERATION**

This study has been planned and carried out to investigate the relationship between the social support perceived and the life quality of patients undergone lumbar disc hernia operation. The medium of the study consisted of patients (64 patients) undergone lumbar disc hernia operation between the dates of June 20, 2004 and April 22, 2005 at Atatürk University Aziziye Research hospital and Ministry of Health Erzurum Numune Hospital Neurosurgery Clinics and 50 patients suiting to the study conditions formed the sampling of the study.

Personal information from prepared by the researcher, SF 36 Life Quality Scale and MSPSS were used in collecting data. The personal information from was applied for the first time to the patients by the researcher one day prior to the operation at hospital. Six weeks after the application of personal information from, scale of life quality and MSPSS were applied at patient's own home.

In the statistical evaluation of the data were used percentage distribution, Pearson Correlation Analysis, Kruskal Wallis Variance Analysis and Mann-Whitney U Test.

According to the obtained findings 48% of the patients were at the 36-45 age group, 54% of them were male and 96% had social insurance. 38% of patients were housewives and 48% were primary school graduates.

The difference between the mean points the patients got from the lower dimension of the welfare of the life quality according to the occupation and the house they are living in and the mean points they got from the lower dimensions of welfare and global life of quality according to the sex was found to be significant statistically ($P < 0.05$). While the difference between the mean points of social support they perceived from the nurse according to their education level and from their friends according to the sex were found to be statistically significant, the difference between the mean points of social support they perceived from the nurse according to occupation was found to be very significant statistically ($p < 0.01$).

From the lower dimension mean points of life quality scale and MSPSS, the relationship between lower dimensions functional condition and global life quality and of family support was found statistically to be significant ($p < 0.01$) and the relationship between the lower dimensions of welfare and family support was determined to be significant and poor relationship ($p < 0.05$).

According to the results obtained from the study, it is suggested that the social support need of undergone lumbar disc hernia surgery should be met, a planned education should be given and their lack of knowledge should be eradicated in order to improve their life quality.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

İntervertebral diskler vertebral kolonda ani basınç artışlarını dengeleyen yapılardır. Kronik küçük travmalar, ani ve şiddetli basınç artışları veya yaşın ilerlemesiyle oluşan dejeneratif değişiklikler intervertebral disk hernilerine neden olabilir¹. İntervertebral disk hernileri spinal kanalın her düzeyinde oluşabilmesine karşın ağırlığa ve basınca daha sık maruz kaldığından lomber bölgede daha çok görülmektedir.¹⁻³

Yapılan çalışmalarda insanların % 80'inin yaşamlarının herhangi bir döneminde bel ağrısı deneyimledikleri ve bu ağrıların % 3-10'unun nedeninin disk hernisi olduğu belirtilmektedir.^{2,4}

Amerika Birleşik Devletleri (ABD), İsveç gibi ülkelerin istatistik sonuçlarında üst solunum yolu enfeksiyonlarından sonra en büyük iş gücü kaybına neden olan hastalıklar sıralamasında bel ağrıının ikinci sırada ve ortalama 1.3 milyar gün/yıl kayba neden olduğu bildirilmektedir. ABD ve Avrupa' da her 20 kişiden biri bel ağrısı çekmektedir. Bel ağrıları, sık görülmeleri, yaşamı zorlaştırma, ekonomik, sosyal ve psikolojik yönleriyle toplumun başta gelen sorunlarından. ABD'de her yıl bel ağrıları nedeniyle 19 milyon hekim muayenesi ve 200.000 cerrahi girişim uygulanmaktadır.^{1,5} Ayrıca bel ağrıının kronik hastalıkların % 10'unu oluşturduğu, diğer kronik hastalıklarla karşılaştırıldığında daha hızlı bir artış göstererek, şiddetli ağrı veya organların fonksiyonlarında belirgin bir azalma olmadıkça doktora başvurulmadığı için de erken tanılanamadığı ve hastalığın ileri dönemlerinde tedavi edilmek zorunda kaldığı bildirilmektedir. Hastalığın ilerleyen dönemlerde tedavi edilmesi, erken tanı ve tedavinin sağlanamaması hastada komplikasyon görülme sıklığını da olumsuz yönde etkilemektedir. Lomber disk hernisi hastada ameliyat ve hastalık kaynaklı

komplikeasyonlara neden olması, görölme sıklığı düşünölünce toplumda ciddi boyutlarda iş gücü kaybına neden olması ve kişisel yaşam kalitesini düşürmesi anlamında oldukça önemli bir hastalıktır.^{2,5,6} Erol⁸ ve Aydemir⁷, lomber disk hernili bireylerin sosyal izolasyona uğrama, uyku ve fiziksel harekete ilişkin sorunlar yaşadıkları için bu hasta grubunun hastalık nedeni ile yaşam kalitesinin azaldığını bildirmektedir.

Amerika'da 1980–1990 yılları arasında lomber disk herni ameliyatlarının %55, İsveçte'te %20, Finlandiya'da %35, İngiltere'de %10 oranında arttığı bildirilmektedir.^{5,9}

Tıbbi tedavinin sonuçsuz kaldığı durumlarda uygulanan cerrahi girişimin lomber disk hernilerinin tedavisinde önemli bir yeri vardır. Bu ameliyatlarda mortalite % 0,3'tür. Ameliyat olacak olan tüm hastalarda olduğu gibi lomber disk herni ameliyatı olacak hastalarda da bilinmezlikten kaynaklanan bir korku söz konusudur. Lomber disk herni ameliyatı olacak hastaların; sakat kalma, ameliyattan önceki durumundan daha kötü bir duruma gelme, ameliyat sonrası dönemde ağrı yaşama, bir başkasına bağımlı olma ve bu bağımlılık gereksiniminin karşılanmaması gibi çeşitli korkular yaşadığı belirlenmiştir.^{1,10,11}

Lomber disk hernileri, omurilik bölgesiyle beraber hareket mekanizmalarının bazılarını da etkilemesi ve hastada yoğun ağrıya neden olması, ameliyat öncesi hastalık döneminde ve ameliyat sonrası erken dönemde hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.⁵

Lomber disk herni ameliyatı olan hastalar ameliyattan sonra ortalama bir ay kadar ciddi bir aktivite kısıtlamasıyla yüz yüze kalırlar, bunun sonucu olarak ameliyattan önce sahip oldukları yaşam kalitesi standartlarını sürdürmek ve normal aktivitelerin devamını sağlamak için yardıma ve desteğe gereksinim duyarlar. Psikosyal

destek, hastanın fiziksel kısıtlamalarını gidermede ve normal fiziksel gereksinimlerin karşılanmasında yardımcı olacağı için yaşam kalitesinin artmasına yol açacaktır. Yaşam kalitesi kavramı yaşamdan doyum alma anlamında da kullanılmaktadır. Kendisi için gerekli olan bir şeyi eğilerek yerden alamayan biri için yaşamdan doyum alma kavramı geçerliliğini yitirir. Böyle bir durumda sosyal destek devreye girer ve hastanın gereksinimleri bir başkası tarafından karşılanır, iyileşme döneminde gereksinimleri her anlamda karşılanan bireyin yaşam kalitesi, bireyi çok etkileyecek oranda sapsulara uğramaz. Bu bakış açısıyla, lomber disk herni ameliyatı olan hastalarda sosyal destek ve yaşam kalitesi birbirine paralel giden iki çizgidir ve aralarında değişen her değer bir diğerini değiştirdiği, bir doğru orantı söz konusudur.^{1,10,11}

Lomber disk herni ameliyatı olan hastalarda ameliyat sonrası erken dönemde birçok günlük yaşam aktivitesini önemli derecede engelleyecek aktivite kısıtlaması söz konusudur. Bu kısıtlama yavaş yavaş azalarak devam eder. Bu dönemde hastanın hem psikolojik anlamda, hem de kısıtlanan aktivitelerini sürdürme anlamında iyi bir desteğe gereksinimi vardır. Hastanın fonksiyonel sınırlılığı ve geçirilen operasyon sonrası psikolojik durumu düşünülünce, hastaya her yönden verilecek olan sosyal destek yaşam kalitesinde olumlu etkilere neden olacak ve hastanın yeterli desteği alması ile iyileşme süreci daha verimli geçecektir.¹⁰

Hemşirelik biliminde son 10-15 yılda tanınmaya başlanan yaşam kalitesi kavramı, hemşirelik girişimlerinin sonuçlarının değerlendirilmesi açısından gittikçe kabul görmektedir. Hemşirelikte yaşam kalitesine yönelik uğraş verme; hastayı rahatlatmaya yardım etme, uygun bakımı verme ve tamamı hemşireliğin alanı içinde olan; yaşamın biyolojik, psiko-sosyal ve sosyokültürel yönünü içeren esenlik durumunu yükseltmeyi hedefleyen hemşireliğin, gerekliliğini ifade etme gerçeğine dayanır.¹²

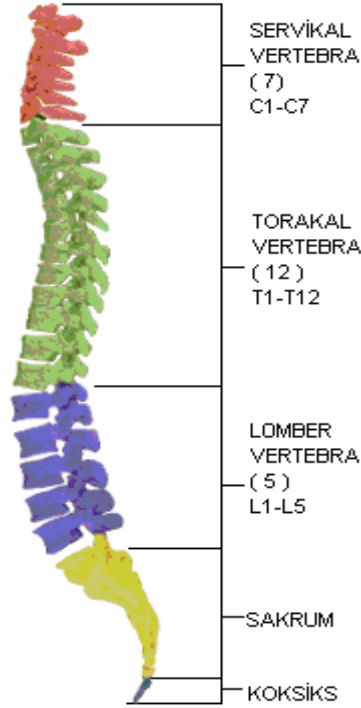
Ayrıca, yapılan literatür incelemesinde gerek yurt içinde gerekse yurt dışında, lomber disk hernisi ameliyatı olan hastalarda yaşam kalitesine ilişkin bu hasta grubunda yaşam kalitesi ile psiko-sosyal destek arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalara rastlanmamıştır. Yaşam kalitesinin yükseltilmesinde psiko-sosyal desteğin önemli olması nedeniyle hemşirelik alanında da bu konuda araştırma yapmaya gereksinim olduğu düşüncesinden yola çıkarak, bu çalışma planlanmış ve yürütülmüştür. Bu çalışmanın yürütüldüğü hastalara planlı taburculuk eğitimi yapılmadığı ve hastaların sadece doktordan aldıkları bilgilerle taburcu edilmesi, postoperatif evde bakımda sorun yaşamalarına ve bu sorunların yaşam kalitesini düşürmesine neden olmaktadır. Bu çalışmanın amacı; lomber disk herni ameliyatı olan hastaların algıladıkları sosyal desteğin yaşam kalitesiyle ilişkisini incelemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Lomber Disk Hernisi

2.1.1. Vertebral Kolon ve Diskin Anatomik Yapısı

Üst üste duran yedisi servikal, on ikisi dorsal, beşi lomber, beşi sakral ve dördü koksigeal olmak üzere 33–34 tane omurun oluşturduğu hareketli bir yapı gösteren vertebral kolon, spinal kolonu ve sinir köklerini mekanik yaralanmalardan koruyan, postürün sürekliliğini sağlayan, omurgayı dengede tutan, kaslar için dayanak bölgesi olan, gövdeyi destekleyen, gövde ve başın hareketlerini sağlayan bir yapıdır. Şekil 1’de vertebral kolonun yapısı gösterilmiştir.^{1,3,13-15}



Şekil 1. Vertebral Kolonun Yapısı (Kaynak www.belfitiği.com).

Vertebra korpusları ikinci servikalden birinci sakrala kadar yarı oynar eklem niteliğindeki 23 intervertebral diskle birbirinden ayrılır. İntervertebral diskler, dışı sert dokuyla kaplı içinde jelatinimsi bir yapıyı barındıran, özgün kan damarlarından yoksun, metabolizmaları difüzyonla desteklenen dokulardır. Kendilerini yenileme olanakları olmadığı için erken dönemde doğumdan sonra gerilemeye başlarlar. Gövdenin alt ve üst kısmında birer plaka ve bu plakaların çevresinde de kemik bir halka yer alır. Omurların yan tarafında uzanan enine transversal çıkıntı adını alan omurga kaslarının tutunduğu çıkıntılar bulunmaktadır.^{1,13,15}

Medulla spinalis L1 seviyesinde sona erdiği için, lomber bölge spinal kökleri ilgili foramenden vertebral kolonu terk etmeden önce, spinal kanal içinde yukarıdan aşağı doğru uzun bir yol katederler. İlgili foramene girmeden önce, kök bir üst seviyedeki diski çaprazlayarak aşağıya doğru ilerlerler. Bu nedenle sinir köklerinin vertebral kolonu terk ettiği intervertebral foramenin bir üst seviyesindeki disk tarafından sıkıştırılması spinal kökün spinal kanal içinde izlediği bu yol ile ilgilidir.

Nükleus pulpozisi saran anulus fibrozis konsantrik lamellerden meydana gelmiş fibroelastik ağ yapısındadır. Diske gelen kuvvetin % 75'ini taşır. Ortada yer alan nükleus pulpozis visköz bir sıvı kıvamında olup, jelatinöz matriks içine gömülmüş olan gevşek, narin, ince kollajen liflerden meydana gelmiştir.⁵

Diskler iki komşu vertebra cismi arasında yer alan hidroelastik bir yapı olup yarı oynar eklemdir, nükleus içinde yer alan sıvının sürekli yer değiştirmesi fonksiyonel ünitenin esnekliğini sağlayarak lomber bölgenin her yöne hareket etmesine olanak verir. Tüm lomber kolon yüksekliğinin % 33'ünü diskler oluşturur. Diskler damar ve sinir dokusundan yoksundur. Beslenmeleri, kartilaj son plaktaki porlardan, ritmik hareketler

ve günlük aktiviteler sırasında oluşan kompresyon ile disk ve omurga korpusu arasındaki sıvı hareketi sonucu oluşan difüzyonla gerçekleşir.^{5,13,15-17}

2.1. 2. Lomber Disk Hernisinin Tanımı

Herniasyon; bir organın tamamının veya bir kısmının, normal anatomik yapı gereği içinde bulunması gereken boşluğun, kılıfın veya bölgenin dışına çıkmasıdır. İntervertebral disk herniasyonu ise; nükleus pulpozisin, anulus fibrozisten dışarı çıkmasıdır. Bel bölgesinde meydana gelen herniasyon lomber disk herniasyonu adını alır.^{4-6,9,11,13,15-18}

2.1. 3. Lomber Disk Hernisinin Tarihçesi

Lomber disk hernisi ile ilgili terimlerin çok eski zamanlardan beri kullanılmasına karşın tıp literatürüne ne zaman geçtiği tam olarak belli değildir. Konu ile ilgili ilk literatür bilgileri 1911 yılında faset (birbiri üzerinde kayan) eklemlerin bel ve bacak ağrılarının nedeni olabildiğini gösteren Goldhwait tarafından yapılmıştır. Ghormley ve arkadaşları ilk kez faset sendromunu tanımlamış, Wiliams tedavide fasetektomi önermiştir. İntervertebral disk hernilerine ilişkin geriye baktığımızda, Hipokrat tarafından bel ve uyluk ağrısının tanımlandığı, diskin anatomik yapısının Vesalius tarafından tanımlandığı bilinmektedir. Cortugno 1764 yılında ilk kez siyataljiyi tanımlamıştır. Charles Bell 1874'te post travmatik disk herniasyonu modeli geliştirmiştir. 1934 yılında Mixter ve Barr tarafından disk hernisi nükleus pulpozisin yırtılan anulus fibrozis lamelleri arasından geçerek dışarı taşması olarak tanımlandı. Bu disk hernisinin o güne kadar yapılmış en doğru tanımıdır. 1933'te rüptüre diske ilk cerrahi müdahalede Mixter ve Barr tarafından yapıldı. Bu olay lomber disk cerrahisinin yayılıp daha fazla araştırılmasına neden oldu. Dr. Love laminektomide, mikroskobun

kullanılmasında Dr.Yaşargil, fasektomide Caspar, endoskopik disk cerrahisinde ise Kambin günümüze kadar gelen gelişmelerine öncülük etmişlerdir.^{9,15,19-22}

2.1. 4. Lomber Disk Hernisinin Etyolojisi ve Risk Etmenleri

Disklerin içeriklerindeki sıvı miktarı fetüste %90 iken, çocuklukta bu oran %80'e, yetişkinlerde ise % 50-60'lara kadar düşer ve diskler zamanla yassı bir hal alır. Buna bağlı olarak yaş ilerledikçe boyda kısalma meydana gelir. Sonuç olarak, mikro çatlaklar oluşur ve diskler üzerine binen aşırı yük veya bireyin yanlış bir hareketi anulus fibrozisin yırtılarak nükleus pulpozisin dışarı taşmasına yani disk herniasyonuna neden olur.^{6,9}

Disklerde meydana gelen sıvı miktarındaki azalmaya disklerdeki beslenme bozukluğu, mikro seviyedeki kimyasal değişiklikler disklere uygulanan mekanik güçlerin meydana getirdiği dejenerasyona eşlik eder. Diskler zaman içinde sahip oldukları elastik kıvamı kaybederler ve kendilerine uygulanan kuvveti çevre dokulara dengeli bir şekilde dağıtma görevlerini yerine getiremezler.^{3,13-15,23}

Lomber disk hernisinin etyolojisinde dört ana etmen rol oynamaktadır. Bunlar; mesleki etmenler, yapılan sporlarla ilgili etmenler, kişinin kendisiyle ilgili etmenler ve psikolojik etmenler olarak gruplandırılır.^{13,15}

-Mesleki etmenler; ağır yük kaldırmayı ve yükü kaldırırken uygun vücut mekaniklerini kullanmamayı, yük kaldırırken rotasyon hareketi yapmayı, yükü tartmadan kaldırmayı, asimetrik yük kaldırmayı ve vibrasyon yapan aletlerle çalışmadır. Titreşimli aletlerle çalışan insanlarda, sürekli ağırlık kaldırmak zorunda olan ve bunu bilinçsiz yapan kişilerde bel fitiği oluşma oranı yüksektir.^{3,13-15}

- Sporla ilgili etmenler; futbol, güreş, halter, kürek çekme gibi spor yapanları ve birçok egzersizi yapma çabasını gösterirken beli aşırı zorlamadır. Postural

anomaliler, egzersiz yetersizliği, sistemik hastalıklar intervertebral disklerde dejenerasyona neden olmaktadır.^{6,11,13}

- **Kişinin kendisiyle ilgili etmenler;** bu etmenler arasında ilk sırada sigara kullanımı gelmektedir. Bilindiği gibi sigara disklere giden kan akımını bozmakta ve disklerin beslenememesine neden olmaktadır. Diğer etmenler yanlış duruş ve oturuş, kemik veya disklerin enfeksiyonları, omurgadan başlayan veya omurgaya sıçramış kanserler, multiple myeloma, böbrek enfeksiyonları ve diğer böbrek hastalıkları, kadın genital organ hastalıkları, sistemik hastalıklar ve bağ dokusu hastalıklarıdır. Yaşın ilerlemesiyle zaman içinde diskin yapısında bozulmalar meydana gelir, yenileme ve tamir olayları oluşmadığından erezyonlar sonrasında diskte yapı bozuklukları yerini hernilere bırakır. Boyun uzun olması zaman içinde ayakta veya otururken postür bozukluklarına yol açtığından lomber disk hernileri için risk faktörüdür. Obezite omurganın sağlığı için gerekli basıncın yer değiştirmesi ilkesini engellediği ve bel açısının artmasına neden olduğundan disk hernisi için risk faktörüdür. Bu konuda yapılan çalışmalarda çevresel etkenlerden arındırılsa bile lomber disk hernisi hikayesi olan bazı ailelerde görülme oranında bir değişiklik olmadığı gözlenmiştir. Disklerin genetikte aktarılan yapı farklılıkları herni oluşumu için risk faktörü oluşturabilmektedir.^{5,6,15,20,24}

Lomber disk hernisine neden olan psikolojik faktörler stres ve gizli depresyondur.^{5,9,20,24}

2.1. 5. Lomber Disk Hernilerinin Fizyopatolojisi

Macnab'un yaptığı sınıflandırmaya göre disk herniasyonu iki tipte oluşmaktadır;

a) Anüler Bulging (bombeleşme)

Anülüste yırtık yoktur. İkiye ayrılır;

1-Periferal Anüler Bulging; anülüs omurga kenarı boyunca dışarı taşar.

2-Lokalize Anüler Bulging; Çıkıntı şeklinde herniasyon söz konusudur.

b) Disk Herniasyonu

Anülüste yırtıklar vardır. Üçe ayrılır;

1-Prolapsus; Anülüste birkaç tabakada yırtıklar oluşur. Nükleus pulpozis spontan olarak yırtıklar doğrultusunda hernileşir.

2-Ekstrüzyon; Anülüsün bütün lamelleri yırtılmıştır. Nükleus longitudinal (uzunlamasına) ligamentin altına kadar hernileşir.

3-Sekestrasyon; Ekstrüde (dışa taşmış) olan nükleus içeriği diskten koparak spinal kanal içinde serbest olarak bulunur.^{14,15}

2.1. 6. Lomber Disk Hernilerinde Klinik Bulgular

Lomber disk hernilerinin düzeyine, bası altındaki sinir inflamasyonuna, yakın kas dokularındaki irritasyona bağlı olarak yakınmaların niteliği ve sayısı da artmaktadır. Bu belirtiler hastalığın başlangıcından ilerleyen döneme doğru sırayla aşağıda belirtilmiştir:

- Ayakta veya ayak başparmağında tek veya çift yönlü uyuşma, kuvvet kaybı tutulan bölgedeki sinir sıkışması sonrası ortaya çıkan ilk belirtidir. Bu belirtiyi kas spazmları izler. Genellikle hastalar tarafından önemli bulunmayan bir belirtidir.
- Ağrı; hastalığın ilerlemesiyle var olan uyuşma sorunu bacağı kaplar tarzıdır ve herhangi bir tedavi uygulanmazsa yerini ayakta, bacakta, kalçada ve belde ağrıya bırakır. Ağrının zaman içerisinde artışı hastalarda öne eğilerek, topallayarak, topuk veya ayak parmaklarına basarak yürüme gibi postür ve yürüyüş bozukluklarına neden olur.

- Mesane ve barsak inkontinansı; varolan hastalığın tedavi edilmemesi, hastalığın daha ileri aşamalarına kadar ulaşması sinir basısının artmasının sonucu olarak gelişir.
- Paralizi; hastalığın tedavi edilmediği durumlarda varılan son nokta sinirlerin aşırı sıkışması sonucu tutulan bölgenin alt tarafındaki ekstremitenin felcidir.^{1,14-16,25,28}

Sık görülen L4-5 disk protrüzyonlarında (dışa doğru çıkma) ağrı karakteristik olarak kalçanın arka kısmından uyluk ve bacağın arka-yan bölümü boyunca uzanır. Aynı şekilde sık görülen L5-S1 disk protüzyonlarında ağrı karakteristik olarak kalçada, uyluğun ve femurun arka kısmında lokalize olup ayak topuğuna kadar uzanır. Daha az sıklıkta görülen L3-4 disk protüzyonlarında ise kasıkta bir miktar olmakla beraber, ağrı uyluğun ve ayak bileğinin medial (orta çizgiye yakın) bölümüne kadar femurda yayılır. Eğer disk ekstrüde (dışa taşmış) olursa, anulus fibrozis ve posterior longitudinal ligamentteki ağrı liflerini geremeyeceğinden bel ağrısında gerçek bir azalma olabilir. Beraberinde şiddetli siyatik ani bir azalmayla sonuçlanacaktır fakat bu durum sinir kökünün büyük ölçüde baskılanmasına bağlı olarak gelişen fizyolojik iletimin kesilmesi ile birlikte olduğundan ağrının azalmasına motor ve duyu kaybı eşlik eder.^{26,29}

2. 1.7. Lomber Disk Hernisinde Tanı Yöntemleri

Hasta Öyküsü; Burada ağrının niteliği, yeri, geçirilmiş bir travmanın olup olmadığı, ağrının süresi, hastanın şikayetleri anlatırken gösterdiği ruh hali ve davranışları dikkate alınır.

Fizik Muayene; Hastanın anatomik yapısı ve normal fiziksel aktiviteleri incelenir.

Direkt Grafi; Direkt grafiler, disk hernilerinin değerlendirilmesinde kısıtlı bir değere sahip olmasına karşın tutulan disk mesafesinin, komşu kemik yüzeylerinde skleroz ve osteofitik dejeneratif değişiklikleri ortaya koyar.

Myelografi; Kontrast madde kullanılarak L3-L4 veya L4-L5 seviyesini incelemek amacıyla kullanılır, ancak günümüzde az kullanılan bir yöntemdir.

Bilgisayarlı Tomografi; L3-L4, L4-L5 ve L5- S1 aralığının incelenmesinde, kemik pencerelerinin incelenmesinde kullanılan etkili bir yöntemdir.

Manyetik Rezonans Görüntüleme(MRG); MRG yumuşak doku çözümüleme gücü en yüksek olan radyolojik görüntüleme yöntemidir.^{1,9,14}

2.1.8. Lomber Disk Hernilerinde Tedavi Yöntemleri

Lomber disk hernilerinde tedavi programı, anamnez muayene bulgularıyla saptanan etiyolojik faktörlere, fonksiyonel anatomik değişikliklere bağlı olarak ortaya çıkan ağrının nitelik ve niceliğine göre değişiklik gösterir. Tıbbi tedavinin yetersiz kaldığı durumlarda son seçenek olarak cerrahi tedavi uygulanır. Lomber disk hernisinin başlangıç döneminde bel masajı, akupunktur ve manuplasyon gibi tedavilerden biri egzersiz ve hasta eğitimi ile birlikte uygulanır. Hastalığın başlangıç döneminde bulunan hastalara egzersiz ile beraber fizik tedavi de uygulanmaktadır. Bu tedavilerin olumlu bir etkisi gözlenemezse ilaç tedavisi ve kısa süreli yatak istirahati önerilir. Bu tedavilerle de sonuç alınamazsa hastaya cerrahi tedavi uygulanır. Lomber disk hernisinde tedavi seçiminde kullanılan klinik evreleme aşağıdaki gibidir;

1. Ani, yatak istirahati ve ilaçlarla geçmeyen bel veya ayak ağrısı,
2. Kısmen rahatlama zamanları içeren fakat sıklıkla artan, düzelme süresi uzamaya başlayan, tekrarlayan ağrılı dönemler,

3. İlaç tedavisi ve istirahate cevap vermeyen, hastanın çok şikayetçi olduğu sosyal, iş ve aile yaşantısını zora sokan ağrılı dönemler,
4. Yukarıdaki 3 durumdan biriyle birlikte, ayakta ortaya çıkan kuvvetsizlik, duyu kaybı, idrar yapma ve dışkılama sorunları varlığına ek olarak tanısı kesin konmuş disk hernisi tablosu,
5. Yerleşmiş bel ağrısı, yürürken ayaklarda kesilme hissinin oluşması, ağrı ve postür bozukluğu, MR'da birden fazla seviyede oluşmuş disk hernilerine bağlı omurilik kanalında daralma,
6. Hiçbir şikayeti kalmamış hastada MR' da görülen bel fitiği,
7. Ağrı hissedilmemesine karşın, ekstremitelerde kalıcı kuvvetsizlik ve idrar inkontinası sorununun olması.

1–2–3–4. evrelerde önerilen tedavi yatak istirahati,

1–2–3–4–5. evrelerde önerilen tedavi ilaç kullanımı,

1–2–3. evrelerde önerilen tedavilere ek olarak fizik tedavi ve egzersiz,

3–4–5. evrelerde ise önerilen tedavi cerrahi tedavidir.^{1,3,9,14,16}

Lomber disk hernilerinde kullanılacak tedavi ister tıbbi ister cerrahi olsun tercih edilen tedavide;

- Ağrının azaltılması,
- Hareket yeteneğinin arttırılması,
- Meydana gelme olasılığı olan kalıcı hasarların ve sakatlıkların en aza indirilmesi,
- Disk hernisinin tekrarlanmasının önlenmesi,
- Kronik ağrı ve sakatlığın ilerlemesinin engellenmesi hedeflenmektedir.^{1,9}

Lomber disk hernilerinde tedavi seçiminde uygulanan tanı yöntemleri sonucunda hastalığın seviyesi belirlenir ve uygun tedavi yöntemi uygulanır. Lomber disk hernilerinde tedavi yöntemleri ana başlıklarına göre üçe ayrılır. Bunlar;

1. Alternatif Tedaviler

Bel masajı-manuplasyon, akupunktur, tetik noktası enjeksiyonları; erken dönemde az-çok etkili bir tedavi yöntemidir. Bel çekmek; herhangi bir olumlu etkisi olmamakla beraber aşırı zorlama durumunda oldukça zararlı da olabilmektedir. Kupa yapıştırmak, kuşak sarmak, balık bağlamak, çeşitli otlar bitki karışımları bağlamak/sürmek, tens gibi tedavi yöntemleri olumlu veya olumsuz hiçbir etki içermeyen tedavi yöntemleridir.⁹

2. Konservatif Tedaviler

- Yatak istirahati; bel hareketlerinde çok ciddi kısıtlılık olan ve buna bacak ağrısının da eklenmiş olduğu hastalara 3-4 günlük diz ve kalçaların fleksiyonda iken sırt üstü yatış veya bacaklar arasına ince bir yastık konarak yan yatış pozisyonunda yatak istirahati önerilmektedir. Yatak istirahatinde yüz üstü yatış pozisyonu hiperlordoz yaratacağı için kesinlikle önerilmemektedir.
- Analjezikler-Kas Gevşeticiler
- Egzersiz ve Hasta Eğitimi; bu tedavi yöntemleri bel kaslarını güçlendireceği dolayısıyla disklere binen yük miktarını azaltacağı için etkinliği kanıtlanmış bir yöntemdir. Hasta eğitimi, doğru vücut mekanikleri ve günlük hayatta bele zararlı birçok hareketin engellenmesini içerir.
- Traksiyon- Korse; etkinliği olmadığı için kabul görmeyen bir tedavi yöntemidir.
- Fizik Tedavi Yöntemleri; Lomber disk hernisinin erken döneminde etkili olan, ileri dönemlerde geçici rahatlama sağlayan tek başına kalıcı çözüm içermeyen

ameliyat sonrasında destekleyici tedavi yöntemi olarak etkili olan bir tedavi yöntemidir.^{1,14}

3. Cerrahi tedavi

Cerrahi tedavinin endike olduğu durumlar, ülkeden ülkeye ve ilerleyen teknolojik gelişmelerle değişim göstermektedir. Örneğin, ABD’de yayınlanan seriler cerrahi girişimi daha geniş endikasyonlar için rasyonel kılmakta iken, İngiltere ve Kıta Avrupası kaynakları cerrahi girişimi daha kısıtlı olgularda uygulamaktadır.⁹

Hasta, konservatif tedaviden yarar göremediğinde, şiddetli ağrılar hastanın normal yaşamını sürdürmesine engel olduğunda, düşük ayak, motor kayıpları, sfinter kontrol kayıpları, ileri derecede duyu kayıpları ve atrofiler gibi nörolojik defisitler geliştiğinde, flask parapleji, sfinkter kontrol kayıpları, bilateral dağılık duyu bozuklukları gibi kauda kopresyonuna (sıkışma) ait klinik bulgular geliştiğinde uygulanmaktadır.^{1,9,13,18}

Cerrahi tedavide amaç, spinal kanalda veya foraminalarda sinir köklerine bası yapan nükleusu çıkarmak, yeni hernileşmeleri önlemek için anulus içinde kalan nükleus parçalarını almaktır. Lomber disk hernilerinin patolojilerine göre klasik diskektomi, mikrodiskektomi, endoskopik diskektomi yöntemleri uygulanmaktadır.^{13,18,25}

Laminektomi; vertebra arkusunun (vertebranın yay şeklindeki arka kısmı) çıkarılması işlemidir.²⁵

Spinal füzyon; vertebralar arasına kemik grefti yerleştirilmesi işlemidir. Greft materyali genellikle hastanın krista iliakasından alınır. İntervertebral disk çıkarıldıktan sonra, kemik grefti vertebra cisimleri arasına yerleştirilir ve bu kısmın hareketsiz olmasını sağlar. Füzyonun uygulanabileceği vertebra sayısının beşi geçmemesi gerekmektedir. Aksi takdirde spinal kolonda hareket kaybı olur.²⁵

Klasik diskektomi; herniasyona uğramış diskin çıkarılması işlemidir. Tıp alanındaki teknolojik gelişmeler sayesinde günümüzde kullanımı azalmış bir yöntemdir.²⁵

- Mikrodiskektomi; bir mikroskop aracılığı ile küçük bir insizyonla herniye bölgenin tamir edilmesi işlemidir. Yaklaşık 30 dakika süren, kan kaybı ve enfeksiyon riskinin oldukça az olduğu, erken taburculuk olanağı veren ve iyileşme süreci hızlı olan, hastalığın tekrarlanma riskini en aza indiren, günlük yaşantıya kısa sürede geçişi sağlayan bir yöntemdir. 1-2 cm'lik cilt kesisi yapılarak, mikrodiskektomi ekartörü (ameliyat bölgesini genişletmekte kullanılan alet) yerleştirilir, mikroskop altında omurilik, sinirler ve fitik dokusu ortaya konularak, fitik dokusu çıkarılır.^{1,14,16}

Endoskopik Diskektomi; küçük bir cilt kesisinden gönderilen endoskopik tüp içinden görüntü kamerası ve cerrahi aletlerin yardımıyla yapılan bir ameliyattır. Ameliyat sırasında doku zedelenmesini en aza indiren, kan kaybı veya enfeksiyon riski düşük olan, ameliyat sonrası çok az ağrıya neden olan, hastalığın tekrarlanma riskini en aza düşüren bir yöntemdir.¹¹

2.1.9. Lomber Disk Hernilerinde Hemşirelik Bakımı

Lomber disk hernisi tanısı olan ve ameliyat olması planlanan ameliyat öncesi ve sonrası hemşirelik bakımı, aşağıdaki temel bakım ilkelerini kapsar;

Ameliyat Öncesi Hazırlık ve Bakım

- Hastaya ameliyat sonrası sık dönmesi gerektiği ve bunu nasıl yapacağı anlatılır.
- Ameliyat öncesinde hastanın nörolojik durumunun değerlendirilmesine ilişkin bulgular ameliyat sonrası bulgularla karşılaştırmak için saptanır.

- Pulmoner komplikasyonları önlemek için ameliyat sonrası derin solunum, öksürme ve dönmenin yararları anlatılır.
- Hastaya hangi aktiviteleri yapmaması gerektiği açıklanır. Ameliyat bölgesinin fleksiyonu, ekstansiyonu, dönme ve ıkınma önlenir. Ani hareketlerin sırt bölgesini nasıl etkileyeceği anlatılır.
- Hasta ve yakınları ameliyata ilişkin merak ettikleri konuları sormaları için desteklenir.
- Hasta ameliyat sonrası özel bir yatağa alınacaksa, bu hastaya açıklanır.²⁵

Ameliyat sonrası bakım

Erken ameliyat sonrası erken dönemde (ilk 48 saatte), hemşirelik bakımı oluşabilecek komplikasyonları erken tanıma ve önleme üzerine odaklanmaktadır.²

- Hastaya doktor istemine göre uygun pozisyon verilir ve pozisyon hasta yakınlarına açıklanır. Hasta sırt üstü düz, vertebralar anatomik pozisyonda, bacak altına yastık konularak, diz ve kalçanın hafif fleksiyonu sağlanacak şekilde yatırılmalıdır. Hastanın döndürülmesine izin verildiğinde, pozisyon iki saatte bir değiştirilir. Hasta döndürüleceği zaman spinal kolonun düz olmasına dikkat edilir. Hasta ameliyat sonrası yan yatırılacaksa, sırttaki gerilmeyi önlemek için spinal kolon düz tutulur, kalça biraz geri çekilerek denge sağlanır, üst bacak bükülü olmalı ve bacaklar arasına yastık konur, üstte kalan kolun altına da yastık konularak kol desteklenir.^{2,11,25}
- Hastanın yataktan kalkmasına izin verildiğinde kalkmadan tansiyonu ölçülür. Hasta yataktan kalkarken başı dönerse, yatakta biraz beklemesine izin verilir. Dolaşırken düşmesini önlemek için hastaya terlik yerine ayakkabı giydirilmesi uygun olur.^{2,11,25}

- Hastanın solunum ve kardiyovasküler sistem fonksiyonları stabil oluncaya kadar belli aralıklarla izlenir. Nörolojik fonksiyonlar, ekstremitte duyu kaybı, hassasiyet, kuvvet kaybı yönünden muayene edilerek ameliyat öncesi bulgularla karşılaştırılır. Hastanın drenleri varsa drenaj miktarı, rengi izlenir. Ameliyat bölgesi kanama ve beyin omurilik sıvısı sızıntısı yönünden izlenir.^{2,11,25}
- Ameliyat sırasında sinir irritasyonuna bağlı olarak sırt ve kalça kaslarında spazm, bacak kaslarında ağrı ve uyuşma gelişebilir. Ağrı ve spazmlar analjezikler ve kas gevşetici ilaçlar, doğru döndürme ve anatomik pozisyonun sağlanması ile engellenebilir.⁶
- Hasta ameliyat öncesi var olan ağrı uyuşma gibi belirtilerin ameliyat sonrası hemen düzeleceğini düşüneceğinden bu konuda yapılması gereken açıklamaların yapılmaması hastada ameliyatın başarısız geçmiş olduğu düşüncesine bağlı hayal kırıklığına ve sağlık ekibine karşı güven kaybına neden olacağı unutulmamalıdır.^{2,11,25}
- Hasta ameliyat sonrası erken dönemde düzenli olarak idrara çıkıncaya dek aldığı çıkardığı takibi yapılmalıdır. Hasta ameliyat sonrası ilk 8 saat idrar çıkarmadıysa, ya da sık sık az miktarda çıkarıyorsa mesane distansiyonu gelişebilir. Böbrek fonksiyonları normale dönünceye kadar aralıklı kateter uygulamak gerekebilir.^{2,11,25}
- Anestezik analjezik ilaçlar, retroperitoneal kanama, barsakları uyarıcı sinirlerin yaralanması ya da ödemi geçici olarak parolitik ileusa neden olabilir. Hastanın barsak fonksiyonları izlenerek, gaz çıkarmaya başlayana ve barsak sesleri normale dönünceye kadar oral alıma izin vermemeye özen gösterilmelidir. Abdominal distansiyon, kusma, barsak seslerinin kaybolması, hastada bel

ağrılarının artması intestinal obstrüksiyon belirtisi olabilir. Bu bulgular hemen doktora bildirilmelidir.^{2,11,25}

- Hastada gaz çıkışı barsak seslerinin normale dönmesi oral alıma başlamak için gereken ölçütlerdir. Ameliyat sonrası ilk 48 saat barsak fonksiyonları düzensiz olabilir. Defekasyonda zorlanma, konstipasyon bel ağrısını ve ameliyat bölgesindeki basıncı arttırabileceğinde hastanın konstipe olmaması için gereken önlemler alınmalıdır.²⁵
- Ameliyat sonrası pulmoner komplikasyonların gelişimini önlemek amacıyla hastaya derin solunum ve öksürük egzersizleri yaptırılmalı ve erken mobilizasyonu sağlanmalıdır. Hastaya yataktan nasıl kalkacağı, kullanması gerekiyorsa korseyi nasıl kullanacağı, uzun süre oturmanın veya ayakta kalmanın sakıncaları hakkında bilgi verilmelidir.^{3,4,6}
- Hastanın bağımsızlığını arttırmak amacıyla aktivite sınırlılıkları göz önüne alınarak kendi bakımlarına katılımları sağlanmalı, aktiviteleri tolere ettikçe yavaş yavaş arttırılmalıdır.

Ameliyat sonrası cerrahi girişime bağlı olarak durameterin tamamen kapatılmaması, durada yırtık oluşmasına ve beyin omurilik sıvısı sızıntısına neden olabilir. Beyin omurilik sıvısı (BOS) sızıntısı olan hastalarda şiddetli baş ağrısı, yara bölgesindeki sargılarda berrak drenaj, gelen sıvının glikoz testinin pozitif olduğu görülür. Dural yırtığın iyileşmesi için hastanın 7-10 gün yatak istirahatine alınması veya ameliyatın yeniden yapılması gerekebilir.^{1,2}

Bu hasta grubunda taburculuk eğitimi:

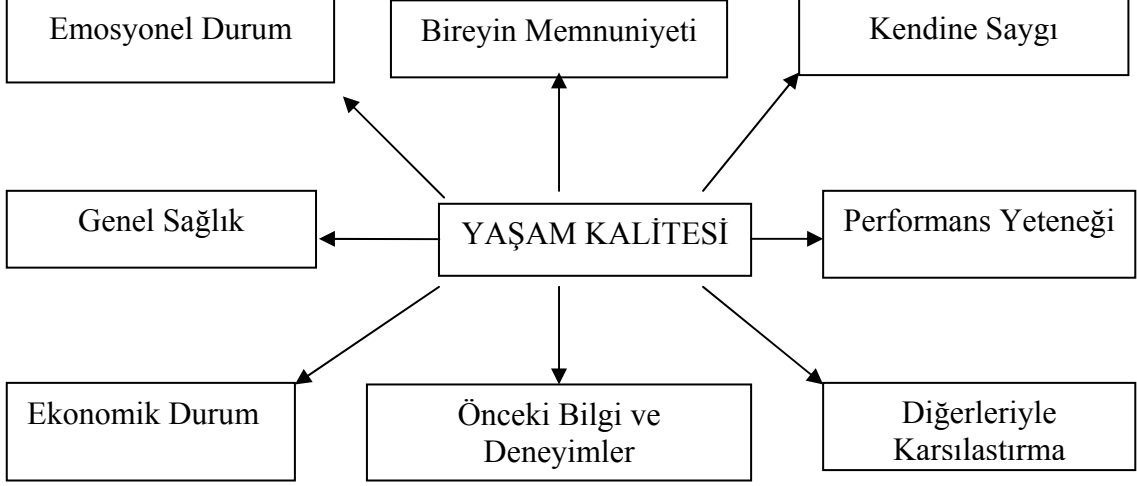
- Aktivite kısıtlaması; hastanın günlük yaşam aktivitelerinin birçoğunu yapamaması geri kalan kısmını da sınırlı bir düzeyde yapması yaşam kalitesini olumsuz etkiler ve yapamadığı her aktivitede sosyal desteğe gereksinim duyar.
- Aktivitelerin yavaş yavaş arttırılmasının önemi; burada ameliyattan kaynaklanan bir doku bütünlüğü bozulması ve operasyon geçirmiş bölgenin en az bir ay kadar hassasiyetinin sürmesi aktiviteleri yardımla ve belli aşamalar halinde yapmasını gerektirir.
- Evde ağrıyla baş etme yöntemleri; hastaya ağrısı çok şiddetli olmadığı sürece her ağrı yaşadığında analjezik kullanmak yerine herhangi bir uğraşıya odaklanarak ağrı düşüncesinden uzaklaşması veya ağrısı olduğunda yatış pozisyonunu değiştirmesi, dinlenmesi önerilir. Ağrı hastanın yaşam kalitesini oldukça olumsuz etkileyen bir etmendir.
- Evde iyileşme sürecinde dikkat edilmesi gereken kurallar; hasta iyileşme sürecinde belli kurallara bağımlı olarak yaşamını sürdüreceğinden bu durum yaşam kalitesini olumsuz etkiler ve sosyal desteğe gereksinim oluşturur.
- Beden ağırlığını normal sınırlarda sürdürme; hasta var olan beslenme alışkanlığından vazgeçerek yeni bir beslenme alışkanlığına uyum sağlamak zorunda kalır. Beslenme gibi geçmişten beri süregelen önemli bir alışkanlığın değişmesi yaşam kalitesini olumsuz etkiler.
- Normalin dışında hekime bildirilmesi gereken belirti ve bulgular
- Ameliyat sonrası alaturka tuvalet kullanımının, erken dönemde merdiven inip çıkmanın çok önemli komplikasyonlara yol açacağı, bu nedenle alafranga tuvalet kullanılması ve ne zaman merdiven inip çıkacağı,
- Kontrollerin önemi gibi bilgileri içermelidir.⁴

- Hastanın ameliyat sonrası komplikasyonları önlemek için yapması gereken uygulamalar (derin solunum ve öksürük egzersizleri, bacak egzersizleri gibi) ve dikkat etmesi gereken noktalar, yatağa yatma ve kalkma, belin ekstansiyonu ve fleksiyonundan kaçınmanın önemi açıklanır.^{10,25}

2.2. Lomber Disk Hernisi ve Yaşam Kalitesi

2.2.1. Yaşam Kalitesinin Tanımı ve Tarihsel Gelişimi

Yaşam kalitesi; bireyin kendi yaşamına ilişkin genel doyumudur. Bütün evrensel bilimler, yaşam kalitesini kendi bakış açılarına göre tanımlasalar da, özetle yaşam kalitesi, mutluluk, doyum, uyum olarak tanımlanmış, yaşam doyumunu, yaşam memnuniyeti ve mutluluk kavramları ile eş anlamlı olarak kullanılmıştır. Yaşam kalitesi, bireyin içinde bulunduğu çevre, ekonomik durumu, ilişkileri gibi yaşamı ilgilendiren pek çok unsurda doyumunu içine alan bir kavramdır. Dinamik bir özellikte çok yönlü özellikler taşıması ve sürekli gelişim içinde olması bu kavramın tanımlanmasını güçleştirir. Aslında birçok tanımdan farklı olarak yaşam kalitesi; genel anlamda bireysel iyi oluşu tanımlayan sosyolojik, psikolojik, ekonomik ve kültürel etmenlerle belirlenir. Peterson, yaşam kalitesini alt etmenlerle değerlendirir. Bu alt etmenler; genel sağlık, performans yeteneği, emosyonel durum, bireyin memnuniyeti, kendine saygı, diğer insanlarla karşılaştırma, ekonomik durum ve yaşanmış deneyimlerdir. Yaşam kalitesini etkileyen birçok etmen bulunmaktadır (Şekil 2'de Yaşam Kalitesinin Tanımında Etkili Olan Etmenler Verilmiştir.)^{15,28}



Şekil 2 Yaşam Kalitesinin Tanımında Etkili Olan Faktörler (Ware J. E. Sayfa 3331).

Yaşam kalitesi kavramını ilk kez Thorndike sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi olarak tanımlamıştır. Andrews ve Withney bireylerin doyum ve sosyal ilişkilerinin kesişimi, Weinstein ve Frankel ise bireyin kendi yaşamında doyum bulduğu mutluluk kapasitesi olarak tanımlamışlardır.¹²

Yaşam kalitesi, yıllarca esenlik ve mutluluk ifadesi olarak felsefe bilimi içinde ele alınırken, 1960'lı yıllarda öncelikle sosyoloji ve ekonomi bilimlerinin, daha sonra da psikoloji biliminin uğraş alanına girmiştir. 1970'li yıllardan sonra sağlık, tıp ve hemşirelik alanında üzerinde durulan bir kavram olmuştur.¹²

Sağlık alanında yaşam kalitesi; bireyin kendi yaşamına ilişkin genel doyumunu olarak değerlendirilmekte, yaşam doyumunu, yaşam memnuniyeti ya da mutluluk ile eşanlamlı olarak kullanılmaktadır.¹²

2.2.2. Lomber Disk Hernisi Olan Hastalarda Yaşam Kalitesi

Hareket insanın fiziksel ve ruhsal olarak vazgeçemeyeceği mekanizmalardan biridir. İnsanın yaşamını sürdürmesini sağlayan solunumdan sindirime birçok fonksiyon hareket mekanizması ile desteklenir ve bu mekanizmaya doğrudan bağlıdır. Herhangi bir nedenle yaşamın her adımında önemli oranda etkili olan hareket mekanizmasında bir kısıtlılık veya engel oluştuğunda kişi günlük aktivitelerini yerine getirememesi nedeniyle fiziksel ve ruhsal anlamda önemli derecede etkilenir. Bir hastalık olarak Lomber Disk Hernisi, ilerledikçe artan bir hareket kısıtlılığının yanı sıra ciddi boyutlarda ağrıya da neden olmaktadır. Ağrı kişinin fiziksel fonksiyonlarını sınırlandırarak kişinin yaşam kalitesini belirgin bir şekilde düşürmektedir. Lomber disk hernisinde kişinin hareket mekanizmasının etkilenmesinden dolayı günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememesi, ameliyat öncesi ve sonrası dönemde yaşanan ağrı, hareket kısıtlılığı, sosyal becerilerde bozulma, beslenme alışkanlığını değiştirmek zorunluluğu, aktivitelerin birçoğunda başkasına bağımlı olmak hastanın yaşam doyumunu olumsuz yönde etkileyecektir.^{1,5}

Yeni sağlık hizmetleri felsefesine göre; hemşireler hastaların yaşam kalitesini yükseltmede, karşılıklı saygı ve işbirliğine dayanan bütüncül bir yaklaşım içinde yaşam kalitesini değerlendirmelidir. Yaşam kalitesini değerlendirmede hemşireler anahtar rolü oynayan kişilerdir.¹²

Hemşirelerin yaşamın kalitesini koruma, geliştirme ve iyileştirme sorumlulukları vardır. Bu sorumlulukları yerine getirirken önce yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesini etkileyen, ağrı ve hareket kısıtlılığı gibi etmenlerin belirlenmesi gerekir. Yaşam kalitesini etkileyen faktörler, bireyin yaşam süresince fiziksel, entelektüel ve ekonomik olanak ya da sınırlılıklarında ki değişikliklere bağlı olarak

sürekli değişmektedir. İnsanların sağlıklarında herhangi bir sapma olduğunda yaşamdan doyum bulmaları bozulabilir. Bu noktada hemşireliğin rolü ve amacı, hastaya yardımcı olmak, en kısa zamanda kendi bakımını üstlenmesini sağlamak ve bu süreç içerisinde de yaşam doyumunu maksimum düzeye çıkarmaktır.¹²

2. 3 Lomber Disk Hernisi ve Sosyal Destek

2. 3. 1 Sosyal Desteğin Tanımı ve Önemi

Sosyal destek, genellikle stres verici bir durumda kişiye yakından bağlı insanlar tarafından sağlanan maddi ve manevi yardım olarak tanımlanabilir. İnsan yaşamında kişinin yakın çevresinin ve kendisinin oluşturduğu bir sosyal ağdan söz edilebilir. Sosyal destek birey tarafından algılanan bu sosyal ağın yeterince destekleyici olup olmadığı anlamına gelmektedir. Sosyal ağın yeterince destekleyici olması ise kişinin karşılaştığı hastalık, ameliyat v.b gibi durumlar karşısında yüz yüze kaldığı stresle baş etmede, çevresini yanında hissederek gerekli baş etme yöntemlerini keşfetmesini ifade eder. Bu yöntemleri kullanırken sosyal ağa dahil olan eş, aile, arkadaş, çocuklar ve akrabalar gibi kişilerle yeterli ve doyurucu nitelikte birlikteliğini ve buna bağlı olarak zaten var olan stres etkenlerine bir de yalnızlık duygusunun eklenmemesini ifade eder.^{29,30}

Sosyal desteğin genellikle kabul gören genel bir tanımı yoktur. Sosyal destek, burada, destek gereksinimleri, erişilebilir kaynaklar ve doyumunu içeren çok boyutlu bir yapı olarak tanımlanmaktadır.²⁹⁻³²

Literatürde sağlık alanında sosyal destekle ilgili iki kavramsal model açıklanmıştır; doğrudan etki modelleri, sosyal desteğin sağlık durumunu geliştirdiğini, benlik saygısını güçlendirdiğini ya da algılanan kontrol duygusunu artırdığını kabul

etmektedir. Diğer taraftan strese karşı bir kalkan olarak kabul eden modeller, bir kişi tehdit altında kaldığı zaman, sosyal desteğin bilgi düzeyini, duygusal iyilik halini artırdığını ya da somut kaynakların sağlık üzerinde olumlu etkileri bulunduğunu vurgulamaktadır.^{33,34}

Sosyal desteğin işlevsel boyutlarına ek olarak, destek ilişkilerinin yapısının sağlıkla ilgili sonuçları bulunmaktadır. Desteğin yapısal parçaları, sosyal temasların sıklığı, destek kaynağı olan ilişkiler, karşılıklı destek fırsatı ve bireylerin destekleyici ilişkilerle bütünleşmesi şeklinde sıralanabilir. Desteklenmiş olduğunu hissetme duygusu kurulan sosyal temastan çok daha fazla faktör tarafından belirlenmektedir. Duygusal destek, benlik saygısı, kendilik değeri ve ait olma duygusu üzerinde olumlu etkileri olan rahatlatma, duygulanım ve desteklemeyi kapsamaktadır.³¹

Son 25 yıldır, bir baş etme kaynağı ve hastalıklara karşı koruyucu olarak sosyal desteğin rolü büyük ilgi uyandırmaktadır. Son yıllarda yapılan sosyal destek araştırmalarında ağırlığın sosyal ilişkilerin yeterince destekleyici olup olmadığı konusunda kişinin kendi izlenimlerine, yani algılanan desteğe kaydığı belirlenmiştir. Herhangi bir sosyal aktivitenin destekleyici olabilmesi için, bu aktivitenin ya kişinin benlik saygısını arttırması ya da stresle ilgili maddi veya bilişsel bir yardımı içermesi gereklidir.^{31,33,34}

2.3. 2. Lomber Disk Hernisi Olan Hastalarda Sosyal Destek

Bir sağlık sorunu yaşama, lomber disk hernisi gibi risklerle ve ağrıyla seyreden bir ameliyata maruz kalma veya sadece hastanede bulunma bile önemli bir stres etkenidir ve kişi mutlak suretle sosyal desteğe gereksinim duyacaktır. Lomber disk hernisi ameliyatı gerek geçirilen operasyonun ciddiyeti ve riskleri gerekse ameliyat sonrası aktivite kısıtlamasının olması dolayısıyla kişinin maddi ve manevi anlamda

sosyal desteğe gereksinim duyacağı bir durumdur. Bu hastalarda fiziksel gereksinimlerin karşılanması ve gerekli psikolojik desteğin sağlanması açısından sosyal destek olgusu çok önem kazanmaktadır. Sosyal destek sağlığı etkilediği için hemşirelik bakımı içerisinde yer alması gereken önemli bir kavramdır. Bireyi çevresinden ve çevresindeki kişilerden ayrı düşünmeyen hemşire için, sosyal destek sistemlerinin belirlenmesi, güçlendirilmesi ve gerektiğinde bu konuda rehberlik yapılması önem kazanmaktadır.^{30,31,33,35}

Lomber disk hernisi olan hastalarda hareket sistemi etkilendiğinden hasta tüm gereksinimlerini kendisi karşılayıncaya dek, kişisel gereksinimlerini karşılamak için yardıma gereksinim duyar. Türk Toplumunun kültürel yapısı düşünülünce sosyal destek gereksinimi profesyonel bir bakım verici tarafından değil de, daha çok kişinin kendine yakın hissettiği biri (aile, eş veya arkadaş) tarafından karşılandığında daha etkili olduğu şüphe götürmez bir gerçektir. Bu anlamda, yaşam kalitesinin sürekliliği böyle bir dönemde alınabilen sosyal desteğin yeterliliğine de bağlıdır. Bu destek, sıklıkla hastane ortamında kişinin tedavi ve bakımında ve psiko-sosyal destek sağlanması anlamında hemşire, taburculuk sonrası ise aile ve sosyal çevre tarafından karşılanmaktadır.

3. MATERYAL VE METOD

3.1 Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, lomber disk herni ameliyatı olan hastaların algıladıkları sosyal destek ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla planlanmış ve tanımlayıcı -ilişki arayıcı olarak yapılmıştır.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Atatürk Üniversitesi Süleyman Demirel Tıp Merkezi Aziziye Araştırma Hastanesi'nin Nöroşirürji, Sağlık Bakanlığı Erzurum Numune Hastanesi'nin Nöroşirürji kliniklerinde 20.06.2004–22.04.2005 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Sağlık Bakanlığı Erzurum Numune Hastanesi ve Atatürk Üniversitesi Süleyman Demirel Tıp Merkezi Aziziye Araştırma Hastaneleri'nin Nöroşirürji kliniklerinde lomber disk hernisi ameliyatı olması planlanan ve ameliyat olan, araştırma koşullarını yerine getiren bütün hastaların sırası ile çalışma kapsamına alınması planlandığı için, ayrıca herhangi bir örneklem seçim yöntemi kullanılmamıştır. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde 64 hasta ameliyat edilmiştir. İlk veriler toplandıktan sonra 8 hastanın ölmesi, iki hastanın çalışmaya katılmayı kabul etmemesi ve 4 hastada komplikasyon gelişmesi sonucu ASA (American Society of Anesthesiologist Classification) sınıflandırmasına uymaması nedeniyle toplam 50 (%78) hasta araştırma kapsamına alınmıştır.

Ameliyat sonrası dönemde veri toplama işleminin hastaların evinde yapılması planlandığı için, ulaşım kolaylığı açısından sadece Erzurum ili belediye sınırları içinde oturan hastalar araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmanın yürütüldüğü hastanelerin verilerine göre 2003 yılı içinde Erzurum ili belediye sınırlarında oturup her iki hastanede lomber disk herni ameliyatı olan toplam hasta sayısının 70 olduğu hastane

kayıtlarından öğrenilmiştir. Bu sayı dikkate alındığında, araştırma kapsamına alınan hasta sayısı popülasyonu temsil etmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların %76'sı (n= 38) Sağlık Bakanlığı Erzurum Numune Hastanesi, %24'ü (n= 12) Atatürk Üniversitesi Süleyman Demirel Tıp Merkezi Aziziye Araştırma Hastaneleri'nin Nöroşirürji kliniklerinde ameliyat edilmiştir.

Araştırmaya alınan hastaların özellikleri;

- 18 yaşından büyük olma,
- Türkçe okuma yazma bilme, araştırmacı ile işbirliği kurabilme,
- American Society of Anesthesiologist Classification (ASA) sınıflandırmasında 1. grup (herhangi bir kronik hastalığı olmayan hastaları içerir) ve 2. grup (herhangi bir ameliyat geçirmemiş veya geçirilen ameliyattan sonra komplikasyon gelişmemiş hastaları içerir) sınıflamasına dahil olma idi.

3. 4 Verilerin Toplanması

3. 4. 1. Veri Toplama Araçları

Veri toplamada araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda³ hazırlanan kişisel bilgi formu(Ek-I), SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği(Ek-II), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) (Ek-III) kullanılmıştır.

Kişisel bilgi formu, araştırma kapsamına alınan hastalara araştırmacı tarafından ameliyattan bir gün önce hastanede uygulanmıştır. Kişisel bilgi formunun uygulanmasından altı hafta sonra da yaşam kalitesi ölçeği ve MSPSS hastaların kendi evinde uygulanmıştır. Kişisel Bilgi formu ve ölçeklerin toplam uygulama süreleri ortalama 30–35 dakika sürmüştür.

3. 4. 2. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan ve üç bölümden oluşan hasta tanıtım formunda 25 soru yer almaktadır. Bu bölümler; demografik özellikler, hastanın yaşadığı ev ortamının ve kişilerin özellikleri, hastalıkla ilgili sorulardır. Tanımlayıcı özellikler; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, tanı, ameliyat türü, sosyal güvence, aylık geliri kapsamaktadır. Hastanın yaşadığı ortamlarla ilgili sorular; ev tipi, oturulan kat, asansör olma durumu, kullanılan tuvalet, evde yaşayan kişi sayısı, evde kimlerle yaşandığı ile ilgiliydi. Hastalıkla ilgili sorular; hastanın bel diskal herni dışında herhangi bir sağlık sorunu yaşayıp yaşamadığı, şikayetlerin başlangıcından ne kadar sonra doktora başvurduğu, ameliyata kadar uygulanan tedavi, ameliyattan sonra uygulanan tedavi, ilaçlarını alma durumu, eğitim alıp almadığı, eğitim aldıysa kimden aldığı gibi soruları içermektedir. Araştırmanın yürütüldüğü her iki hastanede de hastalara eğitim verilmemekteydi.^{3,8,36}

3. 4. 3. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (The MOS 36 İtem Short Form Health Survey SF 36)

Ware tarafından 1987 yılında geliştirilen, Pınar tarafından 1995 yılında güvenilirlik geçerlilik çalışması yapılan ölçek klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere düzenlenmiştir. 36 ifade içeren ölçek üç ana başlık ve 9 sağlık kavramını değerlendiren çok başlıklı ölçek şeklindedir.

SF36 da yer alan 4 majör sağlık alanı ve 9 sağlık kavramı şöyledir;

1. Fonksiyonel Durum

- Sağlık sorunlarına bağlı olarak fiziksel aktivitelerin kısıtlanması,

- Emosyonel ve sosyal sorunlara bağlı sosyal aktivitelerin kısıtlanması,
- Fiziksel sağlık sorunlarına bağlı günlük yaşam aktivitelerinin yapılmasının engellenmesi,
- Emosyonel sağlık sorunlarına bağlı günlük yaşam aktivitelerinin yapılmasının engellenmesi,

2. Esenlik

- Mental sağlık (emosyonel distress ve esenlik),
- Beden ağrıları,
- Canlılık (zindelik/yorgunluk)

3. Genel sağlık anlayışı

- Bir bütün olarak sağlığın değerlendirilmesi,
- Geçen 6 hafta süresince sağlıktaki değişiklikler. zgn ölçekte iki ölçüm arasındaki süre 1 yıldır, fakat araştırmamızın niteliği gereğince kullandığımız süre 6 haftadır.

4. Global Yaşam Kalitesi

Yukarıdaki İlk 3 ana başlığın aritmetik ortalamasının alınmasıyla oluşturulan bir alt başlıktır. Bir anlamda toplam yaşam kalitesini ifade eder.

SF36 sağlıkla ilgili yaşam kalitesi çalışmalarında yaygın olarak kullanılan bir ölçektir, 14 yaş ve daha üstü bireylerin kendi kendilerine veya bu konuda bilgilendirilmiş bir bireyin eşliğinde ve hatta telefon aracılığıyla da uygulanabilecek Şekilde hazırlanmıştır.

SF36 her sağlık alanını puanı yükseldikçe sağlıkla ilgili yaşam kalitesi artacak Şekilde puanlanmıştır. Örneğin, ağrı ölçeğindeki yüksek puan ağrının azalmış olduğunu gösterecektir. Yaşam kalitesi leğinin puanları 0 ile 100 arasında değişir. Başlıklar

altındaki puanların tamamı hesaplanır, kaçırılan veya boş bırakılan yanıtlar varsa o başlığın aritmetik ortalaması alınarak tamamlanır. Ölçeğin toplam Cronbach alfa katsayısı 0,92'dir. Bu çalışmada toplam Cronbach alfa katsayısı 0,86, fonksiyonel durum alfa katsayısı 0,82, esenlik alfa katsayısı 0,85, genel sağlık anlayışı alfa katsayısı 0,88, global yaşam kalitesi alfa katsayısı 0,87 bulunmuştur. Bu sonuçlar Sf-36 yaşam kalitesi ölçeğinin bu hastalar için uygun güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir. Ölçeğin hesaplanması çizelge 1-10'da gösterilmiştir.^{12,63}

SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİNİN PUANLAMASI

ÇİZELGE 1. Fiziksel Fonksiyon Başlıkları ve Puanlanması

Başlıklar

3a Koşu, ağırlık kaldırma ve ağır sporlar gibi büyük çaba gerektiren aktivitelerde

3b Masayı, elektrik süpürGESİNİ İTMEK gibi hafif/orta aktivitelerde

3c Paket veya çanta taşırken

3d Birkaç kat merdiven çıkarken

3e Bir kat merdiven çıkarken

3f Eğilirken, çömelirken

3g Bir kilometreden fazla yürürken

3h Birkaç yüz metre yürürken

3i Yüz metrelik mesafeyi yürürken

3j Giyinirken veya yıkanırken

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
Evet çok engelliyor	1	1
Evet biraz engelliyor	2	2
Hayır hiç engellemiyor	3	3

Ölçek Puanlaması: Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanılır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Ölçek puanlarının hesaplanmasında, ilk değerlendirme puanlarının yeniden kodlanması gerekmez.

ÇİZELGE 2. Sosyal Fonksiyon Başlıkları ve Puanlanması

Başlıklar

9j Geçen altı hafta boyunca sağlığınız, akraba ve arkadaş ziyaretleri gibi sosyal aktivitelerinizi ne dereceye kadar sınırladı?

6 Geçen altı hafta boyunca fiziksel ve ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi?

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
9j		
Her zaman	1	1
Çoğunlukla	2	2
Biraz fazla	3	3
Bazen	4	4
Çok az	5	5
Hiç	6	6
6		
Pek etkilemedi	1	5
Çok az	2	4
Orta	3	3
Oldukça	4	2
Aşırı	5	1

Ölçek Puanlaması: Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu ölçek pozitif puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Ölçek puanının hesaplanması, bir başlığın yeniden kodlanmasını gerektirir.

ÇİZELGE 3. Fiziksel İşlev (Rol) Başlıkları ve Puanlanması

Başlıklar

4a İşinizde veya diğer aktivitelerinizde çalışma zamanınızı azalttınız mı?

4b İşlerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?

4c İş veya diğer aktivitelerinizi zahmetsiz (kolay) olanlarla sınırladınız mı?

4d İş veya diğer aktivitelerinizi gerçekleştirirken zorluk çektiniz mi? (örneğin; ekstra çaba harcadınız mı?)

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
Evet,	1	0
Hayır	2	1

Ölçek Puanlaması: Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanılır. Bu ölçek pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Ölçek puanının hesaplanmasından önce, başlıkların yeniden kodlanmasını gerektirir.

ÇİZELGE 4. Mental İşlev (Rol) Başlıkları ve Puanlanması

Başlıklar

5a Sağlık sorunları yüzünden işinizde veya diğer aktivitelerinizde çalışma zamanınızı azalttınız mı?

5b İşlerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?

5c İşlerinizi veya diğer aktivitelerinizi her zamankinden daha az mı dikkatli yaptınız?

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
Evet	1	0
Hayır	2	1

Ölçek Puanlaması: Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanılır. Bu ölçek pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Ölçek puanının hesaplanmasından önce, başlıkların yeniden kodlanması gerekir.

ÇİZELGE 5. Mental Sağlık Başlıkları ve Puanlanması

Başlıklar

9b Çok sinirli biriydiniz

9c Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar canınız sıkıydı

9d Sakin ve huzurluydunuz

9f Moralsız ve kederli hissettiniz

9h Hiç mutlu oldunuz mu?

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
9d ve 9h		
Her zaman	1	6
Çoğunlukla	2	5
Biraz fazla	3	4
Bazen	4	3
Çok az	5	2
Hiç	6	1
9b, 9c, 9f		
Her zaman	1	1
Çoğunlukla	2	2
Biraz fazla	3	3
Bazen	4	4
Çok az	5	5
Hiç	6	6

Ölçek Puanlaması: Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanılır. Bu ölçek pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Ölçek puanının hesaplanmasından önce, 5 başlıktan ikisinin yeniden kodlanması gerekir.

ÇİZELGE 6. Enerji(Zindelik)/Yorgunluk Başlıkları ve Puanlanması

Başlıklar

9a Tam enerjik (zinde) hissettiniz.

9e Fazla enerjiniz vardı.

9g Çok yorgun (bitkin) hissettiniz.

9i Yorgun hissettiniz hissettiniz.

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
9a ve 9e		
Her zaman	1	6
Çoğunlukla	2	5
Biraz fazla	3	4
Bazen	4	3
Çok az	5	2
Hiç	6	1
9g ve 9i		
Her zaman	1	1
Çoğunlukla	2	2
Biraz fazla	3	3
Bazen	4	4
Çok az	5	5
Hiç	6	6

Ölçek Puanlaması: Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanılır. Bu ölçek pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Ölçek puanının hesaplanmasından önce, 4 başlıktan ikisinin yeniden kodlanması gerekir.

ÇİZELGE 7. Ağrı Başlıkları ve Puanlanması

Başlıklar

7 Geçen altı hafta boyunca vücudunuzda ne kadar ağrı oldu?

8 Geçen altı hafta boyunca ne kadar ağrı normal işlerinizi yapmanıza (ev ve ev dışındaki işleriniz dahil) olumsuz etki gösterdi?

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
7		
Hiç	1	6
Çok hafif	2	5
Hafif	3	4
Orta	4	3
Fazla	5	2
Çok fazla	6	1
8		
Çok değil	1	5
Az	2	4
Orta	3	3
Oldukça fazla	4	2
Aşırı	5	1

Ölçek Puanlaması: Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanılır. Bu ölçek pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Ölçek puanının hesaplanmasından önce, her iki başlığın yeniden kodlanması gerekir.

ÇİZELGE 8. Genel Sağlık Anlayışı Başlıkları ve Puanlanması

Başlıklar

1 Genelde sağlığımız için ne söyleyebilirsiniz

10a Diğer insanlardan daha sık hasta oluyor gibiyim

10b Tanıdığım herhangi biri kadar sağlıklıyım

10c Sağlığımın daha kötüye gideceğini sanıyorum

10d Sağlığım mükemmel

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
1		
Mükemmel	1	5
Çok iyi	2	4
İyi	3	3
Orta	4	2
Kötü	5	1
10a ve 10c		
Kesinlikle doğru	1	1
Çoğunlukla doğru	2	2
Emin değilim	3	3
Çoğunlukla yanlış	4	4
Kesinlikle yanlış	5	5
10b ve 10d		
Kesinlikle doğru	1	5
Çoğunlukla doğru	2	4
Emin değilim	3	3
Çoğunlukla yanlış	4	2
Kesinlikle yanlış	5	1

Ölçek Puanlaması: Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanılır. Bu ölçek pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Ölçek puanının hesaplanmasından önce, 5 başlıktan üçünün yeniden kodlanması gerekir.

ÇİZELGE 9. Geçen 6 Hafta Suresince Sağlıktaki Değişmeler ve Puanlanması

Başlıklar

2 Geçen altı hafta ile karşılaştırdığınızda şimdiki sağlığınıza nasıl buluyorsunuz?

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
Geçen altı haftada çok daha iyi	1	5
Geçen altı haftadan biraz daha iyi	2	4
Hemen hemen aynı	3	3
Geçen altı haftadan biraz daha kötü	4	2
Geçen altı haftadan çok daha kötü	5	1

Ölçek Puanlaması: Bu lek tek başlıklıdır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanılır. Bu lek pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerler ölçekte basılı durumdadır. Ölçek puanının hesaplanmasından önce, tek başlığın yeniden kodlanması gerekir.

ÇİZELGE 10. Yeniden Kodlanmış Değerlerin Kaydedilmesinden Sonra SF-36'nın Her Bir Alt Başlığının Son Puanlanması ve Değerlendirilmesi

Ölçek Adı	Toplam Başlık Puanı (Tablo 2 ve Tablo 9'daki puanlamadan sonra)	Beklenen (olası) düşük ve en yüksek puan	Olası en yüksek puan
Fiziksel Fonksiyon	$3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j$	10-30	20
Sosyal Fonksiyon	$6+9j$	2-11	9
Rol Fonksiyonu (Fiziksel)	$4a+4b+4c+4d$	0-4	4
Rol Fonksiyonu (Emosyonel)	$5a+5b+5c$	0-3	3
Mental Sağlık	$9b+9c+9d+9f+9h$	5-30	25
Zindelik/Yorgunluk	$9a+9e+9g+9i$	4-24	20
Ağrı	$7+8$	2-11	9
Genel Sağlık Anlayışı	$1+10a+10b+10c+10d$	5-25	20
Geçen altı hafta Süresince Sağlıktaki Değişiklik	2	1-5	4

3. 5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS)

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (MSPSS) Zimmet ve arkadaşları tarafından 1988'de geliştirilen, Eker ve Arkar³⁰ tarafından 1995 yılında Türkçe'ye uyarlanan ölçek, üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren 12 kısa maddeden oluşan bir ölçektir. Aile ve özel insan terimlerini ayırt etmek için çalışma Eker , Arkar ve Yalduz tarafında 2001 yılında yenilenmiştir. Aile; eş, çocuk, kardeşler ve ebeveynler olarak, özel insan; aile ve arkadaş dışındaki kişiler (flört, nişanlı, doktor, hemşire) olarak tanımlanmıştır. Bu çalışmada özel insan hemşire olarak belirlenmiştir. Ölçek birden yediye kadar sıralanan bir puanlama sistemine

sahiptir. Her biri dört maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin üç grubu içerir. Bunlar; Aile (3,4,8,11. maddeler), Arkadaş(6,7,9,12. maddeler) ve özel insan (1,2,5,10. maddeler) dir. Ölçekte ters ifade yoktur. Ölçek “Tamamen katılıyorum”, “Çoğunlukla katılıyorum”, “Katılıyorum”, “Kararsızım”, “Katılmıyorum”, “Çoğunlukla katılmıyorum” ve “Hiç katılmıyorum” şıklarından oluşur. Puanlamada şıklara; “Tamamen katılıyorum 7”, “Çoğunlukla katılıyorum 6” , “Katılıyorum 5” , “Kararsızım 4” , “Katılmıyorum3” , “Çoğunlukla katılmıyorum 2” ve “Hiç katılmıyorum 1” puan alır. Her alt ölçekte dört maddenin puanlanması ile alt ölçek puanı elde edilir ve bütün alt ölçeklerin puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan desteğin yüksek olduğunu, puanın düşük olması da desteğin algılanmadığını veya destekten yoksun oluşu gösterir. Eker ve Arkar, MSPSS’in toplam Cronbach alfa katsayısını 0.89 olarak, alt boyut Cronbach alfa kat sayılarını da aile için 0.85, arkadaş için 0.88 ve özel insan için 0.92 olarak bulmuşlardır.^{34,37}

Bu araştırmada, toplam Cronbach alfa katsayısı 0.86, alt boyut Cronbach alfa katsayıları ise aile için 0.80, arkadaş için 0.86, özel insan (hemşire) için 0.84 olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar ölçeğin bu hasta grubunda yeterli güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir. Bu araştırmada, hastaların hemşireden algıladıkları sosyal desteği belirlemek amacıyla, özel insan hemşire olarak tanımlanmış, hastalara sorular yöneltilirken özel insanı hemşire olarak düşünmeleri ve o şekilde yanıtlamaları istenmiştir.

3. 6.Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri, SPSS (Statistical Package for Social Science 11,5) programında yapılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde aşağıdaki testler kullanılmıştır;

Hastalara ait tanımlayıcı özellikleri incelemek amacıyla yüzdeler dağılımları,

Araştırmanın iç güvenilirliğinde Cronbach alfa katsayısı,

Hastalara ait tanımlayıcı özelliklerin Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek puan ortalamalarına etkisini incelemek amacıyla iki den fazla değişkeni olan gruplarda Kruskal Wallis varyans analizi, iki değişkeni olan gruplarda Mann-Whitney U testi,

Hastaların Yaşam Kalitesi ve Algılanan Sosyal Destek Ölçeklerinden elde edilen puanlar arasındaki ilişkiyi belirlemede Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

Bu çalışmada, lomber disk hernisi ameliyatı olan hastaların sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, sosyal güvence, meslek) ve tanıları-tedavileri araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.Lomber disk hernisi ameliyatı olan hastaların yaşam kalitesi ve algılanan sosyal desteğe ilişkin ölçeklerden elde edilen puanlar bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır.

3. 8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamak için Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aziziye Araştırma, Erzurum Numune Hastanelerinden resmi izinler alınmıştır (Ek-IV). Araştırmaya katılım gönüllülük ilkeleri temel alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan hastalara araştırmanın içeriği ve amacı hakkında bilgi verildikten sonra, yazılı onam formlarının hastalar tarafından doldurulup imzalamaları istenmesine karşın sadece 4

hasta onam formunu imzalamayı kabul etmiştir, diğerleri sözlü onam vermeyi tercih etmişlerdir (Ek-V).

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Erzurum ili belediye sınırlarında oturan hastaların araştırma kapsamına alınması araştırmanın bir sınırlılığdır. Yaşam kalitesi ölçeği ve MSPSS hastalara altı hafta sonra kendi evlerinde uygulanacağından, ulaşım kolaylığı düşünülerek hastalar belediye sınırları içinden alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular

Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özellikleri Tablo 1.'de gösterildi. Araştırma kapsamına alınan hastaların %48'i 36-45 yaş grubunda, %90'ı evli, %48'i ilkokul mezunu, %38'i ev hanımı %54'ü erkek ve %96'sı sosyal güvenceye sahip, %42'sinin gelir düzeyi yüksek idi.

Tablo 1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler (n= 50)	Sayı	%
Yaş (n= 50)		
18-25	5	10
26-35	16	32
36-45	24	48
46-üstü	5	10
Cinsiyet (n=50)		
Kadın	23	46
Erkek	27	54
Sosyal Güvence (n=50)		
Var	48	96
Yok	2	4
Medeni Durum (n=50)		
Evli	45	90
Bekar	5	10
Meslek (n=50)		
Memur	8	16
Serbest Meslek	16	32
İşçi	2	4
Emekli	5	10
Ev hanımı	19	38
Eğitim Durumu (n=50)		
İlkokul mezunu	24	48
Ortaokul mezunu	10	20
Lise mezunu	13	32
Üniversite mezunu	3	6
Gelir Düzeyi (n= 37)*		
Düşük	7	20
Orta	9	23
Yüksek	21	57
Gelirin gideri karşılama durumu (n=50)		
Karşılıyor	26	52
Karşılmıyor	24	48

*13 hasta gelir düzeyini belirtmek istemedi.

Hastaların yaşadıkları ortamın özellikleri Tablo 2’de gösterildi.

Hastaların %58’i apartman dairesinde ve %84’ü 1-3 arası katlarda oturduğunu belirtmiştir. Hastalardan apartmanda oturanların (29 hasta) %94’ünün oturduğu binada asansör olmadığı, %80’ini alaturka tuvalet kullandığı, %48’inin evde 4-6 kişiyle yaşadığı ve %84’ünün eş ve çocuklarıyla yaşadığı belirlendi.

Tablo 2.Hastaların Yaşadıkları Ortamın Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler (n=50)	Sayı	%
Evin tipi		
Müstakil	21	42
Apartman dairesi	29	58
Apartmanda oturulan kat		
1-3	42	84
4-6	8	16
Asansör olma durumu		
Var	3	6
Yok	47	94
Kullanılan tuvalet		
Alaturka	40	80
Alafranga	10	20
Evde yaşayan kişi sayısı		
1-3	19	38
4-6	24	48
7-Daha fazla	7	14
Evde yaşayan kişiler		
Eş ve çocuklar	42	84
Anne- baba	6	12
Arkadaşlar	2	4

Tablo 3.Hastaların Tanı ve Tedaviye İlişkin Durumlarının Dağılımı

Özellikler (n= 50)	Sayı	%
Tanı		
L4-L5 Seviyesinde Herni	40	80
L5-S1 Seviyesinde Herni	10	20
Ameliyat Türü		
Diskektomi	36	72
Laminektomi	14	28
Ameliyat öncesi doktora başvuru		
Bir hafta önce	6	12
Bir ay önce	11	22
Bir aydan daha uzun zaman	33	66
Ameliyata kadar tedavi uygulandı mı		
Tedavi uygulandı	49	98
Tedavi uygulanmadı	1	2
Ameliyata kadar uygulanan tedavi		
İlaç tedavisi	39	80
Fizik tedavi	7	14
Fizik tedavi-İlaç tedavisi	3	6
Ameliyattan sonra uygulanan tedavi		
İlaç tedavisi	49	98
İlaç dışı tedavi	1	2
İlaçların ameliyat sonrası alınış durumu		
Düzenli	23	46
Hatırladıkça	17	34
Ağrı durumunda	10	20

Hastaların tanı ve tedaviye ilişkin durumları Tablo 3’de gösterildi. Hastaların %80’inin tanısının L4-L5 seviyesinde disk hernisi olduğu, %72’sinin diskektomi ameliyatı olduğu, %66’sının hastalık belirtileri başlangıcından bir aydan daha uzun bir süre sonra doktora başvurduğu, %98’ine ameliyata kadar bir tedavi uygulandığı, %80’ine ameliyata kadar ilaç tedavisi uygulandığı, %98’ine ameliyattan sonrada ilaç tedavisi uygulandığı ve %46’sının ameliyattan sonra ilaçlarını düzenli olarak aldığı belirlendi. Hastaların hepsi planlı taburculuk eğitimi almadıklarını ve geçirdikleri ilk ameliyat olduğunu belirtti.

4.2. Hastaların yaşam kalitesine ilişkin bulgular

Tablo 4. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları				
Sosyo-Demografik Özellikleri	Fonksiyonel Durum <u>X±SD</u>	Esenlik <u>X±SD</u>	Genel Sağlık Anlayışı <u>X±SD</u>	Global Yaşam Kalitesi <u>X±SD</u>
Yaş				
18-25	62.00±29.61	75.00±7.31	73.80±9.28	71.00±12.2
26-35	65.00±20.14	67.75±10.28	72.06±9.76	64.60±21.97
36-45	50.04±16.99	67.25±7.33	71.54±9.20	62.95±8.95
46-üstü	46.18±17.35	61.40±14.36	71.20±23.08	61.87±9.30
Test ve p değeri	KW:5.969 Sd:3 p>0.05	KW:4.880 Sd:3 p>0.05	KW:0.691 Sd:3 p>0.05	KW:3.196 Sd:3 p>0.05
Cinsiyet				
Kadın	55.07±18.15	69.70±9.08	73.77±11.02	65.96±11.48
Erkek	47.30±20.16	65.13±9.36	69.69±10.69	60.78±10.48
Test ve p değeri	MWU:221.000 p>0.05	MWU:207.500 p<0.05	MWU:234.000 p>0.05	MWU:200.000 p<0.05
Sosyal Güvence				
Var	50.89±19.40	67.45±9.43	64.00±5.65	63.43±11.25
Yok	66.00±11.31	71.00±11.31	72.22±11.03	67.00±5.65
Test ve p değeri	MWU: 71.000 p>0.05	MWU: 42.500 p<0.05	MWU:74.500 p>0.05	MWU: 68.000 p>0.05
Medeni Durum				
Evli	50.20±18.45	67.55±9.52	71.13±10.53	62.88±10.64
Bekar	63.20±25.04	68.00±9.27	78.80±13.55	69.80± 14.20
Test ve p değeri	MWU: 77.000 p>0.05	MWU: 110.500 p>0.05	MWU: 73.000 p>0.05	MWU: 81.00 p>0.05
Meslek				
Memur	50.37±19.60	68.75±13.15	80.00±9.33	65.75±12.94
Serbest meslek	53.06±18.69	67.50±9.67	69.31±11.56	63.25±11.84
İşçi	52.00±19.79	62.50±3.53	76.50±2.12	63.50±4.94
Emekli	70.00±7.44	77.20±4.43	75.80±7.04	74.40±5.68
Ev hanımı	45.73 ±20.16	65.21±7.43	69.15±10.97	60.10±9.78
Test ve p değeri	KW:8.049 Sd:4 p>0.05	KW:9.640 Sd:4 p<0.05	KW:7.661 Sd:4 p>0.05	KW:9.231 Sd:4 p>0.05
Eğitim				
İlkokul	47.79± 19.74	67.62± 8.53	69.45±8.44	61.66±10.22
Ortaokul	55.50± 12.98	66.90± 7.10	70.60±9.62	64.40±5.56
Lise	55.28±22.46	67.92±12.88	75.28±14.46	65.78±15.13
Üniversite	49.50± 23.33	68.50 ±6.36	80.00±8.48	67.00±12.72
Test ve p değeri	KW:1.999 Sd:3 P>0.05	KW:1.024 Sd:3 P>0.05	KW:3.191 Sd:3 P>0.05	KW:2.323 Sd:3 P>0.05
Gelir Düzeyi				
350-Düşük	52.02±17.37	68.28±8.66	72.20±9.69	64.12±9.24
530-Orta	53.50±28.65	68.00±10.82	75.50±12.14	65.33±16.28
1.590-Yüksek	45.00±24.69	61.80±13.33	65.20±17.76	57.20±17.35
Test ve p değeri	KW:0.212 Sd:2 p>0.05	KW:1.069 Sd:2 p>0.05	KW:0.741 Sd:2 p>0.05	KW:0.639 Sd:2 p>0.05
Gelirin gideri karşılaması				
Karşılıyor	55.36±21.69	67.92±11.47	72.36±13.47	65.00±13.77
Karşılmıyor	47.64±16.09	67.28±6.97	71.44±7.93	62.16±7.50
Test ve p değeri	MWU:223.000 p>0.05	MWU:273.000 p>0.05	MWU:279.000 p>0.05	MWU:259.000 p>0.05

Hastaların göre yaşam kalitesi ölçeğinden ve MSPSS'den puan ortalamaları Tablo 4'de gösterildi.

Hastaların yaşam kalitesi fonksiyonel durum alt boyutu puan ortalaması 46 ve üstü yaş grubundaki hastalarda en düşük (46.18 ± 17.35) iken, 26-35 yaş grubundaki hastalarda en yüksek (65.00 ± 20.14) idi. Esenlik alt boyutu puan ortalaması 46-üstü yaş grubundaki hastalarda en düşük (61.40 ± 14.36) iken, 18-25 yaş grubundaki hastalarda en yüksek (75.00 ± 7.31) idi. Genel sağlık anlayışı alt boyutu puan ortalaması 46-üstü yaş grubundaki hastalarda en düşük (71.20 ± 23.08) iken, 18-25 yaş grubundaki hastalarda en yüksek (73.80 ± 9.28) idi. Global yaşam kalitesi 46-üstü yaş grubundaki hastalarda en düşük (61.87 ± 9.30) iken 18-25 yaş grubundaki hastalarda en yüksek (71.00 ± 12.2) idi. Hastaların yaşlarına göre fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (sırası ile K.W:5.969 Sd:3 $p > 0.05$, KW:4.880 Sd:3 $p > 0.05$, KW:0.691 $p > 0.05$, KW:3.196 $p > 0.05$).

Kadınların yaşam kalitesi bütün alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları erkeklerin aldıkları puan ortalamalarından daha yüksek bulundu. Hastaların cinsiyetlerine göre fonksiyonel durum ve genel sağlık anlayışı alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız (sırası ile MWU:221.000 $p > 0.05$, MWU:234.000 $p > 0.05$), esenlik ve global yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark kadınların lehine anlamlı bulundu (sırası ile MWU:207.500 $p < 0.05$, MWU:200.000 $p < 0.05$).

Sosyal güvencesi olan hastaların yaşam kalitesi bütün alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları sosyal güvencesi olmayan hastaların aldıkları puan ortalamalarından

daha düşük bulundu. Hastaların sosyal güvenceye sahip olmaları veya olmamalarına göre fonksiyonel durum, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız sırası ile (sırası ile MWU: 71.000 $p>0.05$, MWU:74.500 $p>0.05$, MWU: 68.000 $p>0.05$), esenlik alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark sosyal güvencesi olmayanların lehine anlamlı bulundu (MWU: 42.500 $p<0.05$).

Evli hastaların yaşam kalitesi alt boyutlarının hepsinden aldıkları puan ortalamaları bekar hastaların puan ortalamalarından daha düşük bulundu. Hastaların medeni durumlarına göre fonksiyonel durum (sırası ile MWU: 77.000 $p>0.05$), esenlik (MWU: 110.500 $p>0.05$), genel sağlık anlayışı (MWU: 73.000 $p>0.05$) ve global yaşam kalitesi (MWU: 81.00 $p>0.05$) alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu.

Hastaların yaşam kalitesi fonksiyonel durum alt boyutu puan ortalaması ev hanımlarında en düşük (45.73 ± 20.16) iken, emeklilerde en yüksek (70.00 ± 7.44) idi. Esenlik alt boyutu puan ortalaması işçilerde en düşük (62.50 ± 3.53) iken, emeklilerde en yüksek (77.20 ± 4.43) idi. Genel sağlık anlayışı alt boyutu puan ortalaması ev hanımlarında en düşük (69.15 ± 10.97) iken, memurlarda en yüksek (80.00 ± 9.33) idi. Global yaşam kalitesi alt boyutu puan ortalaması ev hanımlarında en düşük (60.10 ± 9.78) iken, emeklilerde en yüksek (74.40 ± 5.68) idi. Hastaların mesleklerinin fonksiyonel durum, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi alt boyutlarının puan ortalamalarını etkilemediği (sırası ile KW:8.049 Sd:4 $p>0.05$, KW:7.661 $p>0.05$, K.W:9.231 $p>0.05$), esenlik alt boyutu puan ortalamasını ise emeklilerin lehine etkilediği saptanmıştır (KW:9.640 Sd:4 $p<0.05$).

Hastaların yaşam kalitesi fonksiyonel durum alt boyutu puan ortalaması ilkokul mezunlarında en düşük (47.79 ± 19.74) iken, ortaokul mezunlarında en yüksek (55.50 ± 12.98) idi. Esenlik alt boyutu puan ortalaması ortaokul mezunlarında en düşük (66.90 ± 7.10) iken, üniversite mezunlarında en yüksek (68.50 ± 6.36) idi. Genel sağlık anlayışı alt boyutu puan ortalaması ilkokul mezunlarında en düşük (69.45 ± 8.44) iken, üniversite mezunlarında en yüksek (80.00 ± 8.48) idi. Global yaşam kalitesi alt boyutu puan ortalaması ilkokul mezunlarında en düşük (61.66 ± 10.22) iken, üniversite mezunlarında en yüksek (67.00 ± 12.72) idi. Hastaların eğitim durumlarının yaşam kalitesi tüm alt boyutları puan ortalamalarını etkilemediği saptanmıştır (sırası ile KW:1.999 Sd:3 $p > 0.05$, KW:1.024 $p > 0.05$, KW:3.191 $p > 0.05$, K.W:2.323 $p > 0.05$).

Hastaların yaşam kalitesi fonksiyonel durum alt boyutu puan ortalaması gelir düzeyi yüksek olanlarda en düşük (45.00 ± 24.69) iken, orta düzeyde gelire sahip olanlarda en yüksek (53.50 ± 28.65) idi. Esenlik alt boyutu puan ortalaması gelir düzeyi yüksek olan hastalarda en düşük (61.80 ± 13.33) iken, gelir düzeyi düşük olan hastalarda en yüksek (68.28 ± 8.66) idi. Genel sağlık anlayışı alt boyutu puan ortalaması gelir düzeyi yüksek olan hastalarda en düşük (65.20 ± 17.76) iken, orta düzeyde geliri olan hastalarda en yüksek (75.50 ± 12.14) idi. Global yaşam kalitesi alt boyutu puan ortalaması gelir düzeyi yüksek olan hastalarda en düşük (57.20 ± 17.359) iken, orta düzeyde geliri olan hastalarda en yüksek (65.33 ± 16.28) idi. Hastaların gelir düzeylerinin yaşam kalitesi bütün alt boyutları puan ortalamalarını etkilemediği bulundu (sırası ile K.W:0.212 Sd:2 $p > 0.05$, K.W:1.069 $p > 0.05$, K.W:0.741 $p > 0.05$, K.W:0.639 $p > 0.05$).

Geliri giderini karşılayan hastaların yaşam kalitesi bütün alt boyutları puan ortalamaları karşılamayan hastalardan daha yüksek bulunurken, gelirin gideri karşılama

durumunun yaşam kalitesi bütün alt boyutları puan ortalamalarını etkilemediği bulundu (sırası ile MWU:223.000 $p>0.05$, MWU:273.000 $p>0.05$, MWU:279.000 $p>0.05$, MWU:259.000 $p>0.05$).

Tablo 5. Hastaların Yaşadıkları Ortamın Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Özellikler (n= 50)	Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları			
	Fonksiyonel Durum <u>X±SD</u>	Esenlik <u>X±SD</u>	Genel Sağlık Anlayışı <u>X±SD</u>	Global Yaşam Kalitesi <u>X±SD</u>
Evin tipi				
Müstakil	50.90±18.05	65.06±10.40	71.23±6.83	63.00±12.71
Apartman dairesi	51.93±20.46	71.09±6.56	72.37±13.27	64.38±8.52
Test ve p değeri	MWU:294.500 $p>0.05$	MWU:186.500 $p<0.05$	MWU:271.500 $p>0.05$	MWU:288.000 $p>0.05$
Apartmanda oturulan kat				
1-3	51.88±19.71	68.09±9.95	75.75±9.66	63.64±11.54
4-6	49.50±18.05	65.00±5.47	71.16±11.13	63.25±8.81
Test ve p değeri	MWU:152.000 $p>0.05$	MWU:119.500 $p>0.05$	MWU:123.000 $p>0.05$	MWU:166.000 $p>0.05$
Asansör olma durumu				
Var	61.33±35.64	71.66±10.06	77.66±15.53	70.00±20
Yok	50.87±18.30	67.34±9.41	71.53±10.72	63.17±10.50
Test ve p değeri	MWU:60.500 $p>0.05$	MWU:56.000 $p>0.05$	MWU:59.000 $p>0.05$	MWU:57.000 $p>0.05$
Kullanılan tuvalet				
Alaturka	51.30±19.75	67.77±9.99	73.05±10.95	63.95±11.52
Alafranga	52.30±18.36	66.90±6.95	67.30±10.19	62.10±9.40
Test ve p değeri	MWU:195.500 $p>0.05$	MWU:175.000 $p>0.05$	MWU:137.500 $p>0.05$	MWU:185.000 $p>0.05$
Evde yaşayan kişi sayısı				
1-3	49.52±19.24	66.84±11.62	73.00±13.16	62.84±12.22
4-6	54.45±18.28	68.04±7.80	72.25±9.64	65.00±9.99
7-Daha fazla	46.71±24.00	68.14±8.98	67.71±8.88	60.71±12.28
Test ve p değeri	KW:203.00 Sd:2 $p>0.05$	KW:220.00 Sd:2 $p>0.05$	KW:211.00 Sd:2 $p>0.05$	KW:213.50 Sd:2 $p>0.05$
Evde yaşayan kişiler				
Eş ve çocuklar	49.09±18.42	66.95±9.46	71.30±10.61	62.38±10.64
Anne- baba	67.50±16.09	71.50±6.80	74.50±15.09	71.00±10.89
Arkadaşlar	54.00±35.35	69.50±17.67	76.50±4.94	66.50±19.09
Test ve p değeri	KW:3.277 Sd:1 $p>0.05$	KW:1.485 Sd:1 $p>0.05$	KW:0.153 Sd:1 $p>0.05$	KW:2.892 Sd:1 $p>0.05$

Hastaların yaşadıkları ortamın özelliklerine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları Tablo 5’de gösterildi. Apartman dairesinde oturan hastaların yaşam kalitesi bütün alt boyutları puan ortalamaları müstakil evde oturan hastalardan daha yüksektir.

Hastaların oturdukları ev tipinin fonksiyonel durum (MWU:294.500 $p>0.05$), genel sağlık anlayışı (MWU:271.500 $p>0.05$), global yaşam kalitesi (MWU:288.000 $p>0.05$) alt boyutları puan ortalamalarını etkilemediği, esenlik alt boyutu puan ortalamasını etkilediği saptandı (MWU:186.500 $p<0.05$).

Apartmanda 1-3 katlarda oturan hastaların yaşam kalitesi bütün alt boyutları puan ortalamaları 4-6 katlarda oturan hastaların puan ortalamalarından daha yüksek bulundu. Hastaların oturdukları katın yaşam kalitesi bütün alt boyutları puan ortalamalarını etkilemediği bulundu (sırası ile MWU:152.000 $p>0.05$, MWU:119.500 $p>0.05$, MWU:123.000 $p>0.05$, MWU:166.000 $p>0.05$).

Oturduğu apartmanda asansör olan hastaların yaşam kalitesinin bütün alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları asansör olmayan hastaların puan ortalamalarından daha yüksek bulundu. Hastaların oturdukları apartmanda asansör olma durumlarının yaşam kalitesi bütün alt boyutları puan ortalamalarını etkilemediği bulundu (sırası ile MWU:60.500 $p>0.05$, MWU:56.000 $p>0.05$, MWU:59.000 $p>0.05$, MWU:57.000 $p>0.05$).

Alafranga tuvalet kullanan hastaların fonksiyonel durum alt boyutu puan ortalaması, alaturka tuvalet kullanan hastaların esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamaları yüksek bulundu. Hastaların kullandıkları tuvaletin yaşam kalitesi bütün alt boyutları puan ortalamalarını etkilemediği bulundu (sırası ile MWU:195.500 $p>0.05$, MWU:175.000 $p>0.05$, MWU:137.500 $p>0.05$, MWU:185.000 $p>0.05$).

Fonksiyonel durum alt boyutu puan ortalaması 4-6 kişiyle yaşayan hastalarda en yüksek (54.45 ± 18.28) iken, 7- daha fazla kişiyle yaşayan hastalarda en düşük (46.71 ± 24.00) idi. Esenlik alt boyutu puan ortalaması 1-3 kişiyle yaşayan hastalarda en

düşük (46.71 ± 24.00) iken, 7- daha fazla kişiyle yaşayan hastalarda en yüksek (68.14 ± 8.98) idi. Genel sağlık anlayışı alt boyutu puan ortalaması 7- daha fazla kişiyle yaşayan hastalarda en düşük (67.71 ± 8.88) iken, 1-3 kişiyle yaşayan hastalarda en yüksek (73.00 ± 13.16) idi. Global yaşam kalitesi alt boyutu puan ortalaması 7- daha fazla kişiyle yaşayan hastalarda en düşük (60.71 ± 12.28) iken, 4-6 kişiyle yaşayan hastalarda en yüksek (65.00 ± 9.99) idi. Hastaların evde beraber yaşadıkları kişi sayısının yaşam kalitesi bütün alt boyutları puan ortalamalarını etkilemediği bulundu (sırası ile KW:203.000 Sd:2 $p > 0.05$, KW:220.000 $p > 0.05$, K.W:211.000 $p > 0.05$, K.W:213.500 $p > 0.05$).

Evde eş ve çocuklarıyla yaşayan hastaların fonksiyonel durum alt boyutu puan ortalaması en düşük (49.09 ± 18.42) iken, anne-babasıyla yaşayan hastaların puan ortalamaları en yüksek (67.50 ± 16.09) idi. Esenlik alt boyutu puan ortalaması eş ve çocuklarıyla yaşayan hastalarda en düşük (66.95 ± 9.46) iken, anne ve babasıyla yaşayan hastalarda en yüksek (71.50 ± 6.80) idi. Genel sağlık anlayışı alt boyutu puan ortalaması eş ve çocuklarıyla yaşayan hastalarda en düşük (71.30 ± 10.61) iken, arkadaşlarıyla yaşayan hastalarda en yüksek (76.50 ± 4.94) idi. Global yaşam kalitesi alt boyutu puan ortalaması eş ve çocuklarıyla yaşayan hastalarda en düşük (62.38 ± 10.64) iken, anne-babasıyla yaşayan hastalarda en yüksek (71.00 ± 10.89) idi. Hastaların evde beraber yaşadıkları kişilerin yaşam kalitesi bütün alt boyutları puan ortalamalarını etkilemediği saptandı (sırası ile K.W:3.277 Sd:1 $p > 0.05$, K.W:1.485 $p > 0.05$, K.W:0.153 $p > 0.05$, K.W:2.892 $p > 0.05$).

Tablo 6. Hastaların Tanı ve Tedavi Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Özellikler (n= 50)	Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları			
	Fonksiyonel Durum <u>X±SD</u>	Esenlik <u>X±SD</u>	Genel Sağlık Anlayışı <u>X±SD</u>	Global Yaşam Kalitesi <u>X±SD</u>
Ameliyat Türü				
Diskektomi	53.38±18.26	69.30±7.72	73.69±9.84	65.41±9.5
Laminektomi	46.64±21.69	63.21±12.00	67.28±12.62	58.85±13.55
Test ve p değeri	MWU:205.500 p>0.05	MWU:166.000 p>0.05	MWU:167.500 p>0.05	MWU:176.000 p>0.05
Tanı				
L4-L5	57.72±18.27	67.59±9.63	71.61±10.49	63.84±10.75
L5-S1	42.50±25.86	67.66±8.23	74.00±11.41	61.66±14.20
Test ve p değeri	MWU: 87.500 p>0.05	MWU: 127.000 p>0.05	MWU: 130.000 p>0.05	MWU: 94.500 p>0.05
Ameliyat öncesi doktora başvuru				
Bir hafta sonra	50.00±21.54	70.50±9.33	75.16±5.49	65.16±10.14
Bir ay sonra	54.54±18.47	66.54±7.48	70.72±10.38	63.72±9.79
Bir aydan fazla	50.75±19.67	67.42±10.11	71.69±11.95	63.24±11.87
Test ve p değeri	KW:1.485 Sd:3 p>0.05	KW:2.776 Sd:3 p>0.05	KW:3.565 Sd:3 p>0.05	KW:2.123 Sd:3 p>0.05
Ameliyata kadar tedavi uygulandı mı				
Tedavi uygulandı	50.25±19.27	67.52±9.72	71.80±10.70	63.10±11.12
Tedavi uygulanmadı	56.50±19.58	67.90±8.43	71.92±11.15	65.50±11.21
Test ve p değeri	MWU:1.000 p>0.05	MWU:11.000 p>0.05	MWU:4.500 p>0.05	MWU:2.000 p>0.05
Ameliyata kadar uygulanan tedavi				
İlaç tedavisi	51.69±19.27	67.55±10.11	71.61±11.20	63.47±11.26
Fizik tedavi	42.33±14.74	67.90±8.43	71.80±10.70	64.00±7.81
Fizik tedavi-İlaç tedavisi	56.50±19.58	69.00±6.08	80.33±4.61	65.50±11.21
Test ve p değeri	KW:3.398 Sd:3 p>0.05	K.W:1.119 Sd:3 p>0.05	K.W:4.740 Sd:3 p>0.05	K.W:2.629 Sd:3 p>0.05
İlaçların ameliyat sonrası alınışı				
Düzenli	54.69±20.55	68.95±10.01	73.65±12.40	65.65±12.82
Hatırladıkça	45.76±18.68	65.52±9.11	70.05±10.24	60.35±9.89
Ağrı durumunda	53.90±16.76	68.00±8.70	71.00±8.69	64.30±7.76
Test ve p değeri	K.W:2.674 Sd:2 p>0.05	K.W:1.918 Sd:2 p>0.05	K.W:2.022 Sd:2 p>0.05	K.W:3.087 Sd:2 p>0.05

Hastaların tanı ve tedavi durumlarına göre yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamaları

Tablo 6'da gösterildi. Diskektomi ameliyatı olan hastaların yaşam kalitesi bütün alt

boyutları puan ortalamaları laminektomi ameliyatı olan hastaların puan ortalamalarından daha yüksek idi. Hastaların geçirdikleri ameliyat türünün yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamalarını etkilemediği saptandı (sırası ile MWU:205.500 $p>0.05$, MWU:166.000 $p>0.05$, MWU:167.500 $p>0.05$, MWU:176.000 $p>0.05$).

Tanısı L4-L5 olan hastaların fonksiyonel durum ve global yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamaları tanısı L5-S1 olan hastaların puan ortalamalarından daha yüksek bulundu. Tanısı L5-S1 olan hastaların esenlik ve genel sağlık anlayışı alt boyutları puan ortalamaları tanısı L4-L5 olan hastaların puan ortalamalarından daha yüksek bulundu. Hastaların tanılarının yaşam kalitesi bütün alt boyutları puan ortalamalarını etkilemediği saptandı (sırası ile MWU: 87.500 $p>0.05$, MWU: 127.000 $p>0.05$, MWU: 130.000 $p>0.05$, MWU: 94.500 $p>0.05$).

Hastalık belirtileri başlangıcından bir hafta sonra doktora başvuran hastaların fonksiyonel durum alt boyutu puan ortalamaları en düşük (50.00±21.54) iken, bir ay sonra doktora başvuran hastaların puan ortalamaları en yüksek (54.54±18.47) idi. Esenlik alt boyutu puan ortalaması bir ay sonra doktora başvuran hastalarda en düşük (66.54±7.48) iken, bir hafta sonra doktora başvuran hastaların puan ortalamaları en yüksek (70.50±9.33) idi. Genel sağlık anlayışı alt boyutu puan ortalaması bir ay sonra doktora başvuran hastalarda en düşük (70.72±10.38) iken, bir hafta sonra doktora başvuran hastaların puan ortalaması en yüksek (75.16±5.49) idi. Global yaşam kalitesi alt boyutu puan ortalaması bir aydan daha uzun bir süre sonra doktora başvuran hastalarda en düşük (63.24±11.87) iken, bir hafta sonra doktora başvuran hastalarda en yüksek (65.16±10.14) idi. Hastaların doktora başvuru süresinin yaşam kalitesi bütün alt boyutları puan ortalamalarını etkilemediği saptandı (sırası ile K.W:1.485 Sd:3 $p>0.05$, K.W:2.776 $p>0.05$, K.W:3.565 $p>0.05$, K.W:2.123 $p>0.05$).

Ameliyata kadar tedavi uygulamayan hastaların yaşam kalitesi tüm alt boyutları puan ortalamaları tedavi uygulayan hastaların puan ortalamalarından daha yüksek bulundu. Hastaların ameliyat öncesi tedavi uygulama durumlarının yaşam kalitesi bütün alt boyutları puan ortalamalarını etkilemediği saptandı (sırası ile MWU:1.000 $p>0.05$, MWU:11.000 $p>0.05$, MWU:4.500 $p>0.05$, MWU:2.000 $p>0.05$).

Ameliyata kadar sadece fizik tedavi uygulanan hastaların fonksiyonel durum alt boyutu puan ortalamalar en düşük (42.33±14.74) iken, fizik tedavi-ilaç tedavisi uygulanan hastaların puan ortalamaları en yüksek (56.50±19.58) idi. Esenlik alt boyutu puan ortalamaları ilaç tedavisi uygulanan hastalarda en düşük (67.55±10.11) iken, fizik tedavi-ilaç tedavisi uygulanan hastaların puan ortalamaları en yüksek (69.00±6.08) idi. Genel sağlık anlayışı alt boyutu puan ortalamaları ilaç tedavisi uygulanan hastalarda en düşük (71.61±11.20) iken fizik tedavi-ilaç tedavisi uygulanan hastaların puan ortalamaları en yüksek (80.33± 4.61) idi. Global yaşam kalitesi alt boyutu puan ortalaması ilaç tedavisi uygulanan hastalarda en düşük (63.47±11.26) iken, fizik tedavi-ilaç tedavisi uygulanan hastalarda en yüksek (65.50±11.21) idi. Hastalara ameliyata kadar uygulanan tedavilerinin yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamalarını etkilemediği bulundu (sırası ile KW:3.398 Sd:3 $p>0.05$, K.W:1.119 $p>0.05$, K.W:4.740 $p>0.05$, K.W:2.629 $p>0.05$).

Ameliyat sonrası ilaçlarını düzenli olarak alan hastaların yaşam kalitesi bütün alt boyutları puan ortalamaları en yüksek iken, ameliyat sonrası ilaçlarını hatırladıkça alan hastaların yaşam kalitesi bütün alt boyutları puan ortalamaları en düşük idi. Ameliyat sonrası hastaların ilaçlarını kullanım durumlarının yaşam kalitesi bütün alt boyutları puan ortalamalarını etkilemediği bulundu (sırası ile K.W:2.674 Sd:2 $p>0.05$, K.W:1.918 $p>0.05$, K.W:2.022 $p>0.05$, K.W:3.087 $p>0.05$).

4.3. Hastaların algıladıkları sosyal desteğe ilişkin bulgular

Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre puan ortalamaları Tablo 7’de gösterildi. Hastaların aile alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları 46-üstü yaş grubundaki hastalarda en yüksek (26.80 ± 1.78) iken, puan ortalamaları 26-35 yaş grubundaki hastalarda en düşük (26.35 ± 2.18) idi. Arkadaş alt boyutu puan ortalamaları 18-25 yaş grubunda en yüksek (23.20 ± 4.38) iken, 46-üstü yaş grubunda en düşük (18.20 ± 6.34) idi. Hemşire alt boyutu puan ortalamaları 18-25 yaş grubunda en düşük (13.40 ± 6.46) iken, 46-üstü yaş grubunda en yüksek (19.20 ± 6.61) idi. Hastaların yaşlarının sosyal destek alt boyutları puan ortalamalarını etkilemediği bulundu (Aile K.W:0.210 Sd:2 $p > 0.05$, Arkadaş K.W:1.494 $p > 0.05$, Hemşire K.W:4.317 $p > 0.05$).

Kadınların algıladıkları sosyal destek alt boyutları puan ortalamaları erkeklerin puan ortalamalarından yüksekti. Cinsiyetin aile ve hemşire alt boyutları puan ortalamalarını etkilemediği (Aile MWU:289.500 $p > 0.05$, Hemşire MWU:296.500 $p > 0.05$), arkadaş alt boyutundan alınan puan ortalamalarını ise etkilediği bulundu (MWU:205.000 $p < 0.05$).

Tablo 7. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine MSPPS'den Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Sosyo-demografik Özellikler	Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyutları		
	Aile <u>X±SD</u>	Arkadaş <u>X±SD</u>	Hemşire <u>X±SD</u>
Yaş			
18-25	26.40±2.19	23.20±4.38	13.40±6.46
26-35	26.35±2.18	20.87±7.61	16.00±6.23
36-45	26.37±2.01	20.62±7.23	13.66±5.97
46-üstü	26.80±1.78	18.20±6.34	19.20±6.61
Test ve p değeri	K.W:0.210 Sd:2 p>0.05	K.W:1.494 Sd:2 p>0.05	K.W:4.317 Sd:2 p>0.05
Cinsiyet			
Kadın	26.65±1.94	21.14±6.94	16.69±5.00
Erkek	26.22±2.08	20.21±7.10	13.44±6.86
Test ve p değeri	MWU:289.500 p>0.05	MWU:205.000 p<0.05	MWU:296.500 p>0.05
Eğitim Durumu			
İlkokul mezunu	26.62±1.61	20.37±7.24	11.21±5.57
Ortaokul mezunu	26.20±2.39	21.40±7.60	16.20±5.93
Lise mezunu	26.00±2.44	19.78±6.33	16.50±6.37
Üniversite mezunu	28.00±0.00	28.00±0.00	18.00±2.82
Test ve p değeri	K.W:1.194 Sd:2 p>0.05	K.W:2.462 Sd:2 p>0.05	K.W:7.640 Sd:2 p<0.05
Medeni Durum			
Evli	27.00±1.73	22.00±6.00	16.80±4.38
Bekar	26.35±2.04	20.57±7.10	14.73±6.41
Test ve p değeri	MWU: 110.500 p>0.05	MWU:100.000 p>0.05	MWU: 97.500 p>0.05
Sosyal Güvence			
Var	26.18±2.50	19.64±7.91	16.04±7.30
Yok	27.50±0.70	26.50±2.12	16.50±4.94
Test ve p değeri	MWU:84.500 p>0.05	MWU:74.500 p>0.05	MWU: 78.000 p>0.05
Meslek			
Memur	26.12±2.64	18.50±8.21	11.12±5.33
Serbest Meslek	25.62±1.96	21.75±7.00	14.81±6.94
İşçi	25.50±3.53	24.50±4.94	14.00±0.00
Emekli	27.80±0.44	18.40±7.79	16.40±4.50
Ev hanımı	26.94±1.68	21.00±6.59	17.42±4.82
Test ve p değeri	K.W:5.250 Sd:3 p>0.05	K.W:1.436 Sd:3 p>0.05	K.W:12.156 Sd:3 p<0.01
Gelir Düzeyi			
Düşük	26.61±1.95	20.89±7.37	15.23±6.11
Orta	26.16±2.22	18.83±7.33	18.16±5.45
Yüksek	25.20±2.16	21.60±1.81	8.80±4.54
Test ve p değeri	K.W:3.000 Sd:2 p>0.05	K.W:1.730 Sd:2 p>0.05	K.W:3.810 Sd:2 p>0.05
Gelirin gideri karşılığı			
Karşılıyor	25.96±2.66	19.36±7.89	14.72±7.27
Karşılmıyor	26.52±2.27	20.48±7.97	17.40±6.98
Test ve p değeri	MWU:269.500 p>0.05	MWU:291.500 p>0.05	MWU:248.500 p>0.05

Hastaların aile alt boyutu puan ortalaması üniversite mezunlarında en yüksek (28.00±0.00) iken, lise mezunlarında en düşük (26.00±2.44) idi. Arkadaş alt boyutu puan ortalaması üniversite mezunlarında en yüksek (28.00±0.00) iken, lise mezunlarında en düşük (19.78±6.33) idi. Hemşire alt boyutu puan ortalaması üniversite mezunlarında en yüksek (18.00±2.82) iken, ilkokul mezunlarında en düşük (11.21±5.57) idi. Hastaların eğitim durumlarının aile ve arkadaş alt boyutları puan ortalamalarını etkilemediği (Aile K.W:1.194 Sd:2 p>0.05, Arkadaş K.W:2.462 p>0.05), hemşire alt boyutu puan ortalamasını ise etkilediği bulundu (Hemşire K.W:7.640 Sd:2 p<0.05).

Evli hastaların aile, arkadaş, hemşire alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları bekâr hastaların puan ortalamalarından daha yüksekti. Hastaların medeni durumlarının algılanan sosyal desteğin tüm alt boyutları puan ortalamalarını etkilemediği saptandı (Aile MWU: 110.500 p>0.05, Arkadaş MWU:100.000 p>0.05, Hemşire MWU: 97.500 p>0.05).

Sosyal güvencesi olmayan hastaların aile, arkadaş, hemşire alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları sosyal güvencesi olan hastaların puan ortalamalarından daha yüksekti. Hastaların sosyal güvenceye sahip olma durumlarının algılanan sosyal desteğin tüm alt boyutları puan ortalamalarını etkilemediği bulundu (Aile MWU:84.500 p>0.05, Arkadaş MWU:74.500 p>0.05, Hemşire MWU: 78.000 p>0.05).

Hastaların aile alt boyutu puan ortalaması işçilerde en düşük (25.50±3.53) iken, emeklilerde en yüksek (27.80±0.44) idi. Arkadaş alt boyutu puan ortalaması emeklilerde en düşük (18.40±7.79) iken, işçilerde en yüksek (24.50±4.94) idi. Hemşire alt boyutu puan ortalaması ev hanımlarında en yüksek (17.42±4.82) iken,

işçilerde en düşük (14.00 ± 0.00) idi. Hastaların mesleklerinin aile ve arkadaş alt boyutları puan ortalamalarını etkilemediği (sırası ile K.W:5.250 Sd:3 $p > 0.05$, K.W:1.436 $p > 0.05$), hemşire alt boyutu puan ortalamasını ev hanımlarının lehine etkilediği bulundu (K.W:12.156 Sd:3 $p < 0.01$).

Gelir düzeyi yüksek olan hastaların aile alt boyutu puan ortalaması en düşük (25.20 ± 2.16) iken, gelir düzeyi düşük olan hastaların puan ortalaması en yüksek (26.61 ± 1.95) idi. Orta düzeyde gelire sahip olan hastaların arkadaş alt boyutu puan ortalamaları en düşük (18.83 ± 7.33) iken, yüksek gelire sahip olan hastaların puan ortalamaları en yüksek (21.60 ± 1.81) idi. Yüksek gelire sahip olan hastaların hemşire alt boyutu puan ortalaması en düşük (8.80 ± 4.54) iken, orta düzeyde gelire sahip olan hastaların puan ortalaması en yüksek (18.16 ± 5.45) idi. Hastaların gelir düzeylerinin algılanan sosyal destek alt boyutları puan ortalamalarını etkilemediği bulundu (Aile K.W:3.000 Sd:2 $p > 0.05$, Arkadaş K.W:1.730 $p > 0.05$, Hemşire K.W:3.810 $p > 0.05$).

Gelirleri giderlerini karşılayan hastaların aile, arkadaş, hemşire alt boyutları puan ortalamaları gelirleri giderlerini karşılamayan hastalara oranla daha düşük bulundu. Hastaların gelirin gideri karşılama durumlarının algılanan sosyal destek tüm alt boyutları puan ortalamalarını etkilemediği bulundu (Aile MWU:269.500 $p > 0.05$, Arkadaş MWU:291.500 $p > 0.05$, Hemşire MWU:248.500 $p > 0.05$).

Hastaların yaşadıkları ortamın özelliklerine göre algıladıkları sosyal desteğe ilişkin puan ortalamaları Tablo 8'de gösterildi. Müstakil evde oturan hastaların arkadaş alt boyutu puan ortalaması apartman dairesinde oturan hastaların puan ortalamalarından, apartman dairesinde oturan hastaların aile ve hemşire alt boyutları puan ortalamaları müstakil evde oturan hastaların puan ortalamalarından yüksek bulundu. Hastaların oturdukları ev tipinin algılanan sosyal destek alt boyutları puan ortalamalarını

etkilemediği bulundu (Aile MWU:264.500 $p>0.05$, Arkadaş MWU:294.500 $p>0.05$, MWU:296.500 $p>0.05$).

Tablo 8. Hastaların Yaşadıkları Ortamın Özelliklerine MSPSS'den Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Özellikler (n= 50)	Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyutları		
	Aile <u>X±SD</u>	Arkadaş <u>X±SD</u>	Hemşire <u>X±SD</u>
Evin tipi			
Müstakil	26.19±2.04	20.80±6.93	14.85±6.96
Apartman dairesi	26.58±2.00	20.65±7.10	15.00±5.78
Test ve p değeri	MWU:264.500 $p>0.05$	MWU:294.500 $p>0.05$	MWU:296.500 $p>0.05$
Evde yaşayan kişi sayısı			
1-3	26.68±2.31	22.26±7.43	14.47±6.81
4-6	26.08±1.90	21.62±5.26	15.54±5.83
7-Daha fazla	26.85±1.46	13.42±7.11	14.14±6.71
Test ve p değeri	K.W:2.033 Sd:2 $p>0.05$	K.W:8.707 Sd:2 $p<0.01$	K.W:0.300 Sd:2 $p>0.05$
Evde yaşayan kişiler			
Eş ve çocuklar	26.42±2.03	20.47±7.30	14.07±6.11
Anne- baba	27.50±0.70	19.00±7.07	18.66±5.46
Arkadaşlar	26.00±2.19	23.00±4.33	22.00±2.82
Test ve p değeri	K.W:0.129 Sd:3 $p>0.05$	K.W:0.420 Sd:3 $p>0.05$	K.W:1.653 Sd:3 $p>0.05$

Evde 4-6 kişiyle yaşayan hastaların aile alt boyutu puan ortalamaları Tablo 8'de görüldüğü gibi, birbirine çok yakın değerler idi. Evde 7- daha fazla kişiyle yaşayan hastaların arkadaş alt boyutu puan ortalamaları en düşük (13.42±7.11) iken, 1-3 kişiyle yaşayan hastaların puan ortalamaları en yüksek (22.26±7.43) idi. Evde 7- daha fazla kişiyle yaşayan hastaların hemşire alt boyutu puan ortalaması en düşük (14.14±6.71) iken, 4-6 kişiyle yaşayan hastaların hemşire alt boyutu puan ortalaması en yüksek (15.54±5.83) idi. Evde yaşayan kişi sayısının aile ve hemşire alt boyutları puan

ortalamlarını etkilemediği (K.W:2.033 Sd:2 $p>0.05$, K.W:0.300 $p>0.05$) arkadaş alt boyutu puan ortalamasını etkilediği bulundu (K.W:8.707 Sd:2 $p<0.01$,).

Arkadaşlarıyla yaşayan hastaların aile alt boyutu puan ortalaması en düşük (26.00±2.19) iken, anne- babasıyla yaşayan hastaların puan ortalaması en yüksek (27.50±0.70) idi. Arkadaşlarıyla yaşayan hastaların arkadaş alt boyutu puan ortalaması en yüksek (23.00±4.33) iken, ailesiyle yaşayan hastaların arkadaş alt boyutu puan ortalaması en düşük (19.00±7.07) idi. Eş ve çocuklarıyla yaşayan hastaların hemşire alt boyutu puan ortalaması en düşük (14.07±6.11) iken, arkadaşlarıyla yaşayan hastaların hemşire alt boyutu puan ortalaması en yüksek (22.00±2.82) idi. Hastaların evde yaşadıkları kişilerin algılanan sosyal destek alt boyutları puan ortalamalarını etkilemediği bulundu (Aile K.W:0.129 Sd:3 $p>0.05$, Arkadaş K.W:0.420 $p>0.05$, Hemşire K.W:1.653 $p>0.05$).

4.4. Hastaların yaşam kalitesi ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki

Hastaların yaşam kalitesi ve çok boyutlu algılanan sosyal destek puanlarının dağılımı Tablo 9 incelendiğinde; hastaların global yaşam kalitesi puan ortalaması 63.58±11.07, fonksiyonel durum alt boyutu puan ortalaması 51.50±19.30, esenlik alt boyutu puan ortalaması 67.60±9.40, genel sağlık anlayışı alt boyutu puan ortalaması 71.90±10.95 idi. Hastaların, aileden algıladıkları sosyal desteğe puan ortalaması 26.42±2.01, arkadaştan algıladıkları sosyal destek puan ortalaması 20.7±6.96 ve hemşireden algıladıkları sosyal destek puan ortalaması ise 14.94±6.23 olarak saptandı.

Tablo 9. Hastalarının Yaşam Kalitesi Ölçeği ve MSPSS' den Aldıkları Puanların Dağılımı

Ölçekler	Alınabilecek Alt ve		İşaretlenen Alt ve		<u>X±SD</u>
	Üst	Değerler	Üst	Değerler	
Yaşam Kalitesi					
Fonksiyonel durum		0-100		22-95	51.50±19.30
Esenlik		0-100		41-84	67.60±9.40
Genel sağlık anlayışı		0-100		40-95	71.90±10.95
Global yaşam kalitesi		0-100		32-90	63.58±11.07
Sosyal Destek					
Aile		4-28		13-27	26.42±2.01
Arkadaş		4-28		11-26	20.7±6.96
Hemşire		4-28		6-10	14.94±6.23

Hastaların yaşam kalitesi ölçeği ve MSPSS' in alt boyutları puanları arasındaki ilişki Tablo 10'da gösterildi. Fonksiyonel durum ve global yaşam kalitesi ile aile alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı ve zayıf (sırası ile $r = 0.398$ $p < 0.01$, $r = 0.367$ $p < 0.01$), esenlik ile aile alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı ve zayıf ($r = 0.330$ $p < 0.05$) ve genel sağlık anlayışı ile aile alt boyutları arasında anlamsız ve zayıf bir ilişki bulundu ($r = 0.138$ $p > 0.05$). Fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi ile aile alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamsız ve zayıf ilişki bulundu (sırası ile $r = 0.213$ $p > 0.05$, $r = 0.211$ $p > 0.05$, $r = 0.126$ $p > 0.05$, $r = 0.233$ $p > 0.05$). Fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi ile

hemşire alt boyutları arasında negatif yönde anlamsız ve zayıf ilişki bulundu (Sırası ile $r = -0.027$ $p > 0.05$, $r = 0.097$ $p > 0.05$, $r = -0.195$ $p > 0.05$, $r = -0.039$ $p > 0.05$).

Tablo 10. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ile Yaşam Kalitesi Ölçeklerine Ait Puanlar Arasındaki İlişki

Yaşam kalitesi Ölçeği	Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyutları							
	Aile		Arkadaş		Hemşire		Toplam	
	r	p	r	p	r	p		
Fonksiyonel durum	0.398	<0.01	0.213	>0.05	-0.027	>0.05	0.227	>0.05
Esenlik	0.330	<0.05	0.211	>0.05	0.097	>0.05	0.263	>0.05
Genel sağlık anlayışı	0.138	>0.05	0.126	>0.05	-0.195	>0.05	0.002	>0.05
Global yaşam kalitesi	0.367	<0.01	0.233	>0.05	-0.039	>0.05	0.218	>0.05

5. TARTIŞMA

Bel ağrısı toplumda oldukça sık rastlanan ve kişilerin hayatını olumsuz etkileyen kronik bir hastalık türüdür. Lomber disk hernileri bel ağrısı nedenlerinin çok büyük bir kısmını kapsar ve geç tanındığı için genellikle cerrahi yöntemle tedavi edilmektedir.²⁴

Bu çalışma, lomber disk hernili hastaların ameliyat sonrası iyileşme sürecinde algıladıkları sosyal destek ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla planlanmış ve gerçekleştirilmiştir. Atatürk Üniversitesi Aziziye Araştırma Hastanesi, Erzurum Numune Hastanesi Nöroşirurji Kliniklerinde ameliyat olan 50 hastadan elde edilen bulgular mevcut literatür bilgisi ile tartışılmıştır.

5.1.Hastaların bazı sosyo-demografik ve tanı-tedavi özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması

Araştırma kapsamına alınan hastaların %48'i 36-45 yaş grubundadır (Tablo 1). Bu bulgu Bergner'in çalışmasında³⁹ elde ettiği sonuçla benzerlik göstermektedir (%40, 35-39). Lomber disk hernisi çalışan, üretken, genç ve orta yaşlı insanlarda sıklıkla yaşanan bir kronik hastalıktır ve önemli derecede iş gücü kaybına neden olmaktadır. Fonksiyonel kayıplar, hastanın özel hayatını da olumsuz yönde etkilemekte ve sonuçta yaşam kalitesini azaltmaktadır. Yaşam kalitesindeki azalmanın kişilerde iyileşme sürecini olumsuz yönde etkilememesi için bu hasta grubunda sosyal desteğin işlevi önem kazanmaktadır.⁹ Bu çalışmada hastaların %54'ünün erkek olması, literatürde, "çalışma koşulları, genetik yapıları ve doğru vücut mekaniklerine uymamalarının lomber disk hernisinin erkeklerde daha fazla görülmesine neden olmaktadır" görüşü ile açıklanabilir.²⁴ Çetinyalçın⁹ ile Özer¹⁵ bu hastalığın kadınlara oranla erkeklerde daha fazla görüldüğünü belirterek, bizim elde ettiğimiz bulguyu desteklemektedir. Fakat Aydemir⁷ ve Özyürek'in³⁶ çalışmalarında ise kadınlarda lomber disk hernisinin daha

fazla görüldüğü doğrultusundadır. Hastaların %90'ı evlidir. Bu bulgu Karadağ'ın çalışma³ sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir (%96).Bu hastalık doktora gitmeyi gerekecek belirtileri ileri yaşta vermesi ve toplumumuzda evlenme yaşının erken olması hastaların büyük bir çoğunluğunun evli olması bulgusunun gerekçesi olabilir. Araştırmaya katılan hastaların %48'i ilkokul mezunudur, Özyürek'in araştırma sonuçları³⁶ bu bulguyla benzerlik göstermektedir (% 53). Eğitim düzeyi birçok hastalıkta olduğu gibi, disk hernisinin de erken tanılanmasında önemli bir etmendir. Eğitim düzeyi düşük olan hastalar sağlığı ihmal, kötü iş koşulları, maddi yetersizlikten dolayı iş kaygısı gibi nedenlerle ameliyat aşamasına gelmeden doktora başvuramazlar.¹⁵

Diskal hernili hastaların %80'inin tanısı L4-L5 seviyesinde disk hernisidir (Tablo 3). Karadağ'ın yaptığı çalışmada³ bu oran %73 olarak belirlenmiştir. Yük taşırken ve hareket ederken bel bölgesinde ağırlıkla L4-L5 disk mesafesi esnemekte ve bası altında kalmakta, bu nedenle disk hernisi bu mesafede diğerlerine oranla daha fazla görülmektedir.^{4,9}

5.2. Hastaların yaşam kalitesine ilişkin bulguların tartışılması

Birçok kronik hastalıkta olduğu gibi lomber disk hernisinde erken yaşta görülme oranı giderek artmaktadır.³⁸ Yaşları 18-25 arasında olan hastaların esenlik, genel sağlık anlayışı, global yaşam kalitesi puan ortalamaları diğer yaş grubundaki hastalara oranla daha yüksek (75.00±7.31, 73.80±9.28, 71.00±12.2) bulunmasına karşın, hastaların yaşının yaşam kalitesi alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur (Sırası ile K.W:5.969 Sd:3 p>0.05, KW:4.880 p>0.05, KW:0.691 p>0.05, KW:3.196 p>0.05) (Tablo 4.). Tsuru³⁸, erken yaşta iyileşme sürecinin daha hızlı olduğunu ve bunun sonucunda yaşam kalitesinin iyileşme sürecine paralel olarak bu yaş grubunda daha hızlı bir artış gösterdiğini bildirmiştir. Bergner³⁹,

yaş artışıyla birlikte fiziksel yetersizliklerin meydana geldiğini ve bunun hem emosyonel doyumunu hem de global yaşam kalitesini azalttığını belirtmiştir. Yaşam kalitesi ve yaş arasında ters bir orantı söz konusudur, yaş arttıkça bütün hasta gruplarında yaşam kalitesi azalmaktadır.¹²

Kadınların yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamalarının erkeklerle oranla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Karabulutlu ve Tan'ın hemodiyalizli hastalarla yaptıkları çalışmada da⁴⁰ benzer bir bulgu elde edilmiştir. Cinsiyetin fonksiyonel durum ve genel sağlık anlayışı puan ortalamalarına etkisi istatistiksel olarak anlamsız (sırası ile MWU:221.000 $p>0.05$, MWU:234.000 $p>0.05$), esenlik ve global yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamasına etkisi ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırası ile MWU:207.500 $p<0.05$, MWU:200.000 $p<0.05$) (Tablo 4.). Fakat, Evans tarafından diskal hernili hastalarda yapılan çalışmada⁴² erkeklerin yaşam kaliteleri daha yüksek bulunmuştur. Özkan yaptığı çalışmada⁴¹, kadınların cerrahi operasyon sonrası iyileşme sürecine ilişkin daha olumlu düşüncelere sahip olduğunu ve bunun iyileşme sürecini olumlu etkilediğini belirtmiştir.

Sosyal güvenceye sahip olma durumunun esenlik alt boyutunda sosyal güvencesi olmayan hastaların lehine istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (MWU: 42.500 $p<0.05$) (Tablo 4.). Bu durum, kişinin duyduğu ekonomik kaygılara karşın tedavisinin yapılmasından kaynaklanabilir. Sosyal güvencesi olmayan kişi herhangi bir sağlık sorunuyla karşılaştığında tedavi için gerekli olanakları sağlayamayacağı için stresle yüz yüze kalır. Bu olanağın bir şekilde sağlanması kişinin rahatlamasına ve hastalığının etkileriyle başa çıkma mekanizmalarını daha kolay geliştirmesine neden olabilir.

Hastaların medeni durumları yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamalarını etkilememesine karşın, bekar hastaların yaşam kalitesi tüm alt boyutları puan

ortalamaları evlilere oranla daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4). Bu bulgu, bekar hastaların gelecek kaygısının evlilere oranla daha az olmasından ve evde üstlendikleri rolün tamponlanabilir nitelikte olmasından kaynaklanabilir. Pınarın¹² diyabetli hastalarla yaptığı çalışma sonuçlarında da benzer bulgulara rastlanmaktadır.

Meslek, lomber disk hernisi için başlı başına bir risk etmenidir. Sürekli oturmayı veya ayakta kalmayı, titreşimli aletlerle çalışmayı ve dönerek yük kaldırmayı gerektiren işler lomber disk hernisi insidansının yükselmesine neden olmaktadır.¹ Esenlik alt boyutu puan ortalamasının emekli hastaların lehine anlamlı olduğu (KW:9.640 Sd:4 p<0.05), emeklilerin yaşam kalitesi tüm alt boyutları puan ortalamalarının diğer meslek gruplarındaki hastalara oranla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, emekli hastaların ameliyat sonrası yeterince dinlenebilmelerinden, işe dönme zorunluluklarının ve kaygılarının olmamasından kaynaklanıyor olabilir.

Hastaların eğitim durumları yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamalarını etkilememektedir (Tablo 4).

Sorias²⁹, bilgi ve eğitim içerikli sosyal desteğin bazı durumlarda duygusal desteğe tercih edildiğini ve hastaların yaşadıkları olumsuz duyguları daha fazla azaltabildiğini bildirmiştir. Verilen eğitimin niteliğinden çok hastanın bu eğitimi ne kadar algılayabildiği önemlidir. Bu noktada hastanın eğitim düzeyi diğer etmenleri etkisiz kılacak bir ivme kazanır. Bu çalışmada esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi puan ortalamaları istatistiksel olarak çok anlamlı olmamakla birlikte üniversite mezunlarında daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Karadağ³, Özyürek ve Dramalı³⁶ yaptıkları çalışmada eğitim düzeyinin hastalık hakkındaki bilgi düzeyini etkilediğini, bilgi düzeyi yüksek olan hastaların iyileşme sürecinin hızlı

olduğunu ve bunun eski yaşam standartlarına daha erken dönmeyi sağladığını belirtmişlerdir.

Hastaların gelirlerinin giderlerini karşılama durumu yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamalarını etkilememesine karşın geliri giderini karşılayan hastaların yaşam kalitesi tüm alt boyutları puan ortalamaları karşılamayanlara oranla daha yüksek bulunmuştur. Özyürek'in³⁶ çalışma sonuçları bulgumuzu desteklemektedir (Tablo 4).

Literatürde hareket mekanizmasını doğrudan etkilediği için, ameliyat sonrası disk hernili hastaların merdiven çıkma, eğilme, tuvalete gitme gibi durumların hastanın iyileşme döneminde önem kazandığı belirtilmektedir.¹³ Araştırmaya katılan hastaların oturdukları ev tipi fonksiyonel durum, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamalarını etkilemezken, esenlik alt boyutu puan ortalaması ev tipinden etkilenmektedir (Tablo 5). Bu durum kişilerin apartman dairesinde iyileşme süreçleri boyunca meydana gelen hareket kısıtlılığı nedeniyle sosyal yaşamlarını evin içiyle sınırlandırmalarından kaynaklanıyor olabilir. Ameliyat sonrası iyileşme sürecinde kişilerin merdiven çıkma ve beli tamamen bükerek eğilme gibi durumlardan komplikasyon gelişiminin önlenmesi amacıyla kaçınmaları gerekmektedir.¹⁴ Yıldızhan'ın⁴ disk hernili hasta grubunda ameliyat sonrası komplikasyon gelişme sıklığının en fazla alaturka tuvalet kullanımı sırasında gerçekleştiğini belirtmesine karşın, bu çalışmada hastaların kullandıkları tuvalet türünün yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur. (sırası ile MWU:195.500 p>0.05, MWU:175.000 p>0.05, MWU:137.500 p>0.05, MWU:185.000 p>0.05) (Tablo 5.).

Hastaların evde yaşadıkları kişilerin sayısı yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamalarını etkilememekle birlikte (sırası ile KW:203.000 p>0.05, KW:220.000 p>0.05, K.W:211.000 p>0.05, K.W:213.500 Sd:2 p>0.05) eş ve çocuklarıyla

yaşayan hastaların yaşam kalitesi puan ortalamaları anne-babasıyla yaşayan hastalara oranla daha düşük bulunmuştur (Tablo 5). Bu durum evli hastalara bakım verici anlamında yeterli desteğin sağlanamaması, eşlerden birinin hastalığı durumunda diğer eşin hem kendi rollerini hem de eşinin rollerini üstlenmek zorunda kalması ve evli hastaların ev ortamındaki rollerinin iyileşme döneminde aksamasından kaynaklanmış olabilir, destek verecek ek insanların oluşu da önemli etken olabilir. Çetinyalçın⁹, Edirne⁵ ve Yıldızhan⁴, lomber disk herni ameliyatının başarısının, hastanın en az altı hafta veya üç ay bazı kurallara dikkat ederek bakımlarının evde devam ettirilmesine bağlı olduğunu açıklamaktadırlar. Bu kuralların da taburculuk eğitimi ile verilebileceği bilinmektedir.

Hastaların ameliyat türü yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamalarını etkilememektedir (sırası ile MWU:205.500 $p>0.05$, MWU:166.000 $p>0.05$, MWU:167.500 $p>0.05$, MWU:176.000 $p>0.05$), bununla birlikte diskektomi ameliyatı olan hastaların yaşam kalitesi tüm alt boyutları da laminektomi olan hastalara oranla daha yüksek bulunmuştur. Bu durum, diskektominin daha kesin, laminektominin ise tamir edici bir işlem olmasından ve laminektomi ameliyatı olan hastaların diğer hasta grubuna oranla daha uzun süre ağrı ve hareket kısıtlılığı ile günlük yaşam aktivitelerinin sınırlandırılmasından kaynaklanıyor olabilir.

Hastaların tanıları yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamalarını etkilememektedir (sırası ile MWU: 87.500 $p>0.05$, MWU: 127.000 $p>0.05$, MWU: 130.000 $p>0.05$, MWU: 94.500 $p>0.05$), (Tablo 6.). Bu L4-L5 disk seviyesi ile L5-S1 disk seviyesinin anatomik olarak birbirine yakın olması ve benzer şikayetlere yol açması ile açıklanabilir.

Çetinyalçın⁹, Tuna¹ ve Karadağ³ lomber disk hernili hastalarda tedavi etkinliğinde erken tanının yaşam kalitesinin yükselmesinde oldukça önemli bir etken olduğunu belirtmektedirler. Bu çalışmada, hastaların hastalık belirtilerinin başlangıcından itibaren doktora başvuru süresinin yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur (sırası ile K.W:1.485 Sd:3 p>0.05, K.W:2.776 p>0.05, K.W:3.565 p>0.05, K.W:2.123 p>0.05), (Tablo 6.). Bu sonuç, hastalara uygulanan cerrahi tedavinin yaşam kalitesini yükseltmesinden kaynaklanmış olabilir.

Lomber disk hernisi tanılandığı aşamaya göre farklı tedavi seçeneklerinin sunulabildiği bir hastalıktır. Bu tedavi seçenekleri içinde ameliyat en son sırada gelmesine karşın endike olduğu hasta sayısı oldukça fazladır ve giderek artmaktadır.²⁰ Araştırmaya katılan hastalardan ameliyata kadar ilaç tedavisi ve fizik tedavi alanların yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamaları diğerlerine oranla daha yüksek olmasına karşın bu fark istatistiksel anlam taşımamaktadır (Tablo 6). Aydemir diskal hernili hastalarda yaptığı çalışmasında⁷, fizik tedavi alan hastaların hem fiziksel hem de psiko-sosyal işlev bozukluklarındaki düzelmelere paralel olarak yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarının puan ortalamalarında artış olduğunu belirtmiştir.

Özkan'ın⁴¹ cerrahi girişim uygulanan hastalar üzerinde yaptığı çalışmada tedavi planına uyum gösteren hastaların hastalığı bir stres etkeni olarak görmekten uzaklaştıkları ve bunun sonucu olarak iyileşme süresinin diğer hastalara oranla daha kısa olduğunu belirtmiştir. Ameliyat öncesinde ilaç düzeni de dahil olmak üzere kendisine bildirilen kurallara uyan hastaların iyileşme sürecinin daha verimli geçmesi ve buna bağlı olarak yaşam kalitesinin tüm boyutları puan ortalamalarının artması olağan bir durumdur. Hastaların ameliyat sonrası ilaç düzenlerinin yaşam kalitesi alt boyutlarına ilişkin puan ortalamalarını etkilememesine karşın (sırası ile K.W:2.674

Sd:2 $p>0.05$, K.W:1.918 $p>0.05$, K.W:2.022 $p>0.05$, K.W:3.087 $p>0.05$) (Tablo 6.), ilaçlarını düzenli olarak kullanan hastaların yaşam kalitesinin bütün alt boyutları puan ortalamaları diğer gruplara oranla daha yüksek bulunmuştur

5.3. Hastaların algıladıkları sosyal desteğe ilişkin bulguların tartışılması

Sosyal destek olumsuz yaşam olaylarının fiziksel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerindeki zarar verici etkisini azaltma işlevine yardımcı olmada rol oynayan bir etkidir. Sosyal destekte varolan bir sosyal ağdan söz edilir. Bu ağ; aile, eş, arkadaş ve yakın akrabaları kapsar. Kronik hastalar üzerinde yapılan çalışmalarda sosyal destek sistemlerinden faydalanamayan hastaların hastalık süreçlerinin daha ağır seyrettiği, hatta en fazla ölüm oranı sosyal desteğin yeterince doyurucu olmadığı hasta gruplarında meydana geldiği görülmüştür. Sosyal destekte anlamlı olan destek veren kişi sayısı veya desteğin yoğunluğu değil, verilen desteğin algılanabilirliğidir.^{37,43-46,64} (Tablo 7). Hastaların yaşları aileden, arkadaştan ve hemşireden algıladıkları sosyal destek puan ortalamalarını etkilememektedir (Aile K.W:0.210 Sd:2 $p>0.05$, Arkadaş K.W:1.494 Sd:2 $p>0.05$, Hemşire K.W:4.317 Sd:2 $p>0.05$). Tan ve arkadaşlarının hemodiyaliz hastalarında yaptığı çalışmada⁴⁷, elde ettiği sonuçlar bu bulguyu desteklemektedir. İnsan her yaşta stres verici bir durumla karşılaşmasa da önemsendiğini ve birileri tarafından değer gördüğünü hissetmek ister. Algılanmak istenen bu değer gereksiniminin belli bir başlama veya bitiş yaşı yoktur.⁴³ (Tablo 7.).

Kronik hastalığı olan bireylerde sosyal destek özellikle önem kazanmaktadır. Bu bireylerin sıkıntıları sürekli olmakta, sağlık koşulları giderek bozulmakta ve hastalıklarıyla ilgili stres etkenleri giderek çoğalmaktadır. Bu nedenle duygusal ve araçsal yardımın bu bireyler için yararlı olmasının ötesinde yaşamları açısından kritik bir önem kazanmaktadır. Kronik hastalıklar çoğu kez fiziksel bir yetersizliği içerir. Bu

durum bireyin alışageldiği etkinlikleri kesintiye uğratar, hastanın fiziksel ve ruhsal sağlığını oldukça olumsuz etkiler.⁴⁸ İstatistikse olarak anlamlı olamamakla birlikte bu çalışmada kadınların aileden ve hemşireden algıladıkları sosyal destek puan ortalamalarının erkeklere oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sorias³³ stres verici bir durum karşısında kadınların destek arama ve elde etme çabalarının erkeklere oranla daha fazla olduğunu bildirmektedir. Arkadaştan algılanan sosyal destek kadınların lehine anlamlı bulunmuştur (MWU:205.000 $p<0.05$) (Tablo 7). Hays ve Oxley çalışmalarında⁴⁹, kadınların arkadaşlarıyla daha sık görüştiklerini, daha fazla bilgisel ve emosyonel destek aldıklarını bulmuşlardır. Böylece sosyal açıdan destek ağı kurmak ve sürdürmek erkeklere oranla kadınlara daha kolay gelmektedir. Shumaker ve Hill'de⁵⁰ kadınların başkalarından destek arayışına erkeklere oranla daha fazla yöneldiklerini, kadınların daha çok duygusal desteğe erkeklerin ise bilgisel ve araçsal desteğe gereksinim duyduklarını ifade etmişlerdir.

Hastaların gelir durumları algıladıkları sosyal destek puan ortalamalarını etkilememesine karşın geliri giderini karşılamayan hastaların tüm alt boyutların puan ortalamaları karşılayanlara oranla yüksek bulunmuştur. Sorias²⁹ maddi gereksinimlerin yetersizliğinin destek talep etmede ve sağlamada önemli bir etken olduğunu belirtmiştir.

Eğitim durumu aileden ve arkadaştan elde edilen sosyal destek puan ortalamalarını etkilememesine karşın (K.W:1.194 Sd:2 $p>0.05$, K.W:2.462 Sd:2 $p>0.05$), hemşireden algılanan destek üniversite mezunlarının lehine anlamlı bulunmuştur (K.W:7.640 Sd:2 $p<0.05$) (Tablo 7). Tan ve arkadaşlarının hemodiyalizli hastalarda yaptığı çalışmada⁴⁷ da yüksek okul mezunlarının hemşireden yüksek düzeyde sosyal destek algıladıkları bulunmuştur. Eğitim seviyesinin yüksek olması, profesyonel boyuttaki destekten daha fazla yararlanma nedeni olabilir.

Literatürde, evliliğin tek başına bir sosyal destek kaynağı olmadığı, yan kaynaklara gereksinim duyulduğu ve ancak mutlu bir evliliğin sosyal destek için önemli bir etken olduğu vurgulanmaktadır. Uyumsuz evlilikler hastalık aşamasında stres kaynaklarının güçlenmesine neden olabilmektedir.^{33,51-53} Bu çalışmada, hastaların medeni durumları aileden, arkadaştan ve hemşireden algıladıkları sosyal destek puan ortalamalarını etkilememekle birlikte (MWU: 110.500 $p>0.05$, MWU:100.000 $p>0.05$, MWU: 97.500 $p>0.05$). (Tablo 7.), evli hastaların aileden algıladıkları sosyal destek bekarlardan daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu Tan'ın çalışmasında⁴⁷ da elde edilmiştir

Hastaların meslekleri aileden ve arkadaştan algıladıkları sosyal destek puan ortalamalarını etkilememekte, hemşireden algıladıkları sosyal destek puan ortalaması ise ev hanımlarının lehine istatistiksel olarak çok anlamlı bulunmuştur (Sırası ile K.W:5.250 Sd:3 $p>0.05$, K.W:1.436 $p>0.05$, K.W:12.156 $p<0.01$) (Tablo 7). Sorias³³, kadınların sosyal destek arayışı ve destek sistemlerini kullanmada erkeklerden daha aktif olduklarını ve buna ek olarak hemcinsleriyle daha kolay iletişim kurmaları gibi getirileri kullanabildiklerini belirtmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların evde yaşadıkları kişi sayısı aile ve hemşireden algıladıkları sosyal destek puan ortalamalarını etkilemezken, arkadaştan elde edilen sosyal destek puan ortalaması 1-3 kişiyle yaşayan hastaların lehine çok anlamlı bulunmuştur (sırası ile K.W:2.033 $p>0.05$, K.W:8.707 $p<0.01$, K.W:0.300 $p>0.05$), (Tablo 8.). Uzun'un stomalı hastalarda yaptığı çalışmada da⁵⁴, kişi sayısının az olduğu ailelerde sosyal desteğin daha fazla algılandığı belirlenmiştir. Henderson⁵⁵, aileden algılanan destek ne kadar doyurucu olursa olsun arkadaş desteğinin yerini tutamadığını belirtmektedir.

Bu araştırmada hastaların birlikte yaşadığı kişilerin sosyal destek algılarına etkisi istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, evde anne-babasıyla yaşayan hastaların aileden, arkadaşlarıyla yaşayan hastaların arkadaştan ve hemşireden algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları daha yksektr. Bu bulgu kişinin destek arayışına yakın çevresinde bulunan kişilerden başlaması, eğer yeterli doyuma ulaşmazsa bir sonraki destek etmenine başvurması ile açıklanabilir (Tablo 8.).

5.4. Hastaların Yaşam Kalitesi ile Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki

Hastaların yaşam kalitesi fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları Tablo 9’da sunulmuştur. Yaşam kalitesi alt boyutlarına verilebilecek en yksek değerin 100 olduğu dikkate alındığında, alt boyutlardan alınan puanların normal bir iyilik halinden çeteye geçmediği görülmektedir. Her ne kadar lomber disk hernisinde iyileşme sürecinin hızlı olduğu belirtilse de hareket mekanizmasının önemli bir bölümünde gerçekleştirilen bu müdahale kişilerin fonksiyonel durumunun, sağlıklarına bakış aıların ve yaşam kalitesinin normal standartların altında olmasının haklı bir nedeni olarak gösterilebileceği düşünülmektedir. Aile, arkadaş ve hemşireden algılanan sosyal destek puan ortalamaları sırası ile; 26.42 ± 2.01 , 20.7 ± 6.96 , 14.94 ± 6.23 olarak belirlenmiştir (Tablo 9). Algılanan sosyal destek alt boyutlarından alınabilecek en yksek değerin 28 olduğu dşnlnce aileden alınan desteğin oldukça iyi, arkadaş desteğinin normal, hemşire desteğinin ise düşük olduğu görülmektedir. Türk Toplumunu aile merkezli bir yapıya sahiptir. Aile içi ilişkiler bir çok topluma göre daha sıkı ve birbirine bağlıdır. Aile içindeki bireylerde bireysel paylaşımlar için öncelikle aileden biri tercih edilir, bu nedenle bazen arkadaş desteği için de aile bireylerinden faydalanıldığı görülür. Aileden algılanan desteğin

araştırma sonuçlarımızda yüksek bulunması Türk toplum yapısının doğal bir getirisinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Hastaların fonksiyonel durum alt boyutu puan ortalamaları aileden algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları arasındaki ilişki doğru orantılı ve anlamlı bulunmuştur ($r= 0.398$ $p<0.01$), (Tablo 10). Vicki³², kronik hastalığı olan hastalarda yaptığı çalışmada, aile desteğinin hastaların fiziksel fonksiyonlarını yerine getirmelerin de önemli bir etkisinin olduğunu belirtmiştir. Lomber disk hernisi ameliyat unsuru atlatıldıktan sonra fiziksel aktiviteleri ve gereksinimleri yerine getirememesi konusunda rahatsızlık verici olabilir. Bu aktiviteler ve gereksinimler karşılandıktan sonra hastanın hastalığa bağlı çok olumsuz etkenlerle karşılaşması söz konusu değildir. Aile desteği hastanın fonksiyonlarını yerine getirmede yardımcıdır, fonksiyonel durum puan ortalaması arasındaki anlamlılığın bu nedenden kaynaklandığı düşünülebilir.

Esenlik alt boyutu puan ortalaması aileden algılanan destek puan ortalaması arasındaki ilişki doğru orantılı bulunmuştur ($r=0.330$ $p<0.05$), (Tablo 10). Hastaların fiziksel sınırlılıklarına karşın ailelerinden aldıkları destekle günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmeleri hastalığa bakış açılarını ve iyileşme süreçlerini olumlu etkilediğinin göstergesi olabilir.

Genel sağlık anlayışı ve aileden algılanan sosyal destek alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($r= 0.138$ $p>0.05$) (Tablo 10). Bu bulguya, kişinin algıladığı desteğin ameliyatın oluşturduğu ağrı, hassasiyet, kendi rollerini üstlenememe, hastalığın tekrarlaması korkusu gibi bazı etkilerin kısmen ortadan kalkması neden olmuş olabilir.

Araştırmaya katılan hastaların global yaşam kalitesi ve aileden algılanan sosyal destek alt boyutları arasında doğru orantılı bir ilişki bulunmuştur ($r= 0.367$ $p<0.01$),

(Tablo 10). Sorias yaptığı çalışmada³³ sağlığı kesintiye uğratabilecek kronik hastalık veya ameliyat gibi durumlardan sonra aile desteği ile karşılanan sosyal ve fiziksel aktivitelerin hastaların hayata daha olumlu bakmalarını, hastalıklarıyla ve hastalığın getirdiği diğer olumsuz etmenlerle daha kolay baş etmesini sağladığını belirtmiştir.

Yaşam kalitesinin alt boyutları olan fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi ve arkadaşlardan elde edilen sosyal destek puan ortalamaları arasındaki ilişki Bosworth'un koroner arter hastalarında yaptığı çalışmadaki⁵⁶ gibi anlamsız bulunmuştur. ($r= 0.213$ $p>0.05$, $r= 0.211$ $p>0.05$, $r= 0.126$ $p>0.05$, $r= 0.233$ $p>0.05$), (Tablo 10).

Fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi alt boyutları ile hemşireden algılanan destek puan ortalamaları arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır. Lomber disk hernisi ameliyatı sonrasında hastalar en az bir hafta hastanede kalmakta, bu süreç içerisinde hemşireyle doğrudan iletişim içinde bulunmasını gerektirecek bir çok durumla karşılaşmaktalar. Bir hafta bilgi vermek için yeterli bir süredir. Araştırmamıza dahil olan hastaların eğitim düzeyleri dikkate alındığında hastalık, yapılan işlemler ve geçirdikleri ameliyat hakkındaki bilgi düzeylerinin oldukça düşük olduğu düşünülmektedir. Hasta bireylerin içinde buldukları durum hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları önemli bir stres etkenidir.⁵⁷ Hemşire desteği puan ortalamasının düşük ve anlamsız bulunmasında (Tablo 10) hemşirelerin birey merkezli bütüncül yaklaşım ile ilgili bilgi yetersizliği, hasta bakımında yalnızca teknik beceriler göstermeleri, ülkemizde hemşirelerin çalışma koşullarının verilen eğitimle örtüşmemesi gibi etmenlerin rol oynamasından kaynaklandığı düşünülebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda aşağıdaki bulgular elde edilmiştir;

Araştırma kapsamına alınan hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımında;

%48'i 36-45 yaşları arasında, %54'ü erkek, %90'ı evli, %38'i ev hanımı idi.

Hastaların yaşadıkları ortamın özelliklerinin dağılımında; %80'ini alaturka tuvalet kullandığı, %84'ünün eş ve çocuklarıyla yaşadığı belirlendi.

Hastaların tanı ve tedaviye ilişkin durumlarının dağılımında; %80'inin tanısının L4-L5 seviyesinde disk hernisi olduğu, %72'sinin diskektomi ameliyatı olduğu, %98'ine ameliyattan sonrada ilaç tedavisi uygulandığı belirlendi.

Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yaş, cinsiyet, sosyal güvence ve medeni durumun ile yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$).

Hastaların yaşadıkları ortamın özelliklerine göre yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; oturlan ev tipi, kullanılan tuvalet ve evde birlikte yaşanan kişilerin sayısının yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$). Hastaların tanı ve tedavi durumlarına göre yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; tanı, ameliyat türü, ameliyat öncesi doktora başvuru ve ilaç düzeninin yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$).

Hastaların, mesleğinin ve oturlan ev tipinin yaşam kalitesinin esenlik alt boyutu puan ortalamalarını cinsiyetin yaşam kalitesinin esenlik ve global yaşam alt boyutları puan ortalamalarını etkilediği bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özelliklerine ile algılanan sosyal destek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yaş, medeni durum ve gelir düzeyinin algılanan sosyal destek alt boyutları puan ortalamalarını etkilemediği, cinsiyetin arkadaştan, eğitimin hemşireden algılanan desteği ($p<0.05$), mesleğin hemşireden algılanan desteği etkilediği bulunmuştur ($p<0.01$)

Hastaların yaşadıkları ortamın özelliklerine göre sosyal destek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; evde yaşayan kişi sayısının, evde birlikte yaşanan kişilerin algılanan sosyal destek alt boyutları puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$).

Araştırmada toplam yaşam kalitesi puan ortalaması 63.58 ± 11.07 olarak normalden biraz yüksek, toplam sosyal destek puan ortalaması ise 20.12 ± 07.40 olarak yüksek bulunmuştur.

Hastaların yaşam kalitesi ölçeği ve MSPSS' in alt boyutları puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, fonksiyonel durum ve global yaşam kalitesi ile aile alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı ve zayıf, esenlik ile aile alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı ve zayıf ve genel sağlık anlayışı ile aile alt boyutları arasında ise bir ilişki olmadığı bulundu. Fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi ile aile alt boyutları arasında istatistiksel olarak bir ilişki olmadığı bulundu. Fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi ile hemşireden algılanan destek arasında negatif yönde anlamsız ve zayıf ilişki bulundu.

Araştırmanın en çarpıcı bulgusu bu hasta grubunun hemşireden algıladıkları destek puan ortalamalarının çok düşük oluşudur.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

-Lomber disk herni ameliyatı olan hastalarda yaşam kalitesinde etkili olan etmenlerin belirli aralıklarla belirlenmesi, ameliyattan sonra hastaların kaliteli bir yaşam sürmeleri için gerekli desteğin sağlanması,

-Hemşirelerin eğitici ve psiko-sosyal destek rollerinin daha etkin hale getirilmesi için, hemşirelerin hastaların gereksinmelerine uygun hizmet içi eğitim programlarının planlanması ve yapılması,

-Yaşam kalitesi alanlarını değerlendirecek şekilde, hastalardan bilgi toplanması ve hasta bakımını planlarken bu bilgiden yararlanılması,

-Hastaların farklı zamanlarda yaşam kalitesi ölçümlerinin yapılması ve farklılıkların değerlendirilmesi,

-Hasta yakınlarına, bu hastalara verilecek sosyal desteğin niteliği ve boyutları hakkında eğitim verilmesi,

-Lomber disk herni ameliyatı olan, daha geniş hasta grupları üzerinde girişimsel araştırmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Tuna N :Bel Ağrısı. İstanbul:Nobel Tıp Kitapevi, 2000:7-22.
2. Larson CB:Orthopedic Nursing.St Louis: CV Mosby,1974:188-199
3. Karadağ M. Lomber Disk Herni Ameliyatı Öncesi ve Sonrası Sorunlarla Baş etmede Hemşirenin Rolü. Doktora Tezi. İstanbul Ünivesitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul 1999.
4. Yıldızhan A. Bel Fıtığı ve Korunma Yolları. Fatih Yayınları, İstanbul: 1999.
5. Edirne S. Ağrı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, 2000: 323-347.
6. Arman M. Bel Ağrısı Okulu. İstanbul: Palme Yayıncılık, 2003: 3-42.
7. Aydemir Ö. Bel ağrısı olan hastalarda fizik tedavinin yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon üzerine etkisi. V. Ulusal Konsültasyon-Liyezyon Psikiyatrisi Kongresi 1998:5: 391-393.
8. Erol S, Acaroğlu R. Lomber disk hernili bireylerin yaşam kaliteleri. 2. Uluslar arası ve 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi Program ve Özet Kitabı. Antalya 2003;130.
9. Çetinyalçın İ. Lomber Disk Hernileri. İstanbul: Roche, 2001: 8-168.
10. Aksoy G. Cerrahi hemşireliği.Uluslararası Cerrahi Kongresi 88, Cerrahi Hemşireliği Seksiyonu Konuşma ve Bildirileri.Hilal Matbaacılık Koll. Şti. İstanbul. 1988:194-200.
11. Suzanne C, Smeltzer RN. Medical Surgical Nursing. Philadelphia: Lippincott,1996:1746-1749.
12. Pınar R. Diabetes Mellitus'lu hastaların yaşam kalitesi ve yaşama kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Doktora Tezi. İstanbul Ünivesitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul 1994.

- 13.** Oğul E. Klinik Nöroloji.Bursa: Nobel&Güneş Tıp Kitapevleri, 2002: 431-437.
- 14.** Kepoğlu Ü.Omurğa Cerrahisi ve Siz. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 1996:3-40.
- 15.** Özer A.F. Lomber Disk Hastalığı. İstanbul: Logos Tıp Kitapevi, 2001:9-218.
- 16.** <http://www.belfitigi.com> 12.01.2005.
- 17.** Kuslich S.D. Surgical Treatment of Lumbar Degenerative Disc Disease.In. Zeidman V.B. Principles and Practise of Spine Surgery. St Louis:WB Sounders Company,2000:347-365.
- 18.** Tüzün F, Eryavuz M, Akarırmak Ü. Hareket Sistemi Hastalıkları. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti. İstanbul, 1997:149-160.
- 19.** Simone F. A. Neurosurgery. J.B. Lippincott Company. San Francisco. 1990:3805-3849.
- 20.** Zileli M, Özer A.F. Omurilik ve Omurğa Cerrahisi Cilt 1.İzmir:Nobel Tıp Kitapevleri, 2002:1-41.
- 21.** Zeidman V.B. Principles and Practise of Spine Surgery. St Louis: WB Sounders Company, 2000:370-385.
- 22.** Vaccaro B. Z. Principles and Practise of Spine Surgery. St Louis: WB Sounders Company, 2000:347-365.
- 23.** Jason C.F. The impact of spinal problems on the health status of patients. Spine;25(12):1509-1514.
- 24.** Aydıner S. Lomber disk hastalıklarında genetik. Romatoloji Gündemi Dergisi 1998;3(2):45-48.

25. Erdil F, Özhan Elbaş N. Sinir sistemi cerrahisi ve hemşirelik bakımı.

Editörler: Erdil F, Özhan Elbaş N. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği 4. baskı, Ankara, 72 tasarım-ofset Ltd.Şti., 2001; 210-215.

26. Gökalp Z. Nöroşirurji Ders Kitabı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 1996:181-194.

27. <http://www.akduygu.com> 23.03.2005.

28. Ware J.E. Sf-36 health survey update. Spine; 25(24):3130-3139.

29. Sorias O. Sosyal desteğin değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 1989; 24:19-24.

30. Eker D, Akar H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 1995;10(34): 45-55.

31. Irwing G, et al. Assessing social support: the social support questionnaire. . Journal of Personality and Social Psychology 1983;44(1):127-139.

32. Vicki S. H. Social support and quality of life. Quality of Life Research 2003;12:25-31.

33. Sorias O. Sosyal destekler ve ruh sağlığı. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 1988; 27(1):359-363.

34. Eker D, Akar H, Yıldız H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2001;12(1):18-25.

35. Özgür G. Sosyal Destek ve Sağlık. Türk Hemşireler Dergisi 1993;4(2):25-26.

- 36.** Özyürek P, Dramalı A. Lomber disk herni ameliyatı olmuş erişkin hastaların genel sağlık statüsü boyutlarının ölçülmesi. Hemşirelik Forumu Dergisi 2003;6(5):6-14.
- 37.** Sorias O. Sosyal Desteğin ve Kullanılan Ölçüm Araçlarının Değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları İzmir 1989: 43-49.
- 38.** Tsuru M. Effect of ages on human disc herniation: intervertebral disc hernia is also effected by ages. Spine;25(4):450-456.
- 39.** Bergner M. Quality of life health status and clinical research. Med Care 1989;27:148-156.
- 40.** Karabulutlu E, Tan M. SAPD hastalarında yaşam kalitesi ve özbakım gücünün değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 8(2): 1-11.
- 41.** Özkan S. Cerrahi girişimlerin psikiyatrik komplikasyonları. Hipokrat Dergisi 2004;139:119-124.
- 42.** Evans R, et al. The quality of life of patients with discal hernia. N Eng J Med.1985;312:553-558.
- 43.** Okyayuz Ü.H.: Sağlık Psikolojisi:Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları,1999:79-98.
- 44.** Timothy R.E, Gramling S.E. Personel assertiveness and the effect of social support. Journal of Counseling Psychology 1990;37(4):427- 436.
- 45.** Bennett S.J, et al. Social support and health-related quality of life in chronic heart failure patients. Quality of Life Research 2001;10:671-682.
- 46.** Burgess A. P, et al. The role of personality, coping style and social support in health-related quality of life in HIV infection. Quality of Life Research 2000;9:423-437.

- 47.** Tan M., Karabulutlu e. Hemodiyaliz hastalarında sosyal destek ve umutsuzluk arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 8(2): 32-39.
- 48.** Taylor S.E. Health psychology. Journal of Personality and Social Psychology 1990;40(1):120-135.
- 49.** Hays R.B, Oxley D. Social network development and functioning during a life transition. Journal of Personality and Social Psychology 1986;5(2):305-313.
- 50.** Shumaker S.A, Hill D. Gender differences in social support and physical health. Health Psychology 1991;10:102-111.
- 51.** Barbara R, et al. Concomitants of social support: social skills, physical attractiveness, and gender. Journal of Personality and Social Psychology 1985;49(2):469-480.
- 52.** Atlı H, Özkan S. Sosyal çalışma açısından kanserin aile içinde yarattığı sorunların belirlenmesi ve sosyal desteğin gerçekleşmesinde etkili olan unsurlar. Hipokrat Dergisi 2002;102:123-128.
- 53.** Coyne J.C, Delongis A. Going beyond social support: the role of social relationships in adaptation. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1986;54:454-460.
- 54.** Uzun Ö. Stomalı hastalarda sosyal destek ile öz-bakım arasındaki ilişki. I. Uluslar arası ve VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Program ve Özet Kitabı. Antalya 2000;150
- 55.** Henderson S, et al. Social relationships. British Journal of Social Psychiatry. 1980;136:574-583.

56. Bosworth H. B, et al. Social support and quality of life in patients with coronary artery disease. *Quality of Life Research* 2000;9:829-839.

57. EYlen B. Bilgi verici danışmanlığın kanser hastalarının ailelerinin sosyal destek becerileri üzerine etkisi. Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara 2001.

EK III

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıda 12 cümle ve beraberinde de cevaplarınızı işaretlemeniz için 1 den 7 ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenen sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlelerin her birinde bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

1. İhtiyacım olduğunda yanımda olan bir hemşire var

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet

2. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir hemşire var

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet

3. Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet

5. Beni gerçekten rahatlatan bir hemşire var

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenilebilirim

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet

8. Sorularımı ailemle konuşabilirim

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet

10. Yaşamımda duygularıma önem veren bir hemşire var

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet