

KKTC
YAKINDO U ÜN VERS TES
SA LIK B L MLER ENST TÜSÜ

LOMBER D SK HERN S NEDEN YLE CERRAH G R M
UYGULANAN HASTALARIN TABURCULUK A AMASINDAK
B LG GEREKS N MLER

Hülya YILDIZ

Hem irelik Programı
YÜKSEK L SANS TEZ

LEFKO A

2015

KKTC
YAKINDO U ÜN VERS TES
SA LIK B L MLER ENST TÜSÜ

LOMBER D SK HERN S NEDEN YLE CERRAH G R M
UYGULANAN HASTALARIN TABURCULUK A AMASINDAK
B LG GEREKS N MLER

Hülya YILDIZ

Hem irelik Programı
YÜKSEK L SANS TEZ

TEZ DANI MANI
Doç. Dr. Ümran DAL

LEFKO A

2015

Onay sayfası gelecek

TE EKKÜR

Ara tırmamın gerçekle mesine katkılarında dolayı, a a ıda adı gecen ki i ve kurulu lara içtenlikle te ekkür ederim.

Sayın Doç. Dr. Ümran Dal, tez danı manım olarak çalı mamın planlanmasında, yürütülmesinde, rapor edilmesinde ve her konuda sabır, anlayı göstermi ve yardımlarını esirgememi tir. Yakın Do u Üniversitesi Sa lık Bilimleri Fakültesi Hem irelik Bölüm Ba kan Yardımcısı Sayın Yrd. Doç. Dr. Belkıs Karata yüksek lisans ve tez çalı mamda katkı sa lamı tır.

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Sa lık Bakanlı ı, Yakın Do u Üniversitesi Etik Kurulu, Dr. Burhan Nalbanto lu Devlet Hastanesi Ba hekimi ve Ba hem ireli i çalı mamı yapabilmem için gerekli izni sa lamı lardır.

Tez alı mam süresince bana zaman ayırarak bu çalı manın veri tabanını sa layan hastalara, ailem ve arkada larıma sonsuz sevgi, anlayı ve sabırla destek oldukları için te ekkür ederim.

ÖZET

Yıldız, H. Lomber Disk Hernisi Nedeniyle Cerrahi Girişim Uygulanan Hastaların Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimleri, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa, 2015

Lomber disk hernisi (LDH) nedeniyle cerrahi girişim uygulanan hastalara verilen taburculuk eğitimini ile ilgili süreçlerinin hızlandırılması, öz-bakım yeteneklerine paralel olarak öz güvenlerinin artırılması, hastaneye/polikliniğe tekrarlı başvuruların azaltılması buna bağlı olarak hasta bakım maliyetinin azaltılması ve bakım kalitesinin yükseldiği belirtilmektedir. Araştırma Lomber Disk Hernisi nedeniyle cerrahi girişim uygulanan hastaların taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerinin saptanması amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak 10.12.2014 – 31.03.2015 tarihleri arasında Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'ndeki (KKTC) Nöroürji kliniği bulunan Lefkoşa Doktor Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi ve Yakın Doğu Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde yapılmıştır. LDH nedeniyle cerrahi girişim uygulanan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 18 yaşından büyük olan, görme yapmaya engel durumu olmayan 68 hasta çalışmaya kapsamına alınmıştır. Veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından literatür incelenerek geliştirilen soru formu kullanılmıştır. Verileri SPSS 20,0 (Statistical Package of Science) programında değerlendirilmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre; örnekleme alınan hastaların, büyük bir çoğunluğunun (%94,12) lomber disk herni ameliyatından sonra evde bakımla ilgili bilgi aldıkları görülmektedir. Bilgi alan hastaların %54,69'u ilaç, %50,00'si egzersiz, %81,25'i günlük yaşam aktiviteleri, %96,88'i kontroller ve %64,06'sı komplikasyonların önlenmesine ilişkin bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir. Ancak, hastaların taburculuk aşamasında evde bakımlarına yönelik içerik olarak yeterli bilgi almadığı ve evde bakımlarına ilişkin bir çok konuda bilgi gereksinimlerinin bulunduğu ayrıca hemşirelerin taburculuk eğitiminde çok az yer aldığı görülmüştür. Hemşirelerin hastaların taburculuk aşamasındaki eğitimlerinin tüm ekip üyelerinin katılımıyla gerçekleştirilmesini sağlayabilmeleri, taburculuk eğitiminin farklı eğitim yöntemleri ve materyallerle planlı olarak yapılması ve hemşirelik uygulamalarının bir parçası haline getirilmesi için önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Lomber Disk Hernisi, Cerrahi Girişim Sonrası Hemşirelik Bakımı, Taburculuk Eğitimi, Bilgi Gereksinimi

ABSTRACT

Yıldız, Hülya, The Needs for Information at the Discharge Stage from the Hospital by Patients on Which Surgical Interventions Have Been Implemented Due to Lumbar Disk Herniation, Master's Degree Thesis from the Nursing Program of the Institute of Health Sciences at the Near East University, Nicosia, Turkish Republic of Northern Cyprus, 2015

It is stated that the training given before discharge from the hospital to patients on which surgical interventions have been implemented due to lumbar disk herniation (LDH), accelerates the healing processes, increases their self-care skills in parallel with self-confidence, decreases the repeated recourses to the hospitals/polyclinics and connected to this, it also decreases the patient-care costs and raises the quality of care. A definitive and cross-sectional study was made between 10 December 2014 and 31 March 2015 at the Neurosurgery Clinic of the Doctor BurhanNalbanto lu State Hospital and the Near East University Research and Training Hospital in Nicosia, Turkish Republic of Northern Cyprus, with the objective of determining the needs for information at the discharge stage from the hospital by patients on which surgical interventions have been implemented due to lumbar disk herniation. A total of 68 patients on which surgical interventions had been implemented due to LDH, who were 18 years of age or older, who accepted to participate in the study and who did not have an obstacle for being interviewed were taken into the scope of the study. A questionnaire form was developed by the researcher by examining the literature and used as a data collection tool. The data were evaluated with the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) program. According to the data obtained from the study, it was observed that a great majority (94.12%) of the patients taken into the sampling and who had a lumbar disk herniation surgical operation received information about care at home after the lumbar disk herniation surgical operation. Of the patients who received information, despite the fact that 54.69% stated that they received information for medication, 50.00% for exercise, 81.25% for daily life activities, 96.88% for check-ups and 64.06% for the prevention of complications, it was observed that the patients did not receive sufficient content information for home-care at the discharge stage from the hospital and that they had a need for information on many subjects for home-care.

Furthermore, it was observed that discharge training from the hospital of the nurses took a very small place in their education. Nurses made the following suggestions for making the nursing implementations into an integrated whole: they should be able to provide for the realization of the discharge from the hospital stage training of patients with the participation of all of the team members, the discharge from the hospital training should be made with different training methods and the materials should be made in a planned manner.

Key Words: Lumber Disk Herniation, Post-Surgery Nursing Care, Training for Discharge from the Hospital, Need for Information

Ç NDEK LER

ONAY SAYFASI iv

TE EKKÜR v

ÖZET vi

ABSTRACT vii

Ç NDEK LER ix

S MGELER VE KISALTMALAR D Z N xi

TABLolar D Z N xii

GRAF K D Z N xiii

1. G R 1

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi 1

1.2. Ara tırmanın Amacı 3

1.3. Ara tırmanın Soruları 3

2. GENEL B LG LER 4

2.1. Lomber Disk Herni Tarihçesi 4

2.2. Lomber Disk Anatomisi 4

2.3. Lomber Disk Hernisinin Etiyolojisi ve Risk Etmenleri 6

2.4. Klinik Belirti ve Bulgular 7

2.5. Tedavi Yöntemleri 9

2.5.1. Medikal Tedavi 9

2.5.2. Cerrahi Tedavi 9

2.6. Hastanın Klini e Yatırılmasından Ameliyat Öncesi Geceye Kadar Olan Dönemdeki Hazırlı ı ve Bakımı 10

2.6.1. Ameliyattan Önceki Gece Hazırlı ı ve Bakımı 11

2.6.2. Hastanın Ameliyat Günü Hazırlı ı ve Bakımı 11

2.6.3. Ameliyat Öncesi E itim 11

2.6.4. Ameliyat Sonrası Bakım 12

2.7. Lomber Disk Cerrahisi Sonrası Geli ebilecek Komplikasyonlar 13

2.8. Hastanın Ameliyat Sonrası Taburculuk Planlaması 13

3. GEREÇ VE YÖNTEM 20

3.1. Ara tırmanın ekli	20
3.2. Ara tırmanın Yapıldığı 1 Yer ve Özellikleri	20
3.3. Ara tırmanın Evreni ve Örnekleme	20
3.4. Verilerin Toplanması	21
3.4.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması	21
3.4.2. Veri Toplama Formunun Uygulanması	21
3.4.3. Verilerin Değerlendirilmesi	21
3.4.4. Ara tırmanın Etik Boyutu	22

4. BULGULAR 23**5. TARTI MA****40****6. SONUC VE ÖNERİLER 46****6.1. Sonuçlar****46****6.2. Öneriler 49****KAYNAKLAR 50****EKLER 59****EK-1: Sağlık Bakanlığı izin Formu****EK-2: Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi izin Formu****EK-3: Etik Kurul izin Formu****EK-4: Aydınlatılmış (Bilgilendirilmiş) Onam Formu****EK-5: Soru Formu****EK-6: Özgeçmi**

S İMGELER VE KISALTMALAR D Z N

LDH: Lomber Disk Herni

ABD: Amerika Birle ik Devletleri

KKTC: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti

TABLolar D Z N

Tablo 4.1. Lomber Disk Herni Ameliyatı Olan Hastaların Demografik Özellikleri

Tablo 4.2. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Yaş, Boy Uzunluğu ve Vücut Ağırlıklarının Ortalaması

Tablo 4.3. Hastaların Bel Bölgesine Yönelik Kaza ya da Travmaya Maruz Kalma Durumları

Tablo 4.4. Hastaların Daha Önce Lomber Disk Herni Ameliyatı Olma ve Evde Bakım ile İlgili Bilgi Alma Durumları

Tablo 4.5. Hastaların Ameliyattan Önce Ameliyata İlişkin Bilgi Alma Durumları

Tablo 4.6. Hastaların Ameliyattan Sonra Evde Bakıma İlişkin Bilgi Alma Durumları

Tablo 4.7. Hastaların Taburcu Olduktan Sonra Beslenme ile İlgili Bilgi Alma Durumları

Tablo 4.8. Hastaların Taburcu Olduktan Sonra Bel Sağlığının Korunması ve Günlük Yaşam Aktivitelerine İlişkin Bilgi Alma Durumları

Tablo 4.9. Hastaların Taburcu Olduktan Sonra Ağrı Duymaları Halinde Yapılması Gerekenlere İlişkin Bilgi Alma Durumları

Tablo 4.10. Hastaların Taburcu Olduktan Sonra Kullanılacak ilaçlara İlişkin Bilgi Alma Durumları

Tablo 4.11. Hastaların Taburcu Olduktan Sonra Araba Kullanmalarına İlişkin Bilgi Alma Durumları

Tablo 4.12. Hastaların Taburcu Olduktan Sonraki Kontrollere İlişkin Bilgi Alma Durumları

Tablo 4.13. Hastaların Taburculuk Etilimiyle İlgili Yazılı Materyal Alma

GRAFİKLER

ekil 4.1. Hastaların meslek gruplarına göre dağılımı

ekil 4.2. Hastaların meslekleri gereği yaptıkları işlere göre dağılımı

ekil 4.3. Hastaların lomber disk herni teşhisi konma tarihlerine göre dağılımı.

ekil 4.4. Hastaların lomber disk herniye ilişkin yaşı 10 ikayetlere göre dağılımı

ekil 4.5. Hastaların daha önce lomber disk herni tedavisi görme durumlarına göre dağılımı

I. G R

1. 1. Problemin Tanımı ve Önemi

Lomber disk hernisi (LDH); bireysel yaşam kalitesini düşürmesi ve toplumlarda ciddi boyutlarda iş gücü kayıplarına yol açması nedeniyle, oldukça önemli bir hastalık olarak kabul edilmektedir (Yılmaz ve ark. 2006, Köçkar, Uzun 2007).Gövdenin ağır yükünü taşıyan alt lomber omurlar sıklıkla dejenere olur ve sonuçta anulusu yırtan nukleuspulpozus, hiç ağırlı oluşturmada herniye neden olur. Disk hernisinin ağrıya (bel, bacak) yol açması lomber disk hastalığı olarak tanımlanır (Zileli, Gülmen 2002, Özbayır 2010).Eygü'nün aktardığına göre; endüstriyel toplumlarda bireylerin %80'inin hayatları boyunca en az bir kez bel ağrısı atağı ya da işi gösterilmektedir. Bu rahatsızlık en masraflı hastalıklar grubunda yer almakta ve tedavisi için Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yılda 14 milyon dolar harcanmaktadır (Eygü 2013). Yaşam kalitesinin düşmesine bağlı olarak iş gücü kayıplarına neden olan LDH'nin, Amerika'da en sık yapılan ameliyat grubunda yer aldığı bilinmektedir. Sadece 2003 yılında 450.000 LDH vakasının, stenoz ve dejeneratif değişiklikler nedeniyle ameliyat olduğu bildirilmektedir (Saban, Penckofer. 2007). Türkiye İstatistik Kurumunun 2008 yılı, 15 ve daha yukarı yaştaki bireylerin yaşadığını belirttiği hastalık/sağlık sorunlarının oranı incelendiğinde; istatistik kapsamındaki bireylerin %22.7'sinde bel fıtığı, bel ağrısı ve diğer bel defektlerine bağlı bel bölgesi sorunları yaşandığı görülmektedir. 15 ve daha yukarı yaştaki bireylerin hekim tarafından teşhis edilen hastalık/sağlık sorunlarının oranı incelendiğinde; Türkiye'de yaşlıların %20.3'ünün bel bölgesi kas-iskelet sistemi sorunu yaşadığı saptanmıştır (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008).

Lomber disk herni gelişiminde bireysel, fiziksel ve psikososyal risk faktörleri rol oynar. Günlük yaşamda sık kullanılan kıvrıma, bükme içeren iş faaliyetleri, uygunsuz ağır kaldırma, hantal statik duruş ve psikolojik stres LDH gelişiminde nedensel faktör olarak kabul edilmektedir. Vücut mekaniklerine uygun hareket etmeme günlük hayatta LDH gelişimini ve LDH'ye bağlı komplikasyonları önemli oranda arttırmaktadır. Uygun vücut mekanikleri kas, eklem, kemik ve sinirlerin diğer sistemlerle işbirliği yaparak koordinasyon içinde çalışmasını sağlar (Dönmez ve ark. 2010, Akca ve ark. 2013).

LDH olu umunda tanımlanan risk faktörleri; ya , cinsiyet, uzun boy, beden a ırlı ının fazlalı ı, sigara kullanımı, motorlu araç kullanmak, sedanter ya am tarzı, bel mekani ine uygun olmayan ekilde hareket etmek, a ır fiziksel aktivite, travmatik kazalar, e itim düzeyinin dü ük olması, psikososyal faktörler olarak sıralanabilir (Erdil, Elba . 2001, Kawalski, Rosdahl 2003). Ameliyat olacak hasta için ameliyat öncesi dönemin travmatik ve bilgi gereksiniminin en fazla oldu u bir dönem oldu u bilinmektedir. Hastanın cerrahi giri ime en uygun ekilde hazırlanmasının ve e itimin tedaviden olumlu sonuçlar elde edilmesinde ve ameliyat sonrası komplikasyonların önlenmesinde önemli oldu u vurgulanmaktadır. Bu komplikasyonlar; nörovasküler yaralanma, beyin omurilik sıvısı sızıntısı, hemoraji, yara enfeksiyonu, disk mesafesi enfeksiyonu, tromboflebit, ürinerretansiyon-enfeksiyon, abdominaldistansiyon, kabızlık, paralitikileus, atelektazi, hipostatikpnomoni, pulmoneremboli olarak sıralanabilir (Zileli, Gülmen 2002, Özgen ve ark. 2003).

Geli ebilecek komplikasyonlar içerisinde en önemli olanı herniasyonun tekrarlama olasılı ıdır. Uygulanan cerrahi tedaviye ra men LDH'nin genel olarak % 5-15 oranında tekrarladı ı ve uygulanan tekni in, fitikle ma seviyesinin, uygun olmayan hasta seçimi ve hastanın ameliyat sonrası beden mekaniklerine uygun hareketetmemesinin tekrarın olu masında etkili oldu u bilinmektedir (Zileli, Gülmen 2002, Aydo an 2005). Bunun ameliyat öncesi ve sonrası planlı hasta e itimiyle ba arılabilece i, planlı hasta e itiminin ameliyat öncesi korku ve endi elerin en aza indirilmesinde, ameliyat sonrası komplikasyonların azaltılmasında önemli oldu u, hastaların iyile me sürecinde kar ıla abilecekleri sorunlarla ba etmesini sa layarak, hastanın kendi kendine yetme ve güven duygusunu artırabilece i belirtilmektedir (Akyolcu 2005, Ertem, Ay 2007).

Taburculuk e itimi, hasta ve hastaya bakım verecek ki ilerin evde ya ayabilecekleri sorunların önlenmesine yönelik yapılan kapsamlı ve planlı bir e itimdir. Hastanın hastaneye yatması ile ba layan taburculuk süreci, hastanın tedavi gördükten sonra hastaneden ayrılması ile sona erer. Bu nedenle taburcu olan hastaların evde bakımlarını do ru uygulayabilmeleri ve günlük ya am aktivitelerini sürdürebilmeleri için hastaneye kabul edildi inden itibaren hastalara planlı sa lık e itimi verilmeli, taburculuk e itim programları ile desteklemeli ve evde bakıma hazırlanmalıdır (Fadılo lu 2006, enyuva, Ta ocak 2007, Yeter ve ark. 2009). Hastalar evde ya ayabilecekleri sorunlara ve bu sorunların önlenmesine yönelik bilgilendirildiklerinde, özbakım yetenekleri artmakta, iyile me süreçleri hızlanmakta, ya am kaliteleri yükselmekte, ameliyatın getirdi i

de i ikliklere daha kolay uyum sa layabilmekte, bakım maliyeti, hastanede kalı süresi, komplikasyon riski ve buna ba lı hastaneye tekrar yatı lar azalmakta ve hasta memnuniyeti artmaktadır (Yüksel, Yavuz 2007, Yeter ve ark. 2009). LDH nedeniyle ameliyat olan hastaların taburculuk e itiminde; a rı kontrolü, yara bakımı, beslenme, banyo, günlük ya am aktiviteleri, vücut mekanikleri, araba kullanma, ilaç kullanımı ve kontrollere geli i ile ilgili bilgiler yer almalıdır.

Taburculuk sırasında hasta ve ailesinin e itiminden sa lık ekibinin bütün üyeleri sorumlu olmakla birlikte taburculuk planlaması hem irenin sorumlulu undadır. Hem irenin ça da rollerinden olan e itici ve danı manlık rollerini etkin olarak kullanması, ameliyat olan bireyin mevcut durumunu geli tirmeyi ve sürdürmeyi ö renmesine yardımcı olacaktır (Co kun, Akbayrak 2001, Kanan 2002, enyuva, Ta ocak 2007). Hastalara verilen planlı taburculuk e itimiyle ameliyat ve evde bakımlarına ili kin geli ebilecek sorunların azaltılmasına, hastaların yaşam kalitelerinin artırılmasına ve hastaneye tekrarlı yatı ların azalması ile maliyet ve enfeksiyon oranının azaltılmasına katkıda bulunulaca ı dü ünülmektedir.

1.2. Ara tırmanın Amacı

Bu çalı ma, LDH nedeniyle cerrahi giri im uygulanan hastaların taburculuk a amasındaki bilgi gereksinimlerinin saptanması amacıyla yapılmı tır.

1.3. Ara tırmanın Soruları

- Taburculuk e itimine yönelik uygulamalar nelerdir?
- Taburculuk e itimi daha çok hangi sa lık personeli tarafından verilmektedir?
- Hastaların evde bakımıyla ilgili hangi konu ya da konularda bilgi verilmektedir?
- Verilen taburculuk e itimi hastaların gereksinimlerini kar ılamada yeterli midir?

2.GENEL B LG LER

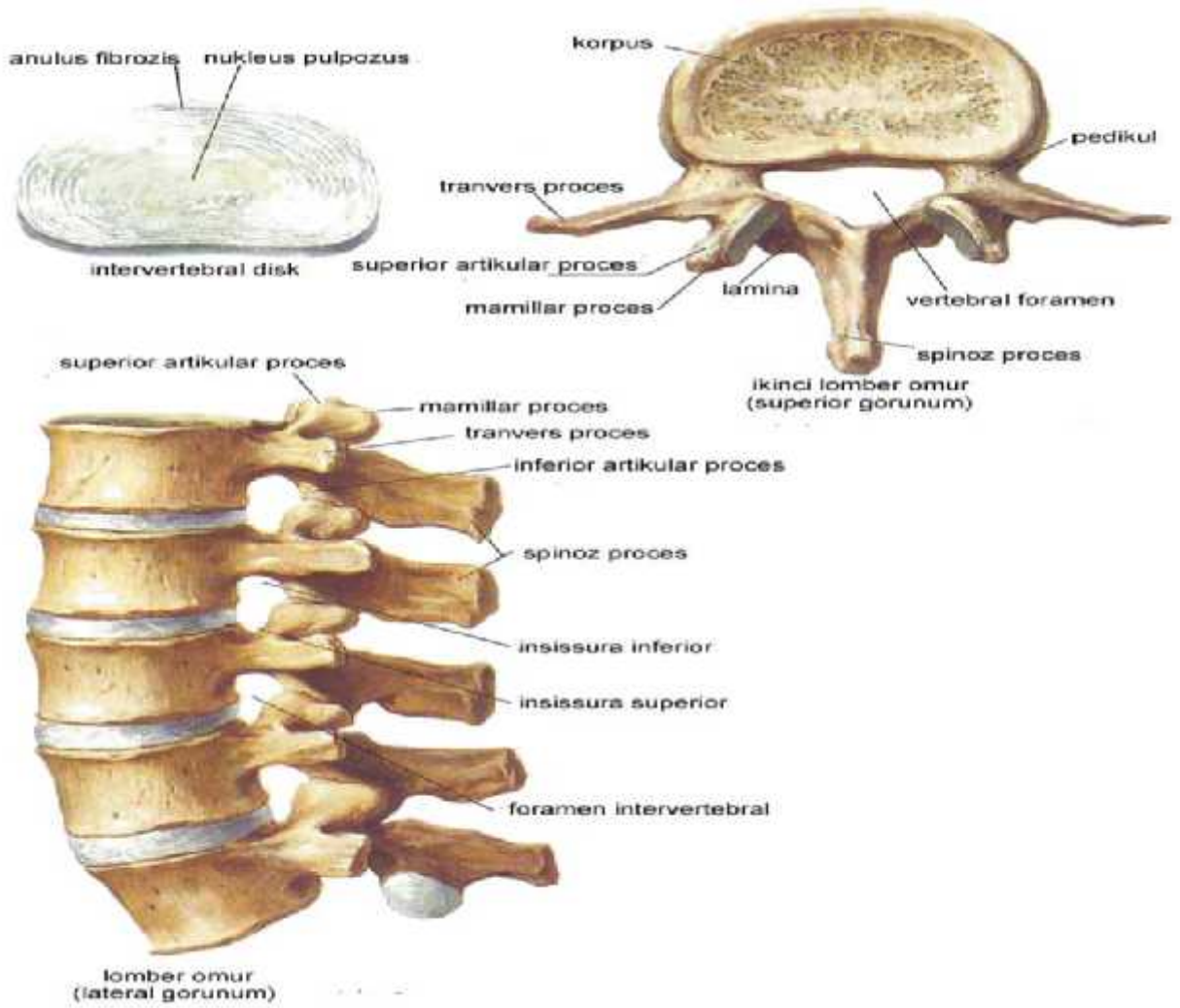
2.1. Lomber Disk Herni Tarihçesi

MÖ 3000-2500 yıllarında yazılan Mısır papirüslerinde vertebral yaralanmalardan bahsedilmi olsa da, bel ağrısı ve siyatik sinir tutulumu, ilk kez(MÖ 460-379) Hipokrat tarafından “ Hipokrat’ın Bedeni” adlı kitabında tarif edilmi tir (Toplamolu 2005). İntervertebral diskin anatomik yapısı ilk kez Vesalius tarafından 1555 yılında tarif edilmi tir. Virchow 1857’de travmatik disk hernisini kadavrada gözlemleyerek, “kırılmı doku” olarak adlandırmı tir (Castro ve ark. 2005).Lasegue, kendi adını taşıyan siyatik sinir germe testini ilk kez tanımladı ve disk hernisiyle ilişkili kılendrilmesi ö rencisi Forst tarafından 1881’de yapılmı tir. Lomber disk hernisine cerrahi tedavi ilk kez 1929’da Dandy’ninkaudaekina basısı olan iki hastada serbest disk parçalarını başarıyla çıkarmasıyla başlandı tir (Castro ve ark. 2005, Tokta 2009).Bugünkü anlamda disk hernisi tanısı ve cerrahi tedavisi VilliamMixer ve Joseph Barr tarafından 1933 yılında New EnglandSurgicalSociety’nin Boston’da yapılan yıllık toplantısında tanımlandı ve lomber disk hernisinde yeni ufuklar açıldı tir (Mixer, Barr 1934). Caspar ve Yargil 1977 yılında basımsız olarak farklı merkezlerden mikrolomberdiskektomi serilerini açıkladı ve bu hastalığın tedavisinde modernça böylece başlandı tir (Caspar 1977, Yargil 1977).

2.2.Lomber Disk Anatomisi

İnsan omurgası 33 adet omurdan oluşmaktadır (7 servikal, 12 torakal, 5 lomber, 5 sakral ve 4 koksigeal). İntervertebral diskler ise sakrum ve ikinci servikalvertebra arasında bulunduğundan toplam 23 adettir. Önde disk ve omur gövdeleri, arkaya doğru sırasıyla pedikül, faset eklem ve spinözproses sıralanır (Resim 1). Komşu lomber omurlar ve aralarındaki disk omurganın “fonksiyonel birimini” oluşturur. Bu birimin ön kısmı ağırlık taşıyacak ve destekleme yapısıdır. Arka kısım ise hareketin yönünü belirleyen iki adet faset ekleminden oluşur. Kabaca vücut ağırlığının % 80’i önde diskler, geride kalan % 20 yük ise arka faset eklemleri tarafından karşılanmaktadır. Komşu omur arasındaki fizyolojik hareketlilik kısıtlıdır. Fleksiyon, ekstansiyon, yan eğilme ve dönme hareketlerinin hepsi omurların uygun dizilimi ve hareketliliğiyle gerçekleştirilmektedir(Çavdar ve ark. 1997, Toplamolu 2005, Lomber omur ve

VD'ın anatomisi. (Netter FH Atlas of Human Anatomy 2006)



Spinal omurganın primer e rilikler i fetal hayatın erken dönemlerinde torasik ve sakrokoksige rilikler olarak ayırt edilir. Bu dönemlerde omurga hareketleri daha kısıtlı olup, kısmi harekete izin verir. Geli im ilerledikçe servikal ve lomber bölgelerdeki lordotik e rilikler belirginle ir. Hareketli olan servikal ve lomber bölge ile daha az hareketli torasik bölge arasındaki geçi bölgeleri daha fazla yüklenmeye maruz kalırlar ki, bu da alt seviye lomber ve servikal bölgelerde disk hernisinin daha fazla görülmesini açıklar. Vücut a ırlı nın büyük kısmını lombervertebralar ta ır. Bu nedenle disk hernisilomber bölgede daha sık görülür. Lomber bölgede bu oran %95 hastada L4-5 ve L5-S1 seviyelerinde, %4 hastada L3-4 seviyelerinde, geri kalan %1 de ise di er üst mesafeler eklindedir(Toplamaolu 2005).

2.3. Lomber Disk Hernisinin Etiyolojisi ve Risk Etmenleri

Disklerin içeriklerindeki sıvı miktarı fetüste %90 iken, çocuklukta bu oran %80'e, yeti kinlerde ise % 50-60'lara kadar dü er ve diskler zamanla yassı bir hal alır.Buna ba lı olarak ya ilerledikçe boyda kısalma meydana gelir. Sonuç olarak, mikroçatlaklar oluşur ve diskler üzerine binen a ırılı yük veya bireyin yanlış bir hareketi anulusfibrozisin yırtılarak nükleuspulpozisin dışarı taşmasına yani disk herniasyonuna neden olur (Çetinyalçın 2001, Arman 2003).Disklerde meydana gelen sıvı miktarındaki azalmaya disklerdeki beslenmebozukluğu, mikro seviyedeki kimyasal değişimler disklere uygulanan mekanikgüçlerin meydana getirdi i dejenerasyona e lik eder. Diskler zaman içinde sahip oldukları elastik kıvamı kaybederler ve kendilerine uygulanan kuvveti çevre dokularadengeli bir şekilde dağıtma görevlerini yerine getiremezler.Lomber disk hernisietiyolojisinde dört ana etmen rol oynamaktadır. Bunlar;mesleki etmenler, yapılan sporlarla ilgili etmenler, kişinin kendisiyle ilgili etmenler ve psikolojik etmenler olarak gruplandırılır (Özer 2001, O ul 2002,Dündar, Kavuncu 2006).

Mesleki etmenler; ağır yük kaldırmayı ve yükü kaldırırken uygun vücut mekaniklerini kullanmamayı, yük kaldırırken rotasyon hareketi yapmayı, yükütartmadan kaldırmayı, asimetrik yük kaldırmayı ve vibrasyon yapan aletlerle çalışmadır.Titreimli aletlerle çalışın insanlarda, sürekli a ırlık kaldırmak zorunda olan ve bunubilinçsiz yapan kişilerde bel fıtığı oluşma oranı yüksektir (Özer 2001, O ul 2002, Berker 2015).

Sporla ilgili etmenler; futbol, güreş, halter, kürek çekme gibi spor yapanları ve birçok egzersizi yapma çabasını gösterirken bel a ırılı zorlamadır. Posturalanomaliler, egzersiz yetersizliği, sistemik hastalıklar intervertebraldisklerde dejenerasyona neden olmaktadır (Arman 2003, Erhan ve ark. 2009, Berker 2015).

Ki inin kendisiyle ilgili etmenler; bu etmenler arasında ilk sırada sigarakullanımı gelmektedir. Bilindi i gibi sigara disklere giden kan akımını bozmakta vedisklerin beslenememesine neden olmaktadır. Diğer etmenler yanlış duruş ve oturuş, kemik veya disklerin enfeksiyonları, omurgadan bayaayan veya omurgaya sıçraması kanserler, multiplemyeloma, böbrek enfeksiyonları ve diğer böbrek hastalıkları, kadingenital organ hastalıkları, sistemik hastalıklar ve bağı dokusu hastalıklarıdır. Yaşın ilerlemesiyle zaman içinde diskin yapısında bozulmalar meydana gelir, yenileme vitamir olayları oluşmadığından erezyonlar sonrasında diskte yapı bozuklukları yerinihernilere bırakır. Boyun uzun olması zaman içinde ayakta veya otururken postürbozukluklarına yol

açtı ndan lomber disk hernileri için risk faktörüdür. Obeziteomurganın sa lı ı için gerekli basıncın yer de i tirmesi ilkesini engelledi i ve belaçısının artmasına neden oldu undan disk hernisi için risk faktörüdür. Bu konudayapılan çalı malarda çevresel etkenlerden arındırılrsa bile lomber disk hernisihikayesiolan bazı ailelerde görülme oranında bir de i iklik olmadı ı gözlenmi tir. Diskleringenetikle aktarılan yapı farklılıkları herni olu umu için risk faktörüolu turabilmektedir (Edirne 2000, Arman 2003, Erkal 2006, Berker 2015).Lomber disk hernisine neden olan psikolojik faktörler stres ve gizlidepresyondur (Edirne 2000, Zileli, Özer 2002, Erkal 2006, Ay, Evcik 2008).

2.4.Klinik Belirti ve Bulgular

Öyküde, olguların ço unda akut ya da kronik bir travma vardır. Travma hafif olabilir ya da hiç olmayabilir. Travmanın tek neden olmaktan çok, yardım edici bir faktör oldu u iddia edilmektedir (Ökteno lu, Özer 2007).Lomber disk hernilerinin düzeyine, bası altındaki sinir inflamasyonuna, yakın kas dokularındaki irritasyona ba lı olarak yakınmaların niteli i ve sayısı da artmaktadır. Bu belirtiler hastalı ın ba langıcından ilerleyen döneme do ru sırayla a a ıda belirtilmi tir:

- Ayakta veya ayak ba parma nda tek veya çift yönlü uyu ma, kuvvet kaybıtutulan bölgedeki sinir sıkı ması sonrası ortaya çıkan ilk belirtidir. Bu belirtiyikas spazmları izler. Genellikle hastalar tarafından önemli bulunmayan birbelirtidir.
- A rı; hastalı ın ilerlemesiyle var olan uyu ma sorunu baca ı kaplar tarzdadır veherhangi bir tedavi uygulanmazsa yerini ayakta, bacakta, kalçada ve beldearıya bırakır. A rının zaman içerisinde artı ı hastalarda öne e ilerek,topallayarak, topuk veya ayak parmaklarına basarak yürüme gibi postür veyürüyü bozukluklarına neden olur
- Mesane ve barsak inkontinansı; varolan hastalı ın tedavi edilmemesi, hastalı ında ha ileri a amalarına kadar ula ması sinir basısının artmasının sonucu olarak geli ir.
- Paralizi; hastalı ın tedavi edilmedi i durumlarda varılan son nokta sinirlerine ırı sıkı ması sonucu tutulan bölgenin alt tarafındaki ekstremitenin felcidir (Tuna 2000, Erdil, Özhan 2001, Co an 2004, Ökteno lu, Özer 2007).

Bel a rısı, hem sosyal açıdan hem de i gücü kaybı açısından ilk sırayı alan hastalıklar içerisinde yer almaktadır. Amerika Birle ik Devletleri'nde yapılan çalı malar da eri kin popülasyonun%60-90'ı hayatlarının bir döneminde kronik bel a rısı ile kar ı kar ıya kalmaktadır. Kronik bel a rısı, üst ve alt solunum yolu hastalıklarından sonra i gücü kaybı ve sosyal yoksunlu a neden olan hastalıklar içinde ikinci sırayı almaktadır.

ABD’de her yıl 7 milyon yeni kronik bel ağrısı hastası ortaya çıkmakta ve bunların 200.000 hastaya lomber spinal bölgeye ait cerrahi uygulanmaktadır. Bu hastaların %20’sinin ağrılarının devam etmesi nedeniyle tekrar opere edilmektedir. Tüm bel ağrılarının %2-3’ü lomber disk hernisine (LDH) bağlı gelişen ağrılardır. LDH en çok orta yaş grubunda görülen bir hastalıktır. Olguların %70’i 30-50 yaş grubu arasında iken, %10’u 60 yaşından sonra ortaya çıkmaktadır. Buna karşılık LDH’leri çocukluk yaşlarında da çok nadiren görüldüğü bildirilmektedir (Marshall, Scharstein 1999, Gasinski ve ark. 2000, Aydınlı 2007).

Ağrılı omuzun önemli bir taşıyıcı sistemi olan omurganın lomber bölgesi, yaşam boyu çeşitli kuvvetler altında kalarak zorlanmaktadır. Bu süreçte lomber omurganın diğer yapıları ile beraber vertebra lar arasında yer alan diskler de bozulmaktadır. Bu nedenle lomber disklerin en sık görülen hastalığı olan lomber disk dejenerasyonunu bir hastalık değil, doğal bir patolojik süreç olarak tanımlamak daha doğru bir yaklaşımdır. Gövdenin ağırlık yükünü taşıyan alt lomber omurgadaki diskler, ani ve zorlayıcı hareketlerin yarattığı bozulmaların yanısıra yıllar boyu tekrarlayan hareketlerin etkisiyle dejenerasyon olur ve sonuçta diskin kısımdaki annulus fibrosus yırtan nucleus pulposus sinir olumlarının seyrettiği arkadaki foramenvertebrale’ye doğru herniye olabilir (Zileli, Gülmen 2002, Özbayır 2010). Bu disk hernisi veya dejenerasyonunun bel ve / veya bacak ağrısı ile diğer bulgulara neden olduğu klinik tablonun tümüne “Lomber Disk Hastalığı” denilmektedir (Aydınlı 2007).

Lomber disk hernilerinde en önemli şikayettir ve hastalar genellikle belde künt bir ağrıdan yakınır. Ağrı bazen hareketi engelleyecek kadar şiddetlidir ve paravertebral adale spazmına sebep olur. Bu ağrı, ağrı liflerini kapsayan posterior annulus fibrosus ve posterior longitudinal ligamentin gerilmesine bağlıdır. Siyatalji ekinde ortaya çıkan ağrı ise disk materyalinin sinir kökleri üzerine yaptığı basının sonucudur. Ağrı karakteristik olarak oturmak, dolaşmak, öksürmek, hapırmak ve gerinmek ile artar. Ağrının şiddeti herniasyonun yeri, miktarı ve basınç etkisine bağlıdır (Zileli, Gülmen 2002, Dönmez ve ark. 2010). Akut bel ağrılı hastaların %90’ı birkaç hafta içinde tamamen iyileşirken sadece %10’unun ağrıları 4-6 haftadan uzun sürmektedir. Bel ağrısına neden olan birçok sebep ve anatomik bölge olmasına rağmen; intervertebral disk hernisi bel ağrısının en sık sebeplerinden birisidir (Jeong ve ark. 2007).

Bel ağrılı hastaların büyük çoğunluğunu ılımlı yatak istirahati, ilaç tedavisi, yaşam tarzı değişiklikleri, fizik tedavi ve egzersiz gibi konservatif tedavilerden yarar görürken; %5-

8'i kronikle mektedir. laç tedavisinde non-steroidal anti-inflamatuar ilaçlar (NSA), trisiklikantidepresanlar, opioidler ve çe itli kas gev eticilerin kullanılması önemli yarar sa lamaktadır (Van Zundert, Van Kleef 2005).

2.5.Tedavi Yöntemleri

De i ik etiyojoloji ve patogeneze ra men lombera rı sendromlarında tedavi ilkeleri çok benzerdir. Bu genel ilke ve önlemler; yatak istirahati, fiziksel ajanlar, masaj, traksiyon, manipstasyon, ortezler, egzersiz, bel okulu ve spor aktiviteleridir (Kirazlı 2002, Co an 2004).

2.5.1.Medikal Tedavi

Hafif bel a rısında sadece hasta e itimi, aktivite eklini de i tirmek ve fizik tedavi uygulamak yeterlidir. Ancak akut ba langıçlı iddetli bel a rısında analjezikler (asetaminofen, aspirin ve kodein) ve nonsteroidantienflamatuar ilaçlar (NSA) kullanılmalıdır. Ayrıca opioidler, kortizon, miyorelaksanlar, trisiklikantidepresanlar, minör trankilizanlar, psikotropilaçlar ile hipnotik ve sedatif ilaçlar hastalı nın çe itli dönemlerinde kullanılabilir (Zileli, Gülmen 2002).

2.5.2. Cerrahi Tedavi

Lomber disk hernisine ba lı iddetli klinik bulguları olan ço u hasta bir ay içerisinde belirgin düzelme gösterir. Cerrahinin amacı hastaların iyile me sürecini hızlandırmaktır. Lomber disk hernisinde iyi seçilmi hastalarda cerrahi tedavi yüksek ba arı ve dü ük komplikasyon oranlarına sahiptir (Zileli, Gülmen 2002, Hardy, Ball 2004).Cerrahi tedavinin amacı a rıyı gidermektir. Cerrahi tedavi ile hastaların %10-20'sinde motor ve duysal kayıpların iyile tirilmesi hedeflenir. Bel a rısı ameliyattan daha az etkilenir ancak birçok hastada siyatalji iyi bir ekilde geçer. Dar kanal zemininde motor kusur geli en hastalar dı ndakilerde hafif motor kayıplar ise ameliyat endikasyonu te kil etmez. Sinir kökünün rahatlatılmasını amaçlayan bir cerrahi giri im ancak siyataljinin çok iddetli ve aktiviteyi çok kısıtladı ı durumlar ile bir aydan fazla devam eden siyataljilerde, görüntüleme yöntemleri klinik bulgular ile aynı düzeydeki bir disk herniasyonuna ba lı bir sinir kökü basısını gösterdi i zaman dü ünülmelidir (Zileli, Gülmen 2002, Hardy, Ball 2004, Toplamao lu 2005).

Endikasyonlar:Lomber disk hernisinin cerrahi endikasyonları; Kesin cerrahi ve relatif cerrahi endikasyonlar olarak sınıflandırılır.

Kesin Cerrahi Endikasyonlar: Hastalarda tam bir motor kayıp (dü ük ayak) sfinkter kusuru mevcutsa ve ilk 24 saat içerisinde tespit edilmi ise acil cerrahi giri imyapılmalıdır.

Relatif Cerrahi Endikasyonlar: Cevap almayan konservatif tedavi, tekrarlayan siyatliji, bacak germe testlerinde pozitiflikle birlikte belirgin motor defisit, dar kanal zemininde disk herniasyonu, tekrarlayan nörolojik defisittir (Zileli, Gülmen 2002, Toplamao lu 2005, Aksoy 2005).

2.5.2.1. Cerrahi Tedavi Yöntemleri

Lomber disk hernisinin cerrahi tedavisinde temel olarak iki yöntem kullanılır. Bunlar konvansiyoneldistektomi di eri ise mikrodistektomi yöntemidir.

Konvansiyonel distektomi,birden fazla seviyede hernisi olan hastalarda ya da tekrarlı hernisi olan hastalarda ilk etapta tercih edilen yöntemdir. Bu yöntemde, duruma göre tek taraflı ya da biletarallaminektomi de uygulanabilmektedir (Karabekir, Yayıo lu 2007).

Mikrodistektomi;Çıplak göz ile yapılan ameliyatlarda aydınlatma oldukça büyük bir sorunken, mikrodisektomi de bu sorun hemen hemen ortadan kalkmaktadır. lem, operasyon mikroskobu altında gerçekleştirilinde nöral yapılar daha iyi görülür. Ameliyat sahasının küçük olması nedeniyle hastaların günlük yaşam aktivitelerine dönüşleri daha hızlı gerçekleşir (Karabekir, Yayıo lu 2007).

2.6. Hastanın Klini e Yatırılmasından Ameliyat Öncesi Geceye Kadar Olan Dönemdeki Hazırlık ve Bakımı

Ameliyat öncesi dönem cerrahi i leme karar verilmesi ile başlayan ve hasta ameliyathaneye alınıncaya kadar devam eden, tüm sa lık ekibinin bireyin ameliyata hazırlanmasına katıldığı, aralarında birçok ili ki ve dü ünçe alı veri inin bulunduğu bireyin bilgilendirildi i, sorularının yanıtları ve ameliyat için hazırlanması önemli bir süreçtir. Bu a amada yapılan eylemler daha sonraki iki a amanın seyrini belirler (Aydınlı 2007, Akkor 2015). Ameliyat öncesi hazırlık ve bakımın amacı; hastanın psikolojik ve fizyolojik açıdan olabilece i en iyi durumda ameliyat uygulaması ile karşılaşmasını sağlamak, cerrahi tedaviyi olumsuz yönde etkileyebilecek risk faktörlerinin erken saptanması ve komplikasyon gelişmesini engelleyerek kısa sürede bulunduğu topluma üretken bir biçimde geri dönmesine yardımcı olmaktır (Çakırcalı 2000, Sabuncu, Ay 2009). Bu dönemdeki hazırlık ve bakım hastanın fizyolojik, psikolojik yasal hazırlığını ve ameliyat öncesi eğitimini kapsar (Gürsoy 2001, Aydoğan 2005, Fadılo lu 2006).

Ameliyat öncesi eğitim ameliyat sonrasında hastanın kendi bakımına aktif katılması ve sorungeli meksizin kısa sürede iyilemesi açısından önemlidir. LDH ameliyatı öncesinde hastaya derin solunum egzersizleri, öksürük egzersizleri, hastanın yatak içindedönme, yataktan kalkı ve yata a geçi konularında bilgi verilir. Ayrıca hasta yatakiçinde sağa, sola dönme, ayakları karına çekme, ayak bileğini bükme, germedöndürme gibi konularda da bilgilendirilir (Erdil, Elba 2001, Bermanve ark. 2002, Kawalski, Rasdahl 2003, Dönmez ve ark. 2010).

2.6.1. Ameliyattan Önceki Gece Hazırlığı ve Bakımı

Hastanın ameliyattan önceki gece hazırlığı; antimikrobiyal sabunla cildin temizliği, vücuttaki kılların klinik protokollerine göre tra edilmesi, gastrointestinal sistem ve anestezi hazırlığı, istirahat ve uykunun sağlanmasıdır. Eğer ameliyat öncesi sabah hastaneye gelecekse ameliyat kararı verildikten sonra evde gece hazırlığı konusunda bilgilendirilmesi gerekmektedir (Candan ve ark. 2002, Akyolcu 2005, Sabuncu, Ay 2009).

2.6.2. Hastanın Ameliyat Günü Hazırlığı ve Bakımı

Hastanın yapılan tüm hazırlıkları tekrar gözden geçirilir. Hastanın nörolojik durumunun değerlendirilmesine yönelik temel bulgular ameliyat sonrası bulgularla karşılaştırmak için saptanmalıdır. De erlendirme bulguları ekstremitelerin motor ve duyu kontrol bulgularını kapsar. (Berman ve ark. 2002, Kawalski ve ark. 2003, Aydoğan 2005).Hastanın ameliyat günü hazırlığında ise hemire; hastanın yaşam bulgularını alır ve kayıt eder. Cilt hazırlığını kontrol eder, hastaya tüm kişisel eşyalarını (saat, yüzük, takma diş, gözlük, vb.) çıkarmasını söyler, bayan hastaların tırnaklarında oje varsa silinmesini sağlar, hastanın ameliyat gömleğini giymesine yardımcı olur ve doktor istemine göre premedikasyonu uygular (Candan ve ark. 2002, enyuva, Ta ocak 2007, Sabuncu, Ay 2009).

2.6.3. Ameliyat Öncesi Eğitim

Cerrahi hastalarının preoperatif dönemde bilgi gereksinimlerini gidermek için eğitime ihtiyaçları vardır (Suhonen, Leino-Kilpi 2006). Ameliyat öncesi eğitim ameliyat sonrasında hastanın kendi bakımına aktif katılarak sorun gelişmeksizin kısasürede iyilemesi ve ameliyat sonrası seyri etkilemesi açısından önemlidir (Aydoğan 2005, Sabuncu, Ay 2009). Bu eğitim mümkünse ameliyattan 48- 72 saat önce başlatılmalıdır (Candan ve ark. 2002, Sabuncu, Ay 2009).Ameliyat sonrası dönemin sorunsuz

geçirilebilmesi için ameliyat öncesinde hastaya anksiyetesini artırmayacak şekilde hastalının ne olduğu, ameliyatta ne yapılacağı, ameliyatın süresi, ameliyatı yapacak ekip, uygulanacak anestezi, ameliyat sonrası derin solunum, öksürük, dönme ve ekstremitte egzersizleri, olası komplikasyonların ne olduğu ve kendisinden ne beklendiğinin, kendi rolü ve katkısının ne olacağını açıklanmasında yarar vardır. Hastanın kaygı ve endişelerinin empatik bir tutumla dinlenmesi, hastada gerçekçi bir umut olmasını sağlar ve başarı çıkma mekanizmalarını güçlendirir (Erdil, Elba 2001, Akyolcu 2005, Uzun ve ark. 2009).

2.6.4. Ameliyat Sonrası Bakım

Ameliyat sonrası dönem hastanın ameliyathaneden çıkması ile başarı ve taburculuğa kadar olan süreyi kapsar (Annesi ve ark. 2006). Cerrahi girişim uygulamalarında diğer sağlık ekibi üyeleriyle birlikte içinde sunulan hemirelik bakımının temel amacı; hastanın alıngandı ya da ameliyatına yakın koşullarda yaşamını sürdürmesi, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede başarısızlığını kazanabilmesi ve gelebilecek komplikasyonların erken belirlenmesi ve önlem alınması için sistemli-planlı takip ve gözlem yapmaktır. Başarılabilecek komplikasyonları önlemeye yönelik rahatlatıcı tedbirler alınmalı, sorunlar erken dönemde farkedilmeli ve birey mümkün olan en kısa zamanda biyo-fizyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel yaşamında kendine yeterli duruma gelmesine yardım edilmelidir. Ameliyat sonrası hasta bakımı; ağrı yönetimini, nörovasküler durumun değerlendirilmesini, enfeksiyon kontrolünü, yeterli ve dengeli beslenmeyi, düzenli beslenmeyi, hareket ve egzersizleri başlatmayı ve yeni yaşam biçimine uyumu kapsamalıdır (Büyükyılmaz, 2009). LDH nedeniyle cerrahi girişim uygulanan hastaların hemirelik bakımında, genel ameliyat sonrası dönemdeki bakımın yanısıra ele alınacak konular şunları içerir.

- Hastanın yatağına güvenle alınması ve hastanın uygun pozisyonda olması sağlanmalıdır.
- Hastanın spinal kolonunun düz tutulması ve insizyon yerinin gerilmemesi çok önemlidir, yatak düz olmalıdır.
- Hasta 2 saat süreyle sırt üstü düz yatırılmalıdır. Daha sonra başarılabilecek olarak yatak içinde sağa ve sola döndürülerek hareketi sağlanmalıdır.
- Sırt üstü pozisyonda bacak boyunca yastık yerleştirilerek sırt adaleleri gevşetilmelidir.
- Dönme sırasında spinal kolon düz olmalı, kalça fleksiyonu önlenmelidir.
- Nörolojik fonksiyonlara yönelik kontroller (duyu-motor) yapılmalıdır (Berman ve ark. 2002, Kawalski, Rasdahl 2003, Akbay ve ark. 2004).

2.7. Lomber Disk Cerrahisi Sonrası Geli ebilecek Komplikasyonlar

Geni serilerde lomber disk cerrahisinde komplikasyon oranı %9.1 olarak bildirilmi tir (Zileli, Gülmen 2002). Genel komplikasyonlar, genel anestezi altında yapılan tüm cerrahi giri imlerde gözlenebilen peroperatif hipotansiyon, postoperatifpulmoneremboli, tromboflebit, atelektazi ve idrar retansiyonu gibi komplikasyonlardır.Lomber disk cerrahisinde görülebilen çok çe itli lokal komplikasyonlar bulunmaktadır. Bunlar; büyük damar yaralanması, iç organ yaralanması, arteriyo - venöz (AV) fistül, Caudaequinayaralanması, hastanın pozisyonuna ba lıkomplikasyonlar (myelopati, kornealabrazyonlar, brakialpleksus yaralanması, radial sinir felci, ulnar sinir felci ve peroneal sinir felci), yabancı cisim bırakılması, dura yaralanması, pseudomeningosel, sinir kökü yaralanması, yanlı mesafe açılması, disk patolojilerinin gözden kaçırılması ve postoperatifdiskitidir. Lomber disk cerrahisinde görülebilen geç komplikasyonlar ise yapı ıklık, skarolu umu, spinalinstabilite ve araknoidittir(Ça lar 2001, Zileli, Gülmen2002, Aydınlı 2007).

2.8. Hastanın Ameliyat Sonrası Taburculuk Planlaması

Taburculuk e itimi, hasta ve ailesinin evde yasayabilecekleri sorunların önlenmesine yönelik yapılan ve hastanın hastaneye kabulünden taburculu una kadar devam eden dinamik bir süreçtir. Taburculuk e itimi, LDH ameliyatı geçiren hastaların bakım kalitesini artırarak iyile menin hızlandırılması ve sa lı ın yükseltilmesinde önemli olup, hastanede kalı süresinin kısa oldu u ve evde bakım hizmetlerinin arttı ı günümüz sa lık hizmetleri içerisinde önemli bir yer tutmaktadır. Ancak ülkemizde evde bakım hizmetlerinin yeterli olmaması nedeniyle taburculuk e itimi önem kazanmaktadır (Henderson, Zernike 2001, Lee, Brokovay 2005, Fagermoen, Hamilton 2006). Sa lık hizmeti uygulamalarına 1960'lı yıllarda girmi olan taburculuk planlaması; bireyi ve ailesini hastaneden ayrılabilmesi ve bakımını evde devamettirebilmesi için sistemli bir yakla ımla hazırlayan bir süreçtir (Candan ve ark. 2002, Fadılo lu 2006).Amerikan Hem ireler Birli i ise taburculuk e itimini 'hastayı kendisi, aile üyeleri ya da bir kurum tarafından bakılmak üzere bir sonraki bakım a ması için hazırlamak ve bu a ama için gerekli düzenlemelerin yapılmasına yardımcı olmak için tasarlanmı bir süreç' olarak tanımlamı tır (Akyolcu 2005, Yüksel, Yavuz 2007).

Hastalar evde yasayabilecekleri sorunlara ve bu sorunlarınönlenmesine yönelik bilgilendirildiklerinde, özbakım yetenekleri artmakta, iyile mesüreçleri hızlanmakta, ya am kaliteleri yükselmekte, ameliyatın getirdi ide i ikliklere daha kolay uyum

sa layabilmekte, bakım maliyeti, hastanede kalı süresi, komplikasyon riski ve buna ba lı hastaneye tekrar yatı lar azalmakta ve hastamemnuniyeti artmaktadır (Kanan 2002, Uzun ve ark. 2009). Taburculuk sırasında hasta ve ailesinin e itiminden sa lık ekibinin bütün üyelerisorumlu olmakla birlikte taburculuk planlaması hem irenin sorumlulu undadır. Hem irenin ça da rollerinden olan e itici ve danı manlık rollerini etkin olarak kullanması, ameliyat olan bireyin mevcut durumunu geli tirmeyi ve sürdürmeyi ö renmesine yardımcı olacaktır (Co kun, Akbayrak 2001, Kanan 2002). Ancak yapılan çalı malar hem irenin taburculuk sürecinde etkin olarak yer almadı nı ve yeterli düzeyde taburculuk e itimi yapmadı nı göstermektedir (Co kun, Akbayrak 2001, Kaya, Acaro lu 2005) .

Cerrahi kliniklerinde tüm hastaları; hastalık bilgisi, tedavi bilgisi, a rı kontrolü, solunum ve öksürük egzersizleri, günlük yaşam aktiviteleri (beslenme, banyo yapma, bo altım, uyku ve dinlenme, öz-bakım, günlük isler, araba kullanma, çalı ma ya amına dönü vb.), yara bakımı, egzersizler, geli ebilecek komplikasyonlar, komplikasyon belirti ve bulgularının tanınması ve önlenmesi, taburcu olduktan sonraki tıbbi izlem/kontrolde gelme sıklı ı, acil durumlarda ba vurulacak ki i/kurulu lara nasıl ve nerelerden ula ılabilece i, ilgili kurumlara ili kin bilgi ve danı manlık ve sa lı ın geli tirilmesi vb. konularda taburculu a hazırlamak gereklidir (Erdil, Elba 2001, Candan ve ark. 2002, Uzun ve ark. 2009). Ameliyat olan hastaların taburculuk e itiminde amaç; hastaların optimal düzeyde kendi sa lık bakım sorumlulu unu üstlenmelerini sa lamaktır (Kanan 2002).

Taburculuk planlamasının amacı;

- Genelde hastane merkezli düzenlenen bakımın süreklili ini sa lamak içintaburculuktan sonra sürekli bir araya gelen hasta ve ailesine evde devamedilecek bakım ve i lemleri ö retmek,
- Hastanın evde bakımı sırasında ya ayaca ı korku ve endi eleri gidermek,
- Evde hasta ve ailesi tarafından devam ettirilecek bakım ve tedavinin eksiksizsürdürülmesini sa lamak ve hastanın hastalı ı üzerindeki denetiminiartırmak,
- Gerekti inde sa lık ekibinden yardım almalarını kolayla tırmak,
- yile me sürecini hızlandırmak,
- Normal ya ama en kısa sürede geçi i sa lamaktır(Ay ve ark 2007, Yüksel, Yavuz 2007, Taylor ve ark. 2008).

Taburculuk planlaması, hastanın bütün gereksinimlerini karşılayacak gerekli planlamaların en iyi şekilde ve eksiksiz yapılabilmesi için hasta kabul süreci ile birlikte hastaneye yatışta ya da öncesinde başlayıp hastanın tedavi gördükten sonra hastaneden ayrılması ile sona erer (Cochran ve Akbayrak 2001, Ay ve ark 2007, Taylor ve ark. 2008).

LDH nedeniyle ameliyat olan hastaların taburculuk eğitiminde; ağrı kontrolü, yara bakımı, beslenme, banyo, günlük yaşam aktiviteleri, vücut mekanikleri, araba kullanma, ilaç kullanımı ve kontrollere gelişle ilgili bilgiler yer almalıdır. Taburculuk sırasında hasta ve ailesinin eğitiminden sağlık ekibinin bütün üyeleri sorumlu olmakla birlikte taburculuk planlaması hemirenin sorumluluğundadır. Hemirenin çağda rollerinden olan eğitimci ve danışmanlık rollerini etkin olarak kullanması, ameliyat olan bireyin mevcut durumunu geliştirmeyi ve sürdürmeyi öğrenmesine yardımcı olacaktır (Cochran, Akbayrak 2001, Kanan 2002, Kaya, Acaroğlu 2005).

2.8.1. Ağrı Kontrolü

LDH nedeniyle ameliyat olan hastaların ameliyat öncesidönemde en büyük yakınmaları ağrıdır ve çoğunlukla ağrı ile baş etme konusunda yetersizdirler. Bu açıdan hastaların evde bakımlarında ağrı kontrolü konusunda bilgilendirilmeleri önemlidir. Ağrı kontrolünde öncelikle ağrının neden kaynaklandığının belirlenmesi önemlidir. Ağrının sebebi belirlenerek ortadan kaldırmaya yönelik girişimler planlanır. Ameliyat sonrası ilk günlerde ağrı kontrolünde ağrı kesici ilaçların alınması hastaların rahatlatacaktır. Daha sonraki günlerde ağrı olduğunda derin nefes alıp verme egzersizleri yapılmalı, bireyin kendini rahat hissettiği bir duruş pozisyonu bulunmalı, pozisyonu korunmalı ve kendilerini rahatlatabilecek araçlarla meşgul olunmalıdır. Tüm bu rahatlatıcı uygulamalara rağmen ağrı geçmezse doktorun önerdiği şekilde ağrı kesici ilaç alınmalıdır. Ağrı ameliyat öncesi dönemdeki kadar şiddetlenirse doktora başvurulması gereklidir. Literatürde ağrı kontrolünde verilmesi gereken bilgilerin rahatlatma teknikleri, hayal etme, başka şeylerle meşgul olma, cilde uyaran verme, basınç uygulama, masaj yapma, sıcak ve soğuk uygulama ve ilaç kullanımı şeklinde olması gerektiği belirtilmektedir (Kozier ve ark. 2000, Berman ve ark. 2002, Erkal 2006).

2.8.2. Yara Bakımı

LDH nedeniyle cerrahi girişim uygulanan hastaların insizyonu cerrahi tekniğin özelliğine göre derinlikle birlikte klasik yöntemle uygulanan ameliyatlarda 7 - 8 cm

dir. Ameliyat sonrası kullanılan diki materyalinin özelliğine göre cilt altından emilebilen ya da cilt üzerinde alınmasını gerektirendikleri bulunabilmektedir. Diki ler cilt üzerinde ise ameliyattan 1 hafta ya da 10 gün sonra alınılabileceği tavsiye edilmektedir. Hastaların yara iyileşmesi yaklaşık 20 gün kadar devam etmektedir. Yaranın ilk beş gün kızamık ve şişmesi normal, sonra beyazlaşması ve gümüş rengi alması beklenir. Yara iyileşmesi için bölgenin temiz tutulması ve bölgenin pozisyonunun gerilmelerden, bükülmelerden korunması sağlanmalıdır. Yara bölgesinde ısı artışı, kızarıklık, şişme, akıntı ayrıca vücut ısısında artışı gibi belirtiler yara enfeksiyonu belirtileri olabilir böyle bir durum gözlemlendiğinde hastanın doktoruna iletilmelidir. Literatürde de yaranın iyileşme amaçları, görünümü, diki lerin özelliği, banyo zamanı, yara enfeksiyonu belirtileri, yaranın hijyeninin sağlanması için uygun el yıkaması gibi konularda hastanın bilgilendirilmesi gerektiği belirtilmektedir (Erdil, Elba 2001, Erkal 2006, Ökteno lu, Özer 2007).

2.8.3. Beslenme

LDH nedeniyle cerrahi girişim uygulanan hastaların ameliyat sonrası beslenmeleri genel ameliyat sonrası beslenmeye benzerlik gösterir. Beslenmede yara iyileşmesi, bedene zararlı olmayan normal sınırlarda tutulması ve kabızlık konularında yapılacak eğitim önem kazanmaktadır. Sağlıklı yara iyileşmesi için protein, karbonhidrat, yağ, vitamin ve mineraller belli oranlarda tüketilmelidir. Bununla beraber beden kitle indeksine göre belirlenen kilo fazlasının disk hernisi oluşumuna zemin hazırladığı bilinmektedir. Bu açıdan hastaların bedene zararlılıklarını normal sınırlarda tutmaya yönelik olarak beslenmelerini düzenlemeleri önemlidir. Ayrıca hastalar ameliyat sonrası yatak istirahatinde olacakları ve aktiviteleri sınırlı olacakları için kabızlık sorunu yaşanabilir. Yaşanabilecek kabızlık sorunu ameliyat sonrası yara iyileşmesini olumsuz etkileyecek ve herniasyonun tekrar oluşumuna neden olabilecektir. Bu açıdan gün içinde bol sıvı (yaklaşık 2500cc) alınmalı, diyetle bol sebze ve meyve tercih edilmeli, posalı gıdalar tüketilmeli ve doktor tarafından önerildiği şekilde yatak içi hareketler ve egzersizler uygulanmalıdır (Canabbio 2000, Berman ve ark. 2002, Ökteno lu, Özer 2007).

2.8.4. Günlük Yaşam Aktiviteleri

Literatürde aktivite kısıtlamasının spinal yapıların desteklenmesi ve iyileşmesini sağlamada önemli olduğu, ameliyat sonrası aktivite düzenlemelerinin en ince ayrıntısına kadar yazılı olarak hastaya verilmesi gerektiği belirtilmektedir. Ameliyat sonrası ilk 45

gün hastanın kendisine dikkat etmesini gerektiren zaman dilimidir. Günlük ya am aktivitelerinde spinal kolonunbütünlü ünü korumaya dikkat edilmesi gerekir. Aktiviteler a amalı artacak ekilde bir plan dahilinde yapılmalıdır. Bu duruma yönelik a amalı aktivite planı ilk 45 gün için üç döneme bölünerek uygulanmaktadır (Black ve ark. 2001, Aydo an 2005, Erkal 2006).

lk 15 günde hareketler sınırlı olacaktır. Gün içinde yalnızca zorunlu ihtiyaçlar için yataktan kalkılabilir. Aya a kalkılan ya da oturlan süre her seferinde 10 dakikayı a mamalıdır. Yatak içinde ayakları karına çekme, kaldırma, uzatma, yatak içi her iki yana dönme hareketleri yapılabilir.

kinci 15 günde hareketler arttırılabilir, yatakta daha kısa süre kalınabilir. Hasta kendini iyi hissetti i sürece yürüyebilir. Her seferinde 15 - 20 dakikayı a mayacak ekilde gün içinde oturma periyotları olabilir. Ev içinde dola ılabilir 30 dakika süreyle dola ılmasında sakınca yoktur.

Üçüncü 15 günde hareket sınırlılıkları kalkmaktadır. Ev dı ında da gezilebilir, 1 kat merdiven inilebilir, 1 saat süreyle oturulabilir ve 1 saat süreyle yolculuk yapılabilir. Beli zorlayabilecek aktivitelerden birisi olan seksüel aktiviteye 20 gün sonra ba lanabilir, fakat ba lama zamanı için ki inin kendini iyi ve hazır hissetmesi ayrıca bu aktivite sırasında belin do ru pozisyonunun sa lanması önemlidir. Ayakkabının topu u sırt adalelerini ve bel kemi ini zorlayacak yükseklikte olmamalıdır. Otururken belin dikli ini koruyan bir koltuk tercih edilmelidir, mümkünse kolları destekler ekilde olmalıdır, bacak bacak üzerine atılmamalı, uzun süreli oturulmamalıdır. Uzun süre ayakta kalınmamalı, mutlaka dinlenme süreleri ayarlanmalıdır. Yatak içi hareketlerde bel bütünlü ü sa lanarak dönme, yataktan kalkma, yata a yatma konularında dikkatli olunmalıdır. Yerden bir obje kaldırırken e ilme, uzanma, kaldırma, i lemlerini beden mekaniklerine uygun yapılmalıdır. Objeye ta ınırken a ırlı ın 5 kg'ı geçmemesi ve her iki kola e it yük olacak ekilde payla tırılması sa lanmalıdır (Kawalski, Rosdahl 2003, Bernier ve ark. 2003, Aydo an 2005, Ökteno lu, Özer 2007).

2.8.5. Araba Kullanma

LDH nedeniyle cerrahi giri im uygulanan hastaların araba kullanmaları spinal kolonun bütünlü ünün sa lanması açısından risk olu turmaktadır. Araba kullanmaya ancak 1,5 ay sonunda ba lanabilir. Araba kullanırken de dikkat edilmesi gereken konular vardır.

Araba kullanırken koltu un direksiyona yakın pozisyonda olması ve koltu un dikli inin sa lanması gereklidir. Araba kullanırken mutlaka emniyet kemeri kullanılmalıdır, araba 2 saatten uzun süre kullanılmamalı, dinlenme aralıkları ayarlanmalıdır (Canabbio 2000, Erkal 2006, Özcan 2008).

2.8.6. Banyo

LDH nedeniyle cerrahi giri im uygulanan hastaların ameliyat bölgesindeki diki ler cilt altında kendili inden emilebilen diki ler ise hemen banyo yapılabilir. Fakat emilemeyen diki ler ise diki ler alındıktan sonra banyo yapılabilir. Banyo yaparken dikkat edilmesi gereken; banyoda ameliyat bölgesinin fazla ovu turulmaması, oturarak banyo yapmanın tercih edilmemesi, küvette yıkanılıyor ise belin düzgünlü ünü korumak mümkün olmayaca ndan du ekinde banyo yapmanın tercih edilmesidir. Banyo zemini ıslak zemin olaca ndan çevre artları kayıp dü melerden korunacak ekinde ayarlanmalıdır. Banyoda tutunulabilecek barların bulundurulması, zeminin kuru tutulmaya çalı ılması tavsiye edilir, aksi halde kayıp dü melerden korunmak zor olacaktır. Evde yapılacak ilk banyolarda ki inin yanında yardımcı olabilecek birilerinin olması olu abilecek kazaların önlenmesi açısından önemlidir (Kawalski, Rosdahl 2003, Akkor 2015).

2.8.7. İlaçlar

LDH nedeniyle cerrahi uygulanan hastaların evde kullanacakları ilaçlara yönelik ilacın ismi, etkisi, dozu, sıklı ı, yan etkileri, di er ilaçlarla etkile imi ve ilaç kullanımı sırasında alınması gereken önlemler konularında bilgilendirilmesi gerekti i belirtilmektedir. LDH ameliyatı sonrası kullanılması önerilen ilaçlar; kas gev eticiler, nonsteroidal anti-inflamatuar (NSAI) ilaçlar ve antibiyotiklerdir (Canabbio2000, Akkor 2015).

2.8.8. Kontrol

LDH nedeniyle cerrahi uygulanan hastalar 1,5 ay sonunda ilk kontrole ça ırılırlar. Hastalar ameliyat sonrası ilk sa lık kontrolünde; beden a ırlı ı, günlük ya am aktiviteleri ve egzersizlere uyumun de erlendirilmesi, nörovasküler de erlendirme, a rı de erlendirilmesi, ameliyat yarasının de erlendirilmesi gibi kontrol a amalarından geçmektedir. Hastaların hastaneden çıktıktan sonra a rının artması, uyu ukluk, kuvvet kaybı, idrar-gaita tutamama gibi belirtiler görüldü ünde kontrol zamanını beklemeden doktora ba vurulması gerekti i konusunda bilgilendirilmesi önemlidir. Yarada

kızarıklık, i lik, bölgesel ısı artışı, akıntı gibi yara enfeksiyonu belirti ve bulguları ayrıca vücut ısısının artması, solunum sıkıntısı, solunum sekresyonlarının renginde koyula ma, miktarında artma, öksürme, idrarda kötü koku, sık idrara çıkma gibi sistemik enfeksiyon belirti ve bulguları gözlendi inde, ayrıca ameliyat öncesi kadar iddetli ağrının tekrarlaması ve geçmemesi halinde doktora başvurulması gerekti i belirtilmelidir. Hastaya doktora başvurulması gereken durumlar oldu unda başvurulacak yer, telefon ve ki ilerin ismi yazılı olarak verilmelidir (Erdil, Elba 2001, Duran 2004, Aydınli 2007).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Ara tırmanın ekli

Ara tırma Lomber Disk Herni nedeniyle cerrahi müdahale gören hastaların taburculuk a amasındaki bilgi gereksinimlerinin saptanması amacıyla, tanımlayıcı olarak yapılmı tır.

3.2. Ara tırmanın Yeri ve Özellikleri

Bu çalı ma KKTC’deNöro irürji servisi bulunan, Lefko a Doktor Burhan Nalbanto lu Devlet Hastanesi ve Yakın Do u Üniversitesi Ara tırma Hastanesi Nöro irürji kliniklerinde yapılmı tır.

Lefko a Doktor Burhan Nalbanto lu Devlet Hastanesi

Dr. Burhan Nalbanto lu Devlet Hastanesi KKTC’de yatak sayısı en fazla olan devlet hastanesidir. Organ nakli dı ında her türlü tıbbi tetkik ve tedavi hizmeti verilebilmektedir. Hastanenin yatak sayısı 513’tür. Ayrı nöro irürji servisi bulunmamaktadır. Nöro irürji servisi, dahiliye servisiyle beraber hasta kabul etmektedir. Ayda sayısı de i mekle beraber 10-15 arası lomber disk hernisi ameliyatı yapılmaktadır. Temmuz 2014- Ekim 2014 ayları arasında 48 hastaya cerrahi giri im uygulanmı tır. Taburculuk e itimi sözel olarak verilmektedir.

Yakın Do u Üniversitesi Ara tırma Hastanesi

YDÜ Hastanesi toplam olarak 36 bölümü ile uluslararası standartlarda hizmet vermektedir. Nöro irürji klini i ayrı bulunmamakta cerrahi birimler servisi içerisinde nöro irürji hastaları da yatmaktadır. Ayda sayısı de i mekle beraber 5-8 lomber disk hernisi ameliyatı yapılmaktadır. Temmuz 2014- Ekim 2014 ayları arasında 32 hastaya cerrahi giri im uygulanmı tır. Taburculuk e itimi sözel olarak verilmektedir.

3.3. Ara tırmanın Evreni ve Örneklemi

KKTC’deki Nöro irürji klini i bulunan Lefko a Doktor Burhan Nalbanto lu Devlet Hastanesi ve Yakın Do u Üniversitesi Ara tırma Hastanesi’nde 10.12.2014-31.03.2015 tarihleri arasında LDH nedeniyle cerrahi giri im uygulanan ve ara tırmaya katılmayı kabul eden 18 ya ından büyük olan, görü me yapmaya engel durumu olmayan hastalar çalı ma kapsamına alınmı tır.

Ara tırma kapsamına alınan hastalar basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile rastgele seçilmi tir. Buna göre ara tırmanın örneklemini, anket formunu doldurmaya gönüllü 68 hasta olu turmaktadır.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Veri toplama aracı olarak, ara tırmacı tarafından literatür incelenerek (Aydoğan 2005, Yıldırım 2007, Ertem, Ay 2007, Yaman 2008) geliştirilen soru formu kullanılmıştır. Veri toplamada kullanılan soru formu üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde LDH nedeniyle cerrahi müdahalede bulunan hastaların tanıtıcı özelliklerini içeren yaş, cinsiyet, boy, kilo v.b sorular yer almaktadır. İkinci bölümde LDH hastalığının geçmişi ile ilgili belirti ile hissinin ne zaman konulduğunu, hangi şikayetlerle başvurduğunu, daha önceden tedavi ya da ameliyat olup olmadığını v.b sorular bulunmaktadır. Üçüncü ve son bölümde ise hastalara LDH ameliyatı sonrası taburculuk eitiminde verilmesi gereken günlük yaşam aktiviteleri, yara bakımı, ameliyat sonrası yapılması gereken egzersizler, komplikasyonların önlenmesi ve kontrol konularına ilişkin bilgiler ve bu bilgileri veren kişilere yönelik sorular yöneltilmiştir.

3.4.2. Veri Toplama Formunun Uygulanması

Soru formu ara tırmacı tarafından 10.12.2014- 31.03.2015 tarihleri arasında LDH nedeniyle cerrahi girişim uygulanan hastalarla bire bir görüşülerek uygulanmıştır. Hastaların tüm taburculuk işlemleri bitirilip tüm sağlık personeliyle görüşmeleri tamamlandıktan sonra hasta odasında görüşülmüştür. Görüşme yapılmadan önce ara tırmanın amacı açıklanarak hastalardan sözel onay alınmıştır ve ara tırmaya katılmayı kabul eden hastalara soru kağıdı uygulanmıştır. Soru formunun uygulaması ortalama 30 dakika sürmüştür.

3.4.3. Verilerin Değerlendirilmesi

Ara tırma verileri, veri toplama aracı olan anket formundan bilgisayar ortamına aktarılarak değerlendirilmiştir. Anket formunda yer alan yanıtlar kodlanarak bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Verilerin istatistiksel analizlerinde SPSS 20,0 istatistiksel veri analizi programı kullanılmıştır. LDH nedeniyle cerrahi müdahalede bulunan hastaların tanıtıcı özelliklerini içeren sorulara verilen yanıtların değerlendirilmesi frekans tabloları ile gösterilmiştir. Hastaların, LDH hastalığının geçmişi ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların dağılımına ilişkin frekans tabloları oluşturulmuş ve yorumlanmıştır. Hastalara LDH ameliyatı sonrası taburculuk eitiminde verilmesi gereken günlük yaşam aktiviteleri, yara bakımı, ameliyat sonrası yapılması gereken egzersizler, komplikasyonların önlenmesi ve kontrol konularına ilişkin bilgiler ve bu bilgileri veren kişilere ilişkin yöneltilen sorulara ilişkin frekans analizleri yapılmış ve verilen yanıtlar frekans tabloları ile gösterilmiştir. Son olarak hastaların cinsiyet, yaş

grubu e itim durumlarına göre ameliyattan önce ameliyata ili kin bilgi alma, ameliyattan sonra evde bakımla ilgili bilgi, ameliyat bölgesinin iyile mesi için dikkat edilmesi gereken konular, taburculuktan sonra beslenme ile ilgili bilgi, bel sa lı mın korunmasına ili kin günlük ya am aktivitelerinde dikkat edilmesi gereken konular, a rı oldu unda yapılması gerekenler ve taburculuk sonrası kullanılacak ilaçlar hakkında bilgi alma durumlarının kar ıla tırılması verilmi tir.

3.4.4. Ara tırmanın Etik Boyutu

Ara tırma için gerekli olan izinler YDÜ Etik Kurulu'ndan, KKTC Sa lık Bakanlığı 'ndan yazılı, ara tırmanın yürütüldü ü Yakın Do u Üniversite Hastanesi ve Dr. Burhan Nalbanto lu Devlet Hastanesi'nin ba lı bulundu u kurumun Ba hekimli i ve Ba hem ireli i'nden sözlü olarak alınmı tır. Ara tırmamızda 'insana ve insanın karar verme hakkına saygı' ilkesi göz önünde bulundurulmu tur. Bu nedenle örneklem çalı maya katılmaya istekli olan hastalar arasından seçilmi , çalı maya katılacak her hastaya çalı maya katılma ya da katılmama konusunda özgürce karar verebilecekleri konusunda bilgi verilmi , istekli olanlar ara tırma kapsamına alınmı tır. Ara tırmaya katılan hastalardan 'aydınlatılmı onam formu' alınmı tır. Çalı maya katılan hastalara 'mahremiyet/ gizlilik hakkı'na saygılı olunaca ı ve kendilerinden alınan ki isel bilgilerin ba kalarıyla payla ılmayaca ı açıklanmı tır.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. LDH Ameliyatı Olan Hastaların Demografik Özellikleri (N:68)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ya Grubu		
30 ya ve altı	6	8,82
31-40 ya arası	15	22,06

41-50 ya arası	18	26,47
51-60 ya arası	16	23,53
61 ya ve üzeri	13	19,12
Cinsiyet		
Kadın	27	39,71
Erkek	41	60,29
E itim Durumu		
Okur-yazar de il	3	4,41
İlkokul	8	11,76
Ortaokul	12	17,65
Lise	25	36,76
Lisans/Lisansüstü	20	29,41
Sigara içme Durumu		
Çen	47	69,12
Çmeyen	15	22,06
Bırakan	6	8,82
Egzersiz/Spor yapma durumu		
Yapan	7	10,29
Yapmayan	61	89,71

Ara tırmaya katılan hastaların %8,82'si 30 ya ve altı, %22,06'sı 31-40 ya arası, %26,47'si 41-50 ya arası, %23,53'ü 51-60 ya arası ve %19,12'si 61 ya ve üzeri ya grubunda yer almaktadır. Katılımcıların %39,71'i kadın ve %60,29'u erkek hastalardan olmaktadır. Hastaların e itim durumları incelendi inde; %17,65'inin ortaokul mezunu oldu u, %36,76'sının lise ve %29,41'inin lisans/lisansüstü mezunu oldu u görülmektedir.

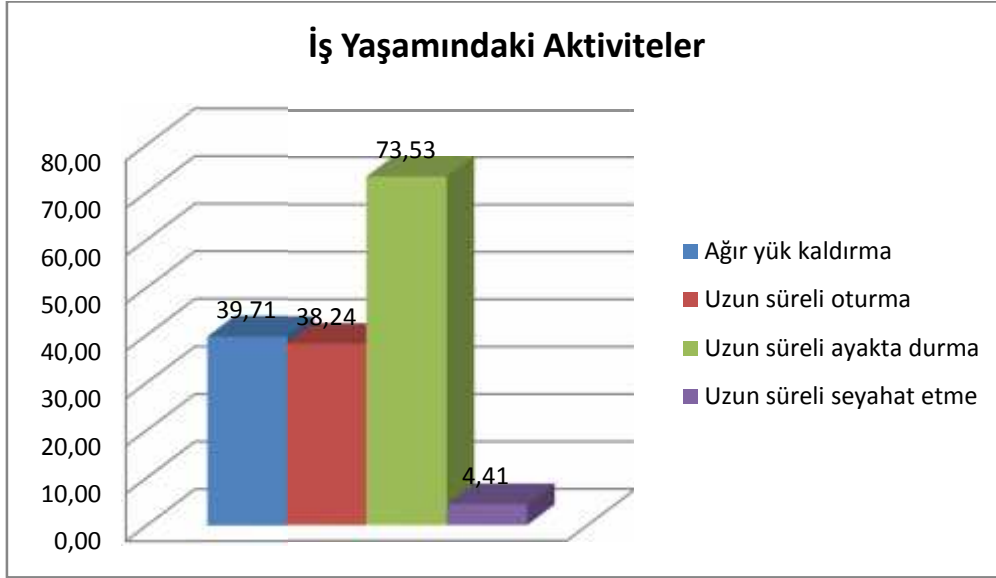
Hastaların %69,12'si sigara içmekte, %22,06'sı sigara içmemekte ve %8,82'si de sigara içmeyi bırakm ır. Lomber disk herni ameliyatı olmu hastaların %10,29'u düzenli olarak egzersiz/spor yapmakta ve %89,71'i düzenli olarak egzersiz/spor yapmamaktadır.

ekil 4.1. Hastaların Meslek Gruplarına Göre Da ılımı



Ara tırma kapsamına alınan hastaların %40'ı kol ve beden gücü ile çalışan, %40'ı dü ünsel güçle masa başı i lerde çalışmaktadır.

ekil 4.2. Hastaların Meslekleri Gere i Yaptıkların lere Göre Da ılımı



Hastaların %39,71'i ağır yük kaldırmayı gerektiren, %38,24'ü uzun süreli oturmaya, %73,53'ü uzun süreli ayakta durmayı gerektiren ve %4,41'i uzun süreli seyahat etmeyi gerektiren işlerde çalışmaktadır.

Tablo 4.2. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Boy Uzunluğu ve Vücut Ağırlıklarının Ortalaması (N:68)

	Cinsiyet	n	Ortalama	Std. Sapma	Min	Max
Boy	Kadın	27	164,07	5,23	156	176
	Erkek	41	175,41	6,64	157	188
	Toplam	68	170,91	8,25	156	188
Kilo	Kadın	27	69,04	6,76	58	80
	Erkek	41	82,20	12,50	60	120
	Toplam	68	76,97	12,37	58	120
BKI	Kadın	27	25,73	3,10	19,37	30,10
	Erkek	41	26,73	3,95	19,59	37,04
	Toplam	68	26,33	3,64	19,37	37,04

Tablo 4.2.'de araştırmaya alınan hastaların yaş, boy uzunluğu ve vücut ağırlıklarına ilişkin ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değer gibi tanımlayıcı istatistikleri verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadın hastaların yaş ortalaması 48,56, boy uzunlukları ortalaması 164,07 cm ve vücut ağırlıkları ortalaması 69,04 kg'dır. Erkek hastaların yaş

ortalaması 47,51, boy uzunlukları ortalaması 175,41 cm ve vücut a ırlıkları ortalaması 82,20 kg'dır. Cinsiyet gözetmektessin katılımcıların ya ortalaması 47,93, boy uzunlukları ortalaması 170,91 cm ve vücut a ırlıkları ortalaması 76,97 kg'dır.

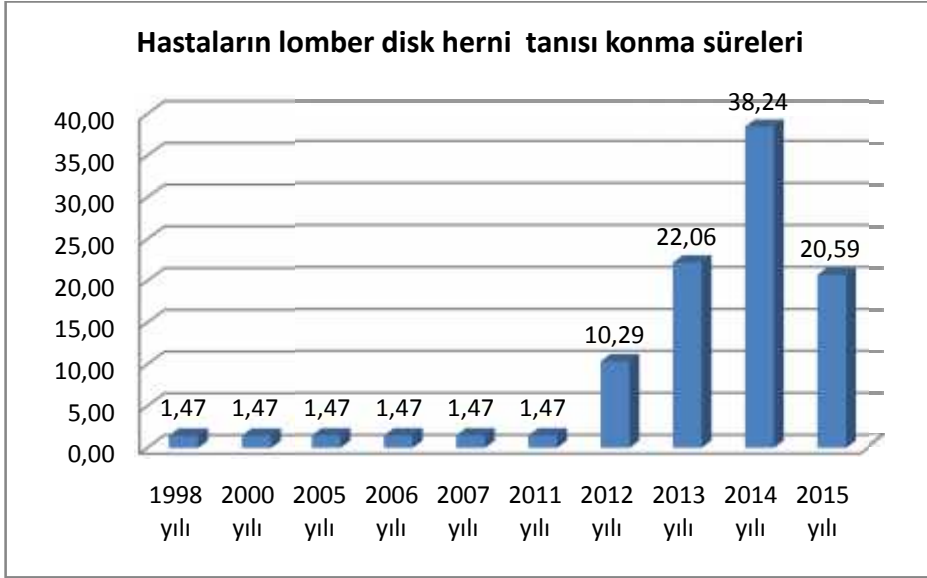
Tablo 4.3. Hastaların Bel Bölgesine Yönelik Kaza ya da Travmaya Maruz Kalma Durumları (N:68)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bele rahatsızlık verecek kaza ya da travmaya maruz kalma durumu		
Kalan	50	73,53
Kalmayan	18	26,47
Kaza ya da Travma Türü (n=50)		
A ır kaldırma	40	80,00
Beli zorlayacak ekilde e ilme	23	46,00
Kayma/dü me	8	16,00
Trafik kazası	1	2,00

Tablo 4.3.'te hastaların bele rahatsızlık verecek kaza ya da travmaya maruz kalma durumlarında göre da ılımı verilmi tir.

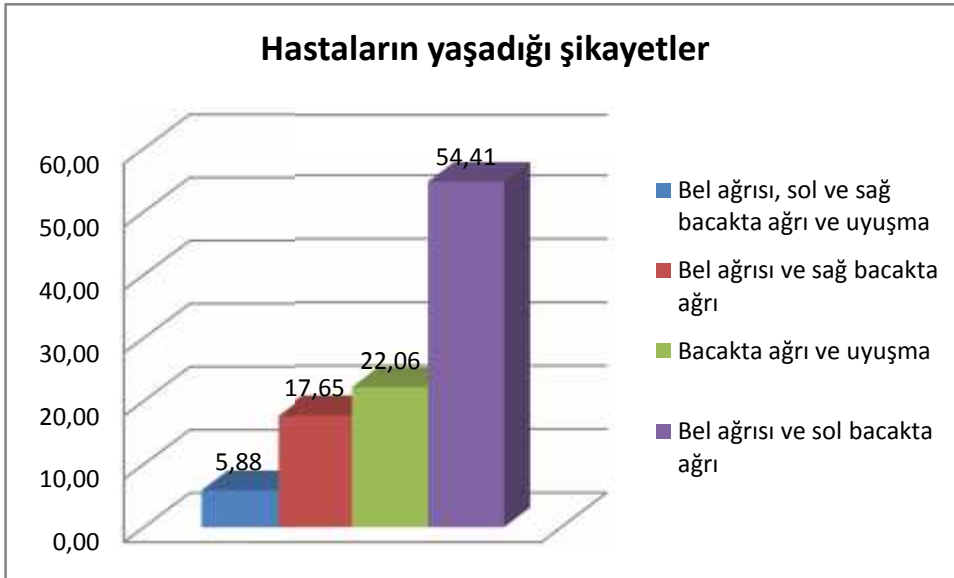
Ara tırma kapsamına alınan hastaların %73,53'ü bele rahatsızlık verecek kaza ya da travmaya maruz kalmı ve 26,47'si ise herhangi bir kaza ya da travmaya maruz kalmamı tir. Bele rahatsızlık verecek kaza ya da travmaya maruz kalan hastaların %2,00'si trafik kazası, %16,00'sı kayma/dü me, %80,00'i a ır kaldırma ve %46,00'sı beli zorlayacak ekilde e ilme gibi kaza ya da travmalara maruz kalmı tir.

ekil 4.3. Hastaların Lomber Disk Herni Te hisi Konma Tarihlerine Göre Da ılımı.



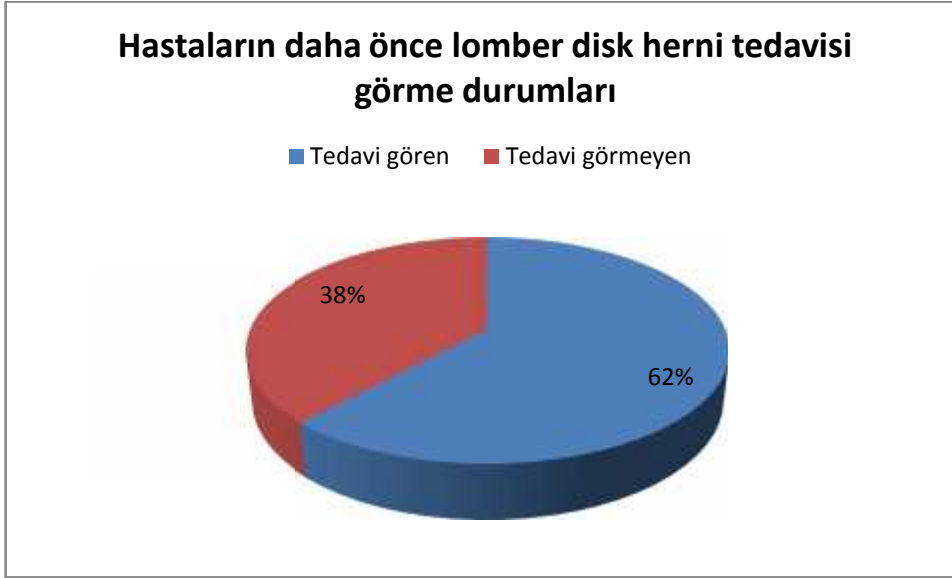
ekil 4.3. incelendi inde; hastaların %20,59'una bir yıldan az bir süre önce, %38,24'üne bir yıl önce, %22,06'sına iki yıl önce ve %10,29'una üç yıl önce lomber disk herni te his konmu tur.

ekil 4.4. Hastaların Lomber Disk Herniye li kin Ya adı ı ikayetlere Göre Da ılımı



ekil 4.4.'te ara tırmaya alınan hastaların ya adıkları ikayetlere göre da ılımı verilmi olup, hastaların %54,51'i bel a rısı ve sol bacakta uyu ma, %22,06'sı bacakta a rı ve uyu ma, %17,65'i bel a rısı ve sa bacakta a rı ikayetleri ya amı tır.

ekil 4.5. Hastaların Daha Önce Lomber Disk Herni Tedavisi Görme Durumlarına Göre Da ılımı (N:68)



ekil 4.5.'te hastaların daha önce lomber disk herni tedavisi görme durumları incelendi inde, ara tırma kapsamına alınan hastaların %62,00'si daha önce lomber disk herni tedavisi görmü tür.

Tablo 4.4. Hastaların Daha Önce Lomber Disk Herni Ameliyatı Olma ve Evde Bakım ile İlgili Bilgi Alma Durumları (N:68)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Daha önce lomber disk herni ameliyatı olma durumu		
Ameliyat olan	14	20,59
Ameliyat olmayan	54	79,41
Evde bakım ile ilgili bilgi alma durumu (n=14)		
Bilgi alan	11	78,57
Bilgi almayan	3	21,43
Bilgi alınan konu (n=11)*		
Günlük ya am aktiviteleri	9	81,82
Egzersiz	5	45,45
Komplikasyonların önlenmesi	4	36,36
laç	3	27,27

*Birden fazla seçenek i aretlenebilmektedir.

Tablo 4.4.'te hastaların daha önce lomber diski ameliyatı olma, evde bakım ile ilgili bilgi alma ve bilgi aldıkları konulara göre dağılımı verilmiştir.

Hastaların %79,41'i daha önce lomber disk herni ameliyatı olmamıştır. Daha önce lomber disk herni ameliyatı olmuş hastaların evde bakım ile bilgi alıp almama durumları incelendiğinde, hastaların %75,57'si bilgi almıştır. Lomber disk konusunda bilgi alan hastaların %27,27'si ilaç, %45,45' egzersiz, %81,82'si günlük yaşam aktiviteleri ve %36,36'sı komplikasyonların önlenmesi konusunda bilgi almıştır.

Tablo 4.5. Hastaların Ameliyattan Önce Ameliyata İlişkin Bilgi Alma Durumları (N:68)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ameliyattan önce ameliyata		
İlişkin bilgi alma durumu		
Bilgi alan	56	82,35
Bilgi almayan	12	17,65
Bilgi alınan konu (n=56)*		
İlaç	2	3,57
Egzersiz	14	25,00
Günlük yaşam aktiviteleri	35	62,50
Kontrol	13	23,21
Komplikasyonların önlenmesi	15	26,79
Bilgi kaynağı*		
Doktor	7	16,28
Hemşire	5	11,63
Fizyoterapist	2	4,65
Medya	15	34,88
Arkadaş/akraba	11	25,58
Aynı ameliyatı olmuş bireyler	21	48,84

*Birden fazla seçenekleri işaretlenebilmektedir.

Tablo 4.5. incelendiğinde, hastaların %82,35'i lomber disk herni ameliyatı olmadan önce ameliyat hakkında bilgi almış, %17,65'i bilgi almamıştır. Ameliyat hakkında bilgi alan hastaların %3,57'si ilaç, %25,00'i egzersiz, %62,50'si günlük yaşam aktiviteleri, %23,21'i kontroller ve %26,79'u komplikasyonların önlenmesine

ili kin bilgi aldıklarını ifade etmiştir. Bilgi alan hastaların %16,28'i lomber disk herni ameliyatına ili kin bilgiyi doktordan, %11,63'ü hem ireden, %4,65'i fizyoterapistten, %34,88'i internet/gazete/dergilerden , %25,58'i arkada yada akrabalarından ve %48,84'ü daha önce aynı ameliyatı olmuş bireylerden edinmiştir.

Tablo 4.6. Hastaların Ameliyattan Sonra Evde Bakıma İli Kin Bilgi Alma Durumları (N:68)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ameliyattan sonra evde bakımla ilgili bilgi alma durumu		
Bilgi alan	64	94,12
Bilgi almayan	4	5,88
Bilgi alınan konu (n=64)*		
Kontrol	62	96,88
Günlük yaşam aktiviteleri	52	81,25
Komplikasyonların önlenmesi	41	64,06
ilaç	35	54,69
Egzersiz	32	50,00
Yarayı iyilemesine ili kin bilgi alma durumu		
Bilgi alan	46	67,65
Bilgi almayan	22	32,35
Ameliyat bölgesinin iyileşmesi hakkında bilgi alınan konular (n=46)*		
Enfeksiyonlardan korunma	39	84,78
Enfeksiyon belirtileri	35	76,09
iyileşme süresi	23	50,00
Ameliyat bölgesinin korunması	14	30,43
Banyo	11	23,91
Diki ler	3	6,52
Ameliyat bölgesinin iyileşmesi hakkında bilgi alınan kişiler (n=46)		
Doktor	38	82,61
Doktor ve Hemşire	8	11,76

*Birden fazla seçenek ile anılabilmektedir.

Tablo 4.6.'da araştırma kapsamına alınan lomber disk herni ameliyatı olmuş hastaların, ameliyattan sonra evde bakıma ili kin bilgi alma durumlarına göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 4.6. incelendi inde; ara tırma kapsamına alınan hastaların büyük bir ço unlu unun (%94,12) lomber disk herni ameliyatından sonra evde bakımla ilgili bilgi aldıkları görülmektedir. Bilgi alan hastaların %54,69'u ilaç, %50,00'si egzersiz, %81,25'i günlük ya am aktiviteleri, %96,88'i kontroller ve %64,06'sı kontrollere ili kin bilgi almı tır.

Hastaların %67,65'i ameliyat bölgesinin iyile mesi için dikkat edilmesi gerek konular hakkında bilgi aldıklarını ifade etmi tir. Bilgi alan hastaların %50'si *“ameliyat bölgesinin iyile mesinin 20 gün kadar devam edece i, ilk be gün bölgenin kızarıklık ve i olmasının normal oldu u, sonra renginin açılması ve gümü rengi olması gerekti i”* konusunda, %6,52'si *“diki lerin kendili inden emilebilen diki ler oldu u ve alınmasının gerekmedi i”* konusunda, %23,91'i *“banyo sırasında ameliyat bölgesinin ovu turulmaması gerekti i”* konusunda, %30,43'ü *“ameliyat bölgesinin iyile mesi için bölgenin gerilmesi ve bükülmesinin önlenmesi gerekti i”* konusunda, %84,78'i *“ameliyat bölgesinin enfeksiyonlardan korunması için temiz tutulması gerekti i”* ve %76,09'u *“ameliyat bölgesinin ısı artı ı, kızarıklık, i me, akıntı yönünden izlenmesi ve bu belirtilerin azalmakta iken yeniden ortaya çıkması halinde doktora ba vurulması gerekti i”* konusunda bilgi aldı ını ifade etmi tir. Hastaların %82,61'i bu bilgileri yalnız doktordan , %11,76'sı hem doktor hem de hem ireden almı tır.

Tablo 4.7. Hastaların Taburcu Olduktan Sonra Beslenme ile ilgili Bilgi Alma Durumları (N:68)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Taburcudan sonra beslenme ile ilgili bilgi alma durumu		
Alan	21	30,88
Almayan	47	69,12
Bilgi alınan konu (n=21)*		
Dengeli beslenme	18	85,71
Beden a ırlı ının normal sınırlarda tutulması	15	71,43
Ba ırsak alı kanlıklarının normal düzeninde tutulması	6	28,57
Sıvı alım miktarı	5	23,81
Bilgi alınan ki i (n=21)		
Doktor	15	71,43
Doktor ve hem ire	6	28,57

*Birden fazla seçenek i aretlenebilmektedir.

Ara tırma kapsamına alınan lomber disk herni ameliyatı olmu hastaların taburcu olduktan sonra beslenme ile ilgili bilgi alma durumlarının dağılımı Tablo 4.9’da verilmiştir.

Hastaların %30,88’i taburcu olduktan sonra beslenme ile ilgili bir aldı nı ve %69,12’si beslenme ile ilgili bilgi almadı nı belirtmiştir. Bilgi alan hastaların %71,43’ü beden a ırlı ının normal sınırlarda tutulması, %23,81’i sıvı alım miktarı, %85,71’i dengeli beslenme ve %28,57’si ba ırsak alı kanlıklarının normal düzeninde tutulması konusunda bilgi almıştır. Bilgi alan hastaların %71,43’ü yalnız doktordan, %25,57’si hem doktor hem de hem ireden bilgi aldıklarını ifade etmiştir.

Tablo 4.8. Hastaların taburcu olduktan sonra bel sağlığının korunması ve günlük yaşam aktivitelerine ilişkin bilgi alma durumları (N:68)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bel sağlığının korunmasına ilişkin günlük yaşam aktivitelerinde dikkat edilmesi gereken konularda bilgi alma durumu		
Bilgi alan	52	76,47
Bilgi almayan	16	23,53
Bilgi alınan konular (n=52)*		
Yaşam aktiviteleri	47	90,38
Hareketler	45	86,54
Uygun oturma	43	82,69
Her seferinde 15-20 dakikayı amaçlayacak şekilde günde bir kez oturma periyotları olabilir.	42	80,77
Yerden bir obje alırken eğilme, uzanma, kaldırma hareketleri beden mekaniklerine uygun yapılmalıdır.	42	80,77
Yatak içi egzersizler	35	67,31
Yatak içi hareketlerde bel bütünlüğü sağlanarak dönme, yataktan kalkma, yatağa yatma konularında dikkatli olunmalıdır.	33	63,46
Bacak bacak üzerine atılmamalı, uzun süreli oturulmamalıdır. Uzun süre ayakta kalınmamalı, mutlaka dinlenme süreleri ayarlanmalıdır.	20	38,46
Üçüncü 15 gün hareket sınırları kalkmaktadır. Ev dışında da gezilebilir, 1 kat merdiven inilebilir, 1 saat süreyle oturulabilir ve yolculuk yapılabilir.	12	23,08
Kinci 15 günde hareketler artırılabilir, yatakta daha kısa süre kalınabilir. Hasta kendini iyi hissettiği sürece yürüyebilir.	9	17,31
Ayakkabının topuğu sırt adalelerini ve bel kemiklerini zorlayacak büyüklükte olmamalıdır.	9	17,31
Bilgi alınan kişiler (n=52)		
Doktor	45	86,54
Doktor ve hemşire	7	13,46

*Birden fazla seçeneği işaretlenebilmektedir.

Tablo 4.8.'de lomber disk herni ameliyatı olmuş hastaların, taburcu olduktan sonra bel sağlığının korunması ve günlük yaşam aktivitelerine ilişkin bilgi alma durumlarına göre dağılımı verilmiştir.

Hastaların %76,47'sinin taburcu olduktan sonra bel sağlığının korunması ve günlük yaşam aktivitelerine ilişkin bilgi aldığı %23,53'ünün bilgi almadığı saptanmıştır. Bilgi alan hastaların %90,38'i "Bel sağlığının korunmasına ilişkin günlük yaşam

aktivitelerinde dikkat edilmesi gereken konularda” , %86,54’ü “ İlk 15 günde hareketler sınırlı olacaktır. Gün içinde yalnızca zorunlu ihtiyaçlar için yataktan kalkılabilmesi.”, %67,31’i “Yatak içinde ayakları karına çekme, kaldırma, uzatma, yatak içi her iki yana dönme hareketleri yapılabilmesi” , %17,1’i “ İkinci 15 günde hareketler artırılabilir, yatakta daha kısa süre kalınabilir. Hasta kendini iyi hissettiği sürece yürüyebilmesi” , %80,77’si “Her seferinde 15-20 dakikayı a mayacak ekilde gün içinde oturma periyotları olabilmesi” , %23,08’i “Üçüncü 15 gün hareket sınırları kalkmaktadır. Ev dışında da gezilebilmesi, 1 kat merdiven inilebilmesi, 1 saat süreyle oturulabilmesi ve yolculuk yapılabilmesi.” , % 17,31’i “ayakkabının topu u sırt adalelerini ve bel kemi ini zorlayacak büyüklükte olmaması”, %82,69’u “Otururken belin dikli ini koruyan bir koltuk tercih edilmesi” , %38,46’sı “Bacak bacak üzerine atılmaması, uzun süreli oturulmaması, uzun süre ayakta kalınmaması ve mutlaka dinlenme süreleri ayarlanması” , %63,46’sı “yatak içi hareketlerde bel bütünlü ü sa lanarak dönme, yataktan kalkma, yata a yatma konularında dikkatli olunması” ve %80,77’si “Yerden bir obje alırken e ilme, uzanma, kaldırma i lemleri beden mekaniklerine uygun yapılması” konularında bilgi almı tır. Taburcu olduktan sonra bel sa lı nın korunması ve günlük ya am aktivitelerine ili kin bilgi alan hastaların %86,54’ü yalnız doktordan , %13,46’sı ise hem doktor hem de hem ireden bilgi aldıklarını ifade etmi tir.

Tablo 4.9. Hastaların Taburcu Olduktan Sonra A rı Duymaları Halinde Yapılması Gerekenlere li kin Bilgi Alma Durumları (N:68)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
A rı oldu unda yapılması gerekenler hakkında bilgi alma durumu		
Evet	40	58,82
Hayır	27	39,71
Bilgi alınan konu (n=40)*		
ilaç kullanımı	33	82,50
istirahat	13	32,50
A rının tanımlanması	2	5,00
Rahatlama teknikleri	1	2,50
Bilgi alınan ki i (n=40)		
Doktor	33	82,50
Doktor ve hem ire	7	17,50

**Birden fazla seçenek i aretlenebilmektedir.*

Ara tırmaya alınan lomber disk herni ameliyatı olmu hastaların taburcu olduktan sonra a rı duymaları halinde yapılması gerekenlere li kin bilgi alma durumlarının da ılımı Tablo 4.9.'da verilmi tir.

Tablo 4.9. incelendi inde ara tırma kapsamına alınan hastaların %58,82'si a rı duymaları halinde yapılması gerekenlere li kin bilgi aldı mını ifade ederken, %39,71 bu hususta bilgi almadı mını ifade etmi tir. Bilgi alan hastaların %5'i a rının tanımlanması, %32,50'si istirahat, %2,50'si rahatlama teknikleri ve %82,50'si ilaç kullanımı hakkında bilgi almı tır. A rı duymaları halinde yapılması gerekenlere li kin bilgi alan hastaların %82,50'si yalnız doktordan, %17,50'si hem doktor hem de hem ireden bilgi almı tır.

Tablo 4.10. Hastaların Taburcu Olduktan Sonra Kullanılacak İlaçlara İlişkin Bilgi Alma Durumları (N:68)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Taburculuk sonrası kullanılacak ilaçlar hakkında bilgi alma durumu		
Evet	59	86,76
Hayır	9	13,24
Bilgi alınan konu (n=59)*		
İlacın etkisi	54	91,53
İlacın kullanım sıklığı	38	64,41
İlacın ne kadar süre ile kullanılacağı	26	44,07
İlacın ismi	15	25,42
İlacın dozu	5	8,47
İlacın yan etkisi	2	3,39
Bilgi alınan kişiler (n=59)		
Doktor	56	94,92
Doktor ve Hemşire	3	5,08

*Birden fazla seçenekleri işaretlenebilmektedir.

Ara tırmaya alınan hastaların %86,76'sı taburcu olduktan sonra kullanılacak ilaçlara ilişkin bilgi aldığını ifade etmiştir. Taburcu olduktan sonra kullanılacak ilaçlar hakkında bilgi alan hastaların %25,42'si ilacın ismi, %91,53'ü ilacın etkisi, %8,47'si ilacın dozu, %64,41'i ilacın kullanım sıklığı, %3,39'u ilacın yan etkisi ve %44,07'si ilacın ne kadar süre ile kullanılacağı hakkında bilgi almıştır. Bilgi alan hastaların %94,92'si taburcu olduktan sonra kullanılacak ilaçlar hakkındaki bilgiyi yalnız doktordan, %5,08'i ise hem doktordan hem hemşireden almıştır.

Tablo 4.11. Hastaların Taburcu Olduktan Sonra Araba Kullanmalarına İlişkin Bilgi Alma Durumları (N:68)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Araba kullanma durumu		
Kullanan	53	77,94
Kullanmayan	15	22,06
Araba kullanım hakkında bilgi alınan konular (n=53)*		
Araba kullanmaya başlama zamanı	46	86,79
Araba kullanırken durulacak pozisyon	30	56,60
Araba kullanma süresi	31	58,49
Bilgi alınan kişiler (n=53)		
Doktor	46	86,79
Doktor ve hemşire	7	13,21

*Birden fazla seçenek i a retlenebilmektedir.

Tablo 4.11’de lomber disk herni ameliyatı olmuş hastaların taburcu olduktan sonra araba kullanmalarına ilişkin bilgi alma durumlarına göre dağılımı verilmiştir.

Ara tırmaya alınan hastaların %77,94’ü araba kullandıklarını ve araba kullanımına ilişkin bilgi aldıklarını ifade etmiştir. Bilgi alan hastaların %86,79’u araba kullanmaya 6 hafta sonra başlanabileceğini, %56,60’ı araba kullanırken koltuğun dik pozisyonda ve direksiyona yakın konumda olması gerektiğini ve %58,49’u araba kullanırken 2 saatten uzun süreyle kullanılmaması ve dinlenme aralıkları ayarlanması gerektiği konusunda bilgi almıştır. Bilgi alan hastaların %96,79’u araba kullanmalarına ilişkin yalnız doktordan, %13,21’i doktor ve hemşireden bilgi almıştır.

Tablo 4.12. Hastaların Taburcu Olduktan Sonraki Kontrollere İlişkin Bilgi Alma Durumları (N:68)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kontroller hakkında bilgi alma durumu		
Bilgi alan	68	100,00
Kontrollerde yapılacak de erlendirmeler (n=68)*		
Ameliyat yarası	68	100,00
A rı de erlendirilmesi	14	20,59
Nörovasküler durum	2	2,94
Beden a ırlı ı	1	1,47
Egzersizlere uyum	1	1,47
Günlük ya am aktivitelerine uyum	1	1,47
Bilgi alınan ki i		
Yalnız Doktor	57	83,82
Doktor ve Hem ire	11	16,18
Kontrol zamanından önce doktora ba vurulması gereken durumlarla ilgili bilgi alma durumu		
Bilgi alan	48	70,59
Bilgi almayan	20	29,41
Bilgi alınan konular (n=48)*		
Bel, sırt ve baca a vuran a rıda artma	41	85,42
Bacaklarda uyu kluk, kuvvet kaybı durumu	37	77,08
Vücut ısısında artma, halsizlik, i tahsızlık gibi sistemik enfeksiyon belirtileri	32	66,67
Gaita tutamama	1	2,08
Bilgi alınan ki i (n=48)		
Doktor	42	87,50
Doktor ve hem ire	6	12,50

*Birden fazla seçenek i aretlenebilmektedir.

Tablo 4.12.'de lomber diski herni ameliyatı olmu hastaların taburcu olduktan sonraki kontrollere ili kin bilgi alma durumlarının da ılımı verilmi tir.

Ara tırmaya alınan hastaların tamamı taburcu olduktan sonraki kontrollere ili kin bilgi almı olup, bilgi alan hastaların %20,59 a rı de erlendirmesi ve %100'ü ameliyat yarasının de erlendirilmesi konularında bilgi almı tir. Hastaların %83,82'si taburcu olduktan sonraki kontrollere ili kin bilgiyi yalnız doktordan,, %16,18'i ise hem doktor hem hem ireden aldıklarını ifade etmi tir.

Hastaların %70,59'u kontrol zamanında önce doktora ba vurması gereken durumlar hakkında bilgi almı , %29,41'i ise bilgi almamı tir. Bilgi alan hastaların %85,42'si bel, sırt ve baca a vuran a rıda artma , %77,08'i bacaklarda uyu ukluk, kuvvet kaybı durumu , %66,67'si ise vücut ısısında artma, halsizlik, i tahsızlık gibi sistemik enfeksiyon belirtileri olması durumunda doktora ba vurmaları gerekti i konusunda bilgilendirilmi tir. Bilgi alan hastaların %87,50'si yalnız doktordan,%12,50'si ise doktor ve hem ireden bilgi aldıklarını ifade etmi tir.

Tablo 4.13. Hastaların Taburculuk E itimiyle İlgili Yazılı Materyal Alması

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Taburculuk e itimiyle ilgili yazılı materyal verilmesi durumu		
Evet	17	25,00
Hayır	51	75,00
Taburculuk e itimiyle ilgili yazılı materyal verilmesi isteme (n=51)		
steyen	48	94,12
stemeyen	3	5,88

Tablo 4.13.'te ara tırma kapsamına alınan lomber disk herni ameliyatı olmu hastaların %75,00'inin taburculuk e itimiyle ilgili yazılı materyal almadıkları görülmektedir. Taburculuk e itimiyle ilgili yazılı materyal almayan hastaların %94,12'si e itim yazılı materyalü almak isterken, %5,88'i yazılı materyal almayı istemektedir.

5. TARTI MA

LDH en çok orta ya grubunda görülen bir hastalıktır. Olguların %70'i 30-50 ya grubu arasında iken, %10'u 60 ya ından sonra ortaya çıkmaktadır. Çalışmamızda hastaların ya gruplarına göre dağılımına bakıldığında çoğunluğunun (%26,47) 41- 50 ya grubunda olduğu görülmektedir (Çizelge 4.1). Ya ve LDH olumu arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalarda; yaşlanmanın disk dejenerasyonunu artırarak herniasyon riskini arttırdığı belirtilmektedir. Eseo lu'nun (2008) yaptığı bir çalışmada lomber disk hernili hastaların çoğunluğunun (%49.9) 40-50 ya grubunda olduğu saptanmıştır. Murat'ın (2007) yaptığı çalışmada lomber disk hernili hastaların 50 ya altında olduğu saptanmıştır.

Literatürde ağır yük kaldırma, uzun süreli oturma, ayakta durma, seyahat etme ve titretime maruz kalmayı gerektiren mesleklerin LDH gelişimi açısından risk oluşturduğu belirtilmektedir (Özer 2001, O ul 2002, Berker 2015). Bizim çalışmamızda da hastaların çoğunluğunun uzun süreli ayakta durmayı (%73.53) ve ağır yük kaldırmayı (39.71) gerektiren işlerde çalıştıkları görülmektedir. Hastaların %38,24'ü uzun süreli oturmayı, %4,41'i uzun süreli seyahat etmeyi gerektiren işlerde çalışmaktadır (Şekil 4.2). Dönmez ve arkadaşlarının (2010) LDH'li hastalarla yaptığı çalışmada hastaların % 49.3'ünün mesleklerinin uzun süreli ayakta kalmayı gerektirdiği belirlenmiştir. Hastaların % 52'sinin daha önce travma geçirdiği görülmektedir. Travma geçiren hastaların % 50'sinin travma nedeninin ağır kaldırma olduğu saptanmıştır. Aydoğan'ın (2005) yaptığı çalışmada hastaların çoğunluğunun uzun süreli ayakta durmayı (% 64) ve ağır yük kaldırmayı (% 63) gerektiren işlerde çalıştıkları görülmektedir. Ayrıca hastaların çoğunluğu (% 73) bel bölgesine yönelik travmaya maruz kaldığını, travmaya maruz kalan hastaların da % 60.2'si ağır kaldırma sonrası ağrılarınin balağadını ifade etmiştir. Bizim çalışmamızda da araştırma kapsamına alınan hastaların %73,53'ü bele rahatsızlık verecek kaza ya da travmaya maruz kalmıştır (Tablo 4.3).

LDH olumunda cinsiyetin etkisini inceleyen araştırma sonuçları farklılık göstermekle birlikte, erkeklerin LDH nedeniyle ameliyat olma sıklığının, kadınlara oranla 2 kat fazla olduğu bildirilmektedir (Çetinyalçın 2001, Özer 2001). Aydoğan'ın (2005) yaptığı çalışmada da örnekleme alınan hastaların yarısından fazlasının (%55) erkek olduğu görülmektedir. Çalışmamızda örnekleme alınan hastaların yarısından fazlasının

(%60.29) erkek oldu u görülmektedir (Tablo 4.1). Eysi'nin yapımı oldu u çalı mada kadın/erkek oranı 4/1 olarak bulunmu tur.

Literatürde uzun boy ve fazla kilo LDH olu umunda risk faktörü olarak belirtilmekle birlikte yapılan bazı çalı malarda uzun boy, fazla kilonun bel a rısıgeli iminde etkili olup olmadı ı konusunda tartı maların oldu u bildirilmektedir (Arman 2003, Erkal 2006, Berker 2015). Çalı mamızdaki hastaların BKİ de erlerinin normalinüzerinde olması (%26.33), bu hastalarda fazla kilonun LDH geli iminde etkili olabilece inidü ündürmektedir (Tablo 4.2).

Sigara içme ile LDH olu umu arasındaki ili kinin incelendi i çalı malarda sigaranın damarlar üzerinde meydana getirdi i de i iklikler nedeniyle vertebral kan akımını azalttı ı ve diskin yetersiz beslenmesine sebep oldu u belirtilmektedir. Ayrıca sigara içmenin kronik öksürü e yol açarak intradiskal basıncı yükseltti i böylece herniasyon riskini arttırdı ı vurgulanmaktadır (Kawalski, Rosdahl 2003, Erkal 2006). Bizim çalı mamızda da hastaların yarısından fazlasının%69,12'sinin (Tablo 4.1) sigara içti i dü ünüldü ünde, sigaranın bu hastalarda LDH geli iminde etkili olmu olabilece i söylenebilir.

Literatürde LDH'a ba lı yakınmaların bel a rısı, bacak a rısı, kasılma, uyu ma, kuvvet kaybı, ayak dü mesi oldu u ifade edilmektedir (Ay, Evcik 2008, Demirda ve ark. 2011). Ay ve Evcik'in(2008) çalı masında LDH'lı hastaların sırasıyla bel ve bir bacakta a rı ya adıkları bildirilmi tir. Aydo an'ın (2005) çalı masında hastaların ço unlu unda bacak a rısı (% 70) ve bel a rısı (% 62) yakınmalarının oldu u görülmü tür. Çalı mamız da hastaların ya adı ı semptomlara bakıldı ında en fazla iddetli bel ve bacak a rısı ya adıkları saptandı. Hastaların %54,41'i bel a rısı ve sol bacakta uyu ma, %22,06'sı bacakta a rı ve uyu ma, %17,65'i bel a rısı ve sa bacakta a rı ikayetleri ya amı tır(ekil 4.4). Ara tırma bulgularımızın literatür bilgisi do rultusunda oldu u söylenebilir.

Taburculuk e itimi, hasta ve ailesinin evde yasayabilecekleri sorunların önlenmesine yönelik yapılan ve hastanın hastaneye kabulünden taburculu una kadar devam eden dinamik bir süreçtir. Taburculuk e itimi, LDH ameliyatı geçiren hastaların bakım kalitesini artırarak iyile menin hızlandırılması ve sa lı ın yükseltilmesinde önemli olup, hastanede kalı süresinin kısa oldu u ve evde bakım hizmetlerinin arttı ı günümüz

sa lık hizmetleri içerisinde önemli bir yer tutmaktadır (Henderson, Zernike 2001, Lee, Brokovay 2005, Fagermoen, Hamilton 2006).

Çalı mamızda örnekleme alınan lomber disk herni ameliyatı olmu hastaların, büyük bir ço unlu unun (%94,12) lomber disk herni ameliyatından sonra evde bakımla ilgili bilgi aldıkları görülmektedir. Bilgi alan hastaların %54,69'u ilaç, %50,00'si egzersiz, %81,25'i günlük ya am aktiviteleri, %96,88'i kontroller ve %64,06'sı komplikasyonların önlenmesine ili kin bilgi aldıklarını ifade etmelerine kar ın, bilgi aldıkları konuların içeri ine bakıldı nda oldukça yetersiz oldu u görülmektedir (Tablo 4.6).

Taburcu olduktan sonra kullanılacak ilaçlar hakkında bilgi alan hastaların %25,42'si ilacın ismi, %91,53'ü ilacın etkisi, %8,47'si ilacın dozu, %64,41'i ilacın kullanım sıklı ı, %3,39'u ilacın yan etkisi ve %44,07'si ilacın ne kadar süre ile kullanılaca ı hakkında bilgi almı tır (Tablo 4.10). Aydo an'ın (2005) yaptı ı çalı mada ilaç kullanımı konusunda bilgi aldıklarını ifade eden hastaların ilaçların yan etkileri ve ilaç etkile imleri konularında (% 1.2) çok azının bilgi almı oldu u görülmektedir. Özcan'ın (2008) yaptı ı çalı madaÇalı maya katılan hastaların ilaç isimlerini bilme oranları e itim öncesi %98'i, bilmiyor iken e itim sonrası %66 oranında biliyor ekline de i mi ve aradaki farkistatistiksel olarak anlamlı bulunmu tur.

A rı hastaların ya am kalitelerini ve fonksiyonel durumlarını önemli derecede etkilemektedir. Literatürde hafif iddette olan bel a rılarının bile hastalarda yüksek oranda fonksiyon kaybına neden olarak ya am kalitelerini azalttı ı belirtilmektedir (Köçkar, Uzun 2007, Akca ve ark. 2013). Hastaların %58,82'si a rı duymaları halinde yapılması gerekenlere ili kin bilgi aldı nı ifade etmi lerdir. %5'i a rının tanımlanması, %32,50'si istirahat, %2,50'si rahatlama teknikleri ve %82,50'si ilaç kullanımı hakkında bilgi almı tır (Tablo 4.9). Gümü ve arkadaşlarının (2013) yaptı ı çalı mada hastaların vücut mekanikleri hakkında bilgi puanları azaldıkça a rı düzeylerinin artı ı saptandı. Özcan'ın (2008) yaptı ı çalı mada Hastaların a rıyı önlemek ve gidermek için yapılabilecekleri e itim öncesi tamamı bilmezken, e itim sonrasında ise %98'i biliyor durumuna gelmi tir.

Hastaların %30,88'i taburcu olduktan sonra beslenme ile ilgili bilgi aldı nı belirtmi lerdir. %71,43'ü beden a ırlı ının normal sınırlarda tutulması, %23,81'i sıvı alım miktarı, %85,71'i dengeli beslenme ve %28,57'si ba ırsak alı kanlıklarının normal

düzeninde tutulması konusunda bilgi almı tır (Tablo 4.7). Aydın'ın (2000) çalı masında hastaların taburculuk sonrası birinci haftada %60 oranında bo altım sorunu ya adıkları bulunmu tur. Özcan'ın (2008) yaptı ı çalı mada Hastaların diyet önerilerini ve diyetteki kısıtlamaları bilme durumları %92 bilememe oranından e itim sonrasında %100 bilme oranına yükselme tir. Literatürde de hastaların ilk haftalarda yeterli beslenememe, hareketsizli e ba lı kabızlık ve kabızlık için ilaç almaya ba lı ishal sorunu ya adıkları belirtilmektedir. Hastalara bo altım sorunlarına yönelik bilgi verilmesi ve bu bilgilerin hastalar tarafından kullanılması e itimin gereklili ini vurgulamaktadır.

Hem ire taburculuk e itiminde, hem ekip üyeleri hem de ekip ile hasta arasındaki koordinasyonu sa layan en etkili ki idir. Hem irenin, sa lık hizmetinin tedavi, koruyucu ve rehabilite edici alanlarının her birinde önemli sorumluluklarından biri olan e itim fonksiyonunu taburculuk a amasında yeterince yerine getirmesi gerekmektedir(Co kun, Akbayrak 2001, Kanan 2002, Anderson ve ark. 2006).Çavuş'un (2008) yaptı ı bir çalı mada; hem ireler, günlük ya am aktivitelerinizi yaparken kar ıla abilece iniz güçlüklerle nasıl ba edebilece iniz konusunda gerekli bilgileri verdilermi sorusuna hastaların büyük bir kısmı (% 95.99) hayır yanıtını vermi lerdir. Çavuş yaptı ı çalı mada hastaların evde kar ıla abilecekleri problemler hakkında bilgi almamaları hem irenin taburculuk e itimi ve önemi konusunda bilgilerinin olmaması, hem ire sayısının yetersiz, hasta sayısının fazla ve ekip çalı masının olmamasından kaynaklanabilece ini ifade etmi tir.Bizim çalı mamızda da taburcu olduktan sonra bel sa lı ının korunması ve günlük ya am aktivitelerine ili kin bilgi alan hastaların %86,54'ü yalnız doktordan , %13,46'sı ise hem doktor hem de hem irenden bilgi aldıklarını ifade etmi tir (Tablo 4.8).

Literatürde hasta ve ailesine verilen yazılı bilgilendirme kitapçıklarının, hastaların hastanede yattıkları süre içinde ve taburcu olduklarında yaşadıkları belirsizlikleri ortadan kaldırmada önemli rol oynadı ı belirtilmektedir. Yazılı bilgilendirme kitapçı ı ile birlikte hastaya e itim içeri inin anlatılması ve hastanın bireysel gereksinimleri üzerine odaklanması da e itimin etkinli ini artırmaktadır. Hastaya yazılı bir e itim materyali verilmesi aynı zamanda hastanın evinde sonradan kullanabilece i ve bakımını destekleyebilece i bir durum yaratmaktadır. Yazılı materyallerin hazırlanmasında maliyetin etkili oldu u ancak kültürel ve hasta özelliklerine uygun bir ekilde

hazırlanmasının çok önemli olduğu vurgulanmaktadır (Fagermoen, Hamilton 2006, Uzun ve ark. 2009).

Güneş'in (2001) yaptığı çalışmada; deney grubundaki hastaların bilgi puan ortalamaları; hastaneden taburcu olmadan önce yani hastalara planlı bilgilendirme yapılmadan önce ve taburcu olduktan sonra yani hastalara planlı bilgilendirme yapıldıktan sonra yapılan istatistiksel değerlendirilmede iki puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Hastalara evde bakımlarına yönelik yapılacak planlı ve etkin taburculuk eğitimini hastaların iyileşme sürecinde önemli yer tutmaktadır. Karadağ ve Aksoy'un LDH cerrahisi geçiren hastalara taburculuk öncesi iyileşme sürecinde dikkat edilecek uygulamalar konusunda verilen planlı sağlık eğitiminin, hastaların egzersiz ve ev işleri yaparken yaşadığı sorunlarla baş etmelerinde etkili olduğunu ifade etmişlerdir. Çalışmamızda araştırma kapsamına alınan lomber disk herni ameliyatı olmuş hastaların %75,00'inin taburculuk eğitimleriyle ilgili bilgi almadıkları görülmektedir. Taburculuk eğitimleriyle ilgili bilgi almayan hastaların %94,12'si eğitim almamak isterken, %5,88'i bilgi almamak istememektedir (Tablo 4.13). Çalışmamızdan çıkan sonuç diğer çalışmaları benzerlik göstermektedir. Taburculuk alanında bilinmesi gereken konulara ilişkin, hastaların bilgilendirilmesinin uygun yapılmaması, iyileşme sürecini olumsuz etkileyecek ve komplikasyonların önlenmesini güçleştirecektir. Bizim çalışmamızda da hastaların bilgi aldıklarını ifade ettikleri konuların içeriğinin yetersiz olması, hastaların neyi bilmeleri gerektiğini bilmemeleri ve evde karışabilecek güçlükleri tahmin edememelerinden kaynaklandığını düşündürmektedir.

Bilgi eksikliği, hastaneye tekrarlı yatırlara ve sağlık kurumlarının daha sık kullanılmasına neden olmaktadır (Anderson ve ark. 2006, Fagermoen, Hamilton 2006). Literatürde iyi planlanmış taburculuk eğitiminin hastaların öz-bakımlarını gerçekleştirmelerinde önemli olduğu ve hastaneye tekrarlı başvuruları azalttığına ilişkin çalışmaları yer almaktadır (Koelling ve ark. 2005). Yaman'ın çalışmasında yer verdiği Jaarsma ve arkadaşları 54 taburculuk eğitiminin etkisini değerlendirdikleri çalışmaları, 9 aylık takip sürecinde deney grubunun hastaneye başvuru oranını (% 37), kontrol grubuna (%50) göre daha düşük saptamıştır.

Çalışmamızda çıkan sonuçlar hastaların taburculuk alanında yeterince bilgilendirilmediği, hastaların aldığı bilgiyi çoğunlukla doktordan aldığı, diğer sağlık ekibi üyelerinin eğitiminde çok az yer aldığı, hemirenin ise neredeyse hiç bulunmadığı

yönündedir. Hem irenin sa lık hizmetinin koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici alanlarında en önemli sorumluluklarından birinin e itim fonksiyonu olmasına rağmen sonuçların bu şekilde olması hem irenin bu rolünü yeterince yerine getiremedi ini dü ündürmektedir. Hastaların hem ireler tarafından bilgilendirilmemi olmasının, hem irelerin a ırlıklı olarak hastaların tedavi, takip ve fiziksel bakımları ile ilgilenmeleri ve hasta gereksinimlerine yönelik planlı bir bilgilendirme yapamamaları ile ili kili oldu u dü ünülmektedir. Hastaların bilgilendirilmesinde hem irelerin sorumlulu u yadsınamaz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Ara tırmaya katılan hastaların %8,82'si 30 ya ve altı, %22,06'sı 31-40 ya arası, %26,47'si 41-50 ya arası, %23,53'ü 51-60 ya arası ve %19,12'si 61 ya ve üzeri ya grubunda yer almaktadır. Katılımcıların %39,71'i kadın ve %60,29'u erkek hastalardan oluşmaktadır. Hastaların eğitim durumları incelendiğinde; %17,65'inin ortaokul mezunu olduğu, %36,76'sının lise ve %29,41'inin lisans/lisansüstü mezunu olduğu görülmektedir. Hastaların %69,12'si sigara içmektedir. Lomber disk herni ameliyatı olmuş hastaların %10,29'u düzenli olarak egzersiz/spor yapmaktadır.

Ara tırma kapsamına alınan hastaların %40'ı kol ve beden gücü ile çalışan, %40'ı düşük güçle masa başı işlerde çalışmaktadır. Hastaların %39,71'i ağır yük kaldırmayı gerektiren, %38,24'ü uzun süreli oturmayı, %73,53'ü uzun süreli ayakta durmayı gerektiren ve %4,41'i uzun süreli seyahat etmeyi gerektiren işlerde çalışmaktadır.

Ara tırma kapsamına alınan kadın hastaların ya ortalaması 48,56, boy uzunlukları ortalaması 164,07 cm ve vücut ağırlıkları ortalaması 69,04 kg'dır. Erkek hastaların ya ortalaması 47,51, boy uzunlukları ortalaması 175,41 cm ve vücut ağırlıkları ortalaması 82,20 kg'dır.

Ara tırma kapsamına alınan hastaların %73,53'ü bele rahatsızlık verecek kaza ya da travmaya maruz kalmıştır. Hastaların %54,51'i bel ağrısı ve sol bacakta uyuşma, %22,06'sı bacakta ağrı ve uyuşma, %17,65'i bel ağrısı ve sağ bacakta ağrı şikayetleri yaşamıştır.

Daha önce lomber disk herni ameliyatı olmuş hastaların evde bakım ile bilgi alıp almama durumları incelendiğinde, hastaların %75,57'si bilgi almıştır. Lomber disk konusunda bilgi alan hastaların %27,27'si ilaç, %81,82'si günlük yaşam aktiviteleri konusunda bilgi almıştır.

Daha önce LDH ameliyatı olmuş hastaların %82,35'i lomber disk herni ameliyatı olmadan önce ameliyat hakkında bilgi almıştır. Ameliyat hakkında bilgi alan hastaların %3,57'si ilaç, %62,50'si günlük yaşam aktivitelerine ilişkin bilgi aldıklarını ifade etmiştir. Bilgi alan hastaların %16,28'i lomber disk herni ameliyatına ilişkin bilgiyi doktordan, %11,63'ü hemşireden, %4,65'i fizyoterapistten, %34,88'i

internet/gazete/dergilerden , %25,58'i arkada yada akrabalarından ve %48,84'ü daha önce aynı ameliyatı olmuş bireylerden edinmiştir.

Ara tırma kapsamına alınan hastaların büyük bir çoğunluğunun (%94,12) lomber disk herni ameliyatından sonra evde bakımla ilgili bilgi aldıkları görülmektedir. Bilgi alan hastaların %50,00'si egzersiz, %81,25'i günlük yaşam aktivitelerine ilişkin bilgi almıştır. Hastaların %67,65'i ameliyat bölgesinin iyileşmesi için dikkat edilmesi gereken konular hakkında bilgi aldıklarını ifade etmiştir. Bilgi alan hastaların %50'si "ameliyat bölgesinin iyileşmesinin 20 gün kadar devam edeceği, konusunda, %6,52'si "diki lerin kendiliğinden emilebilen diki ler oldu u konusunda, %23,91'i "banyo sırasında ameliyat bölgesinin ovuşturulmaması gerektiği i" konusunda, %30,43'ü "ameliyat bölgesinin iyileşmesi için bölgenin gerilmesi ve bükülmesinin önlenmesi gerektiği i" konusunda bilgi aldığını ifade etmiştir. Hastaların %82,61'i bu bilgileri yalnız doktordan , %11,76'sı hem doktor hem de hemşireden almıştır.

Hastaların %69,12'si taburcu olduktan sonra beslenme ile ilgili bilgi almadığını belirtmişlerdir. %23,81'i sıvı alım miktarı, %85,71'i dengeli beslenme konusunda bilgi almıştır. Bilgi alan hastaların %71,43'ü yalnız doktordan, %25,57'si hem doktor hem de hemşireden bilgi aldıklarını ifade etmiştir.

Hastaların %76,47'sinin taburcu olduktan sonra bel sağlığının korunması ve günlük yaşam aktivitelerine ilişkin bilgi aldığı saptanmıştır. Bilgi alan hastaların %90,38'i "Bel sağlığının korunmasına ilişkin günlük yaşam aktivitelerinde dikkat edilmesi gereken konularda" , %86,54'ü " İlk 15 günde hareketler sınırlı olacaktır.", %17,1'i " ikinci 15 günde hareketler artırılabilir i , %80,77'si "Her seferinde 15-20 dakikayı a mayacak şekilde gün içinde oturma periyotları olabilir i", %23,08'i "Üçüncü 15 gün hareket sınırları kalkabilir i % 17,31'i "ayakkabının topu u sırt adalelerini ve bel kemiğini zorlayacak büyüklükte olmaması gerektiği i", %80,77'si "Yerden bir obje alırken eğilme, uzanma, kaldırma hareketleri beden mekaniklerine uygun yapılması" konularında bilgi almıştır. Taburcu olduktan sonra bel sağlığının korunması ve günlük yaşam aktivitelerine ilişkin bilgi alan hastaların %86,54'ü yalnız doktordan , %13,46'sı ise hem doktor hem de hemşireden bilgi aldıklarını ifade etmiştir.

Ara tırma kapsamına alınan hastaların %58,82'si acı duymaları halinde yapılması gerekenlere ilişkin bilgi aldığını ifade etmişlerdir. Bilgi alan hastaların %5'i acının

tanımlanması, %32,50'si istirahat, %2,50'si rahatlama teknikleri hakkında bilgi almı tır. %82,50'si yalnız doktordan, %17,50'si hem doktor hem de hem ireden bilgi almı tır.

Ara tırmaya alınan hastaların %86,76'sı taburcu olduktan sonra kullanılacak ilaçlara ili kin bilgi aldı nı ifade etmi tir. Taburcu olduktan sonra kullanılacak ilaçlar hakkında bilgi alan hastaların %25,42'si ilacın ismi, %91,53'ü ilacın etkisi, %8,47'si ilacın dozu, %3,39'u ilacın yan etkisi hakkında bilgi almı tır. Bilgi alan hastaların %94,92'si taburcu olduktan sonra kullanılacak ilaçlar hakkındaki bilgiyi yalnız doktordan, %5,08'i ise hem doktro hem hem ireden almı tır.

Ara tırmaya alınan hastaların %77,94'ü araba kullandıklarını ve araba kullanımına ili kin bilgi aldıklarını ifade etmi tir. %56,60'ı araba kullanırken koltu un dik pozisyonda ve direksiyona yakın konumda olması gerekti i ve %58,49'u araba kullanırken 2 saatten uzun süreyle kullanılmaması ve dinlenme aralıkları ayarlanması gerekti i konusunda bilgi almı tır. Bilgi alan hastaların %96,79'u araba kullanmalarına ili kin yalnız doktordan, %13,21'i doktor ve hem ireden bilgi almı tır.

Ara tırmaya alınan hastaların tamamı taburcu olduktan sonraki kontrollere ili kin bilgi almı olup, bilgi alan hastaların %20,59 a rı de erlendirmesi ve %100'ü ameliyat yarasının de erlendirilmesi konularında bilgi almı tır. Hastaların %83,82'si taburcu olduktan sonraki kontrollere ili kin bilgiyi yalnız doktordan,, %16,18'i ise hem doktor hem hem ireden aldıklarını ifade etmi tir.

Hastaların %70,59'u kontrol zamanından önce doktora ba vurması gereken durumlar hakkında bilgi almı tır. Bilgi alan hastaların %85,42'si bel, sırt ve baca a vuran a rıda artma , %66,67'si sistemik enfeksiyon belirtileri olması durumunda doktora ba vurmaları gerekti i konusunda bilgilendirilmi tir. Bilgi alan hastaların %87,50'si yalnız doktordan,%12,50'si ise doktor ve hem ireden bilgi aldıklarını ifade etmi tir.

Ara tırma kapsamına alınan lomber disk herni ameliyatı olmu hastaların %75,00'inin taburculuk e itimiyle ilgili yazılı materyal almadıkları görülmektedir. Taburculuk e itimiyle ilgili yazılı materyal almayan hastaların %94,12'si e itim yazılı materyalü almak isterken, %5,88'i yazılı materyal almayı istememektedir.

6.2. Öneriler

1. Hemirelerin hastaların taburculuk amasındaki eğitimlerinin tüm ekip üyelerinin katılımıyla gerçekleştirilmesi, Taburculuk eğitiminin farklı eğitim yöntemleri ve materyallerle planlı olarak yapılması ve hemirelik uygulamalarının bir parçası haline getirilmesi,

2. Ekip üyelerinin birlikteliği içerisinde; LDH ameliyatı sonrası eğitimin planlanması, planlanan eğitimin verilmesi ve yapılacak sözlü açıklamaların yanı sıra hastalara uygulamalı olarak günlük yaşam aktivitelerinde dikkat edilecekler, yatak içi hareketler ve egzersiz konularının yaptırılarak açıklanması ayrıca evde bakım konularına ve çıkabilecek sorunlara yönelik yazılı broşür verilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Akbay, A., Bozkurt, G., Palao lu, S., Disk Hernileri ve Spinal Dar Kanal, ‘Temel Nöro irürji’ (Ed Kemal Benli)’de, Ankara, 2004; 277-291.

Akca NK, Aydın G, Gümü K: Lomber Disk Hernili Hastaların Vücut Mekanikleri Bilgi Düzeyleri ile A rı iddeti Arasındaki İlişki. Gümü hane Üniversitesi Sa lık Bilimleri Dergisi 2013; 2(1): 66-77

Akkor A. Bel Fıtı ının Cerrahi Tedavisi http://www.aybarsakkor.com/bel_fitiginin_cerrahi_tedavisi.htm. Eri şim Tarihi: 2015

Aksoy K: Temel Nöro irürji cilt 2 Türk Nöro irürji Derne i Yayınları Editör, Aksoy K. 2005.

Akyolcu N. Perioperatif Hasta ve Ailesinin E ğitim Gereksinimleri ve Hem irenin Rolü:4.Ulusal ve Ameliyathane Hem ireli i Kongresi’nde: 2003 Ekim 22-26, zmir,Türkiye. zmir, Ege Üniversitesi Basımevi, 2005; 97-107.

Anderson MA, Levsen J, Dusio ME, Bryant PJ, Brown SM, Burr CM, et al. Evidenced-basedfactors in readmission of patientswithheartfailure. Journal of NursingCareQuality 2006; 21(2): 160-67.

Annesi SM, Bautch JC, Brunn JAB, Byers JF, Gab KC, CaseyPE, Ve Ark.Management of PatientsWithCoronaryVascularDisorders. n Smeltzer SC, Bare BG(Eds). Brunner&Suddarth’sTextbook Of MedicalSurgicalNursing. 10th Ed.Philadelphia: Lippincottwilliams&Wilkins; 2006: 751-748.

Arman M. Bel A rısısı Okulu. stanbul: Palme Yayıncılık, 2003: 3-42.

Ay AF, Ertem TÜ, Özcan KN, Güne B, I ık RD, Savran S. Temel Hem irelik Kavramlar, İnkeler, Uygulamalar. stanbul Medikal Yayıncılık Ltd. ti., stanbul. 2007. s:133-400.

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

Aydın ÇF. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastaların Taburculuk Aamasındaki Bilgi Gereksinimleri. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2000.

Aydınlı U. Lomber Disk Cerrahisi Editörler; Yazar T, Altun N. Dejeneratif Omurga Hastalıkları Ankara: Türk Omurga Derneği Yayınları. 2007.

Aydın N. Lomber Disk Hernisi Nedeniyle Cerrahi Girişim Uygulanan Hastaların Taburculuk Aamasındaki Bilgi Gereksinimleri. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara. 2005.

Berker E. Bel Ağrılarında Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri. <http://www.ftrdergisi.com/yazilar.asp?yaziid=323&sayiid=38>. Erişim Tarihi: 2015.

Berman, A., Synder, S., Kozier, B., Erb, G., Techniques in Clinical Nursing, 2002.

Black M.J, Hawks H.J , Knee M. 'Management of Men with Reproductive Disorders' Medical-Surgical Nursing, W.B.Saunders Company. 2001.

Büyükyılmaz F, Endir M. Cerrahi hastalarında barsak boaltımı sorunlarına yönelik hemirelik bakımı. Maltepe Üniversitesi Hemirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2009. 2(1):74-81.

Canabbio, M.M., Laminectomy, Mosby's Handbook of Patient Teaching, 2000; 393-399.

Candan Y, Kaymakçı , Özaker E. Cerrahide Hasta Eğitimi, Ulusal Cerrahi Kongresi Kongre Kitabı, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir. 2002.

Caspar W: A newsurgicalprocedureforlumbar disk herniationcausinglesstissuedamagethrouhgh a microsurgicalupproach. Advances in Neurosurgery 1977; 4: 74-77.

Castro I, Santos DP, ChristophDde H, Landeiro JA. Thehistory of spinalurgeryfordiscdisease: an illustratedtimeline. ArqNeuropsiquiatr. 2005 Sep;63(3A):701-6

Co an TE. Nöro irürjide Temel Konular ve lkeler. Eski ehir. Osmangazi. Üniversitesi Yayınları. 2004.

Co kun H, Akbayrak N. ‘Hastaların Kliniklere Kabul ve Taburculuklarında Hem irelik Yakla ımlarının Belirlenmesi’ C.Ü.Hem irelik Yüksekokulu Dergisi, 2001: 5(2): 89-95

Ça lar Y . Lomber disk cerrahisi komplikasyonları. Özer AF (Editör). Lomber disk hastalı ı. 2nci baskı, Logos Tıp Yayıncılık; 2001. s.218-44.

Çakırcalı E. Hasta Bakımı ve Tedavisinde Temel lke ve Uygulamalar. zmir; 2000. s:197-202.

Çavdar S, Zileli M, Özer F: Omurilik ve omurga cerrahisi, Cilt I, Omurga ve omurilik anatomisi ve embriyolojisi, Saray medikal yayıncılık, 1997; 1-35.

Çetinyalçın . Lomber Disk Hernileri. stanbul: Roche, 2001: 8-168.

Demirda F, Ediz L, Özgür A, Tekeo lu . Kronik Lomber Disk HerniliHastaların Tedavisinde Tens le Elektroakupunktur Tedavisinin Kar ıla tırılması. Van Tıp Dergisi 2011;18 (1):15-19.

Dönmez YC, Dolgun E, Kabata M, Özbayır T: Lomber Disk Hernili Hastalarda Risk Faktörlerinin ncelenmesi. Fırat Üniversitesi Sa lık Bilgileri Tıp Dergisi 2010; 24 (2): 89 – 92.

Duran E. Hasta Bilgilendirme Kitapçısı 1, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Edirne, 2004.

Dündar Ü, Kavuncu V. Lomber Disk Hernisinde Tanı ve Tedavi. Klinik Aktüel Tıp Dergisi. 2006;11(2):45-53.

Edirne S. A rı. stanbul: Nobel Tıp Kitapevi, 2000: 323-347.

Erdil F. Elba NÖ: Sinir Sistemi Cerrahisi (Nöro irurji) ve Hem irelik Bakımı. Cerrahi Hastalıkları Hem ireli i Kitabı. IV. Baskı, Ankara: Aydo du Ofset, 2001: 147-215

Erhan B, Gündüz B, Üstün S, Sava F. Sporcularda Bel A rısı: Sık Kar ıla ılan Sorunlar ve Konservatif Tedavi. Bakırköy Tıp Dergisi. 2009.

Erkal S. ntervertebral Disk Hernileri, Editör; Egemen N, Arslanta A. Nörolojik Bilimler Hem ireli i, Ankara: Arter Yayıncılık 2006: 212-20

Ertem Ü, Ay F: Hasta Kabulü ve Taburculuk, Editör: Ay F. Temel Hem irelik, Kavramlar, lkeler, Uygulamalar, Birinci Baskı, stanbul, Medikal Yayıncılık, 2007: 133-135.

Eseo lu M: Lomber Disk Herniasyonunda Ba arısız Bel Cerrahisi; Epidural ve Nüks Olgularının Reoperasyondaki Ba arı Skorlamasının Retrospektif ncelenmesi. Uzmanlık Tezi, stanbul. 2008.

Eygi E: Non-Opere Tek Mesafe Lomber Disk Hernilerinde Uygulanan TransforaminalEpiduralSteroid Enjeksiyonun Etkinli inin De erlendirilmesi, Yayınlanmı Uzmanlık Tezi, Uluda Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Bursa, 2013.

Fadilo lu Ç. Kanserli Hastanın ve Ailesinin E itimi, (Ed: Uyar M, Uslu R, Kuzeyli Y). Kanser ve Palyatif Bakım, zmir, Meta Basım; 2006, 323-344.

Fagermoen MS, Hamilton G. Patient information at discharge-A study of combined approach. *Patient Education and Counselling* 2006; 63: 169-176.

Gümü ve ark. Lomber Disk Hernili Hastaların Vücut Mekanikleri Bilgi Düzeyleri ile A rı İddeti Arasındaki İlişki Gümü hane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümü hane University Journal of Health Sciences: 2013;2(1)

Güne P. Açık kalp Ameliyatı Olan Hastaları Taburculuk Öncesi Bilgilendirmenin Anksiyete Düzeyine Etkisi. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hem İrelilik Programı. 2001.

Gürsoy AA. Ameliyat öncesi hastaların kaygı düzeyleri ve kaygıya neden olabilecek etmenlerin belirlenmesi. *Hem İrelilik Araştırma Dergisi*. 2001. (1): 23-29.

Hardy Jr. RW, Ball PA. Treatment of disk disease of the lumbar spine. In: Winn HR, Dacey RG. *Youmans neurological surgery vol. IV*, 5th ed. New York: Saunders; 2004.s.4507

Henderson A, Zernike W. A study of the impact of discharge information for surgical patients. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 35 (3): 435-41.

Jeong HS, Lee JW, Kim SH, Myung JS, Kim JH, Kang HS. Effectiveness of transforaminal epidural steroid injection by using a preganglionic approach; a prospective randomized controlled study. *Radiology*. 2007.

Kanan Cerrahi Hastasında Erken Taburculuk, Ulusal Cerrahi Kongresi Kongre Kitabı, Ege Üniversitesi Basımevi, zmir. 2002.

Karabekir HS. Yayıncı lu S. Lomber disk hernileri ve tedavisi Türk Omurga Cerrahi Dergisi. 2007

Kaya H, Acarolu R. Omurilik Yaralanması Olan Hastalarda Hemirelik Bakımı ve Eritimin Baımlılık Baımsızlık ve Öz Bakım Gücü Üzerine Etkisi. Türk Nöroirürji Dergisi. 2005.

Kawalski MT, RosdahlCB : ntervertebral Disk Disease, Textbook of Basic Nursing, Eight Edition, 2003; 1181-1182.

Kirazlı Y. Lomber disk hastalılında fizik tedavi ve rehabilitasyon. Editörler; Zileli M, Özer AF. Omurilik ve omurga cerrahisi cilt1. 2nci baskı, zmir: Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri; 2002. s.661-74.

Koelling TM, Johnson ML, Cody RJ, Aaronson KD. Dischargeeducationimprovesclinicaloutcomes in patientswithchronicheartfailure. Circulation 2005; 111: 179-185.

Kozier B, Erb E, Berman AJ, Burke K: PainPanagement, Fundamentals of Nursing, Concept, ProcessandPractice, Sixth Edition,2000: 709-714.

Köçkar Ç. Uzun Ö: Lomber Disk Herni Ameliyatı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi HYO Derg 2007; 10 (4): 30-41

Lee TL, Bokovay J. Understandingdischargeinstructionsaftervascularsurgery: An observationalstudy. J VascNurs 2005; 23:25-29.

Mixter WJ, andBarr JS: Rupture of theintervertebraldiscwith involvement of thespinalcanal. N. Engl. J. Med. 1934; 211: 210.

Murat S. Lomber Traksiyonun SubakutLomber Disk Hernili Hastalarda Klinik ve Fonksiyonel Durum Üzerine Etkisi. Trakya Üniversitesi. Tıp Fakültesi.Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Edirne. 2007.

Oğul E. Klinik Nöroloji.Bursa: Nobel&Güneş Tıp Kitapevleri, 2002: 431-437.

Ökteno lu T, Özer AF. Lomber Disk Herniasyonu. Editör; Yazar T, Altun N. Dejeneratif Omurga Hastalıkları. Ankara: Türk Omurga Derne i Yayınları, 2007: 401-428

Özbayır T: Nörolojik Travmalar. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Ed: Karadakovan A, Aslan FE, Adana: Nobel Kitabevi, 2010: 1245-127.

Özcan H: Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Hem ireler Tarafından Verilen Taburculuk E itiminin Hastalar Tarafından Kullanılma Oranları. Yayınlanmı Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sa lık Bilimleri Enstitüsü, Edirne. 2008.

Özer A.F. Lomber Disk Hastalılı ı. stanbul: Logos Tıp Kitabevi, 2001:9-218.

Özgen S, Konya D, Pamir N.M: Complications of LumbarDiscSurgery, Proceeding of the NASS 18th Annualmeeting, TheSpineJournal 2003; 1554-1555.

Saban KL, Penckofer SM: PatientExpectations of Quality of Life FollowingLumbarSpinalSurgery. J NeurosciNurs 2007; 39 (3): 180-9.

Sabuncu N, Ay FA. Klinik Beceriler: Sa lı ın De erlendirilmesi, Hasta Bakım ve Takibi. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. ti, stanbul. 2009.

Suhonen R, Leino-Kilpi H. AdultSurgicalPatientsandthe nformationProvidedtoThembyNurses: A literatureReview. *PatientEducationandCounseling*. 2006: 61: 5-15.

enyuva E, Ta ocak, G. Hem irelerin hasta e itimi etkinlikleri ve hasta e itim süreci.

stanbul Üniversitesi FloranceNightingale Hem irelik Dergisi, 2007; 7(15):100-105.

Taylor CR, LeMone P, Lillis C, Lynn P. Fundamentals of Nursing. ed, LippincottCompany, Philedelphia. 2008. s:179-184.

Tokta ZO. ntervertebral Diskin Yapısal Proteinlerdeki Tek Nükleotid PolimorfizmlerininLomber Disk Hernisi ve Dejenerasyonuna Etkisinin Ara tırılması.

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöro irürji Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, stanbul. 2009.

Toplamao lu H. Spinaldejeneratif hastalıklar. Aksoy K, Palao lu S, Pamir N, Tuncer R (Editörler). Temel Nöro irürji cilt II. Ankara: Bulu Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri; 2005. s.1056-62.

Tuna N :Bel A rısı. stanbul:Nobel Tıp Kitapevi, 2000:7-22.

Türkiye Nüfus ve Sa lık Ara tırması (2008)

Uzun Ö, Koçak A, Önal SÇ, Ak E, Durak MA. Lomber Disk Cerrahisi Geçiren Hastaların Ya am Kalitesi ve Öz Bakım Gücünün De erlendirilmesi. 5. Nöro irürji Hem ireli i Kongresi. Türk Nöro irürji Dergisi.2009.

Van Zundert J, Van Kleef M. Lowbackpainfromalgorithmtocost- effectivenessPainPract 2005.

Yaman Y: Kalp Kapa ı Replasmanı Yapılan Hastalara Verilen Taburculuk E itiminin De erlendirilmesi. Yayınlanmı Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sa lık Bilimleri Enstitüsü, Ankara. 2008.

Ya argil MG: Microsurgicaloperation of theherniatedlumbardisc. AdvNeurosurg 1977; 4: 81-87.

Yeter K, Savcı A, Sayiner FD. Meme Kanserinde Rekonstrüktif Cerrahinin ve Hasta E itiminin Ya am Kalitesine Etkisi Meme Sa lı ı Dergisi 2009; 5 (2) 66-67.

Yıldırım M: Cerrahi Kliniklerinde Çalı an Hem irelerin Taburculuk Sürecindeki Rollerini ve Bunu Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Sa lık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmı Yüksek Lisans Tezi, Ankara. 2007.

Yılmaz G. Engin E. İlekel S: Cerrahi Endikasyonlu Hernie Nukleosus Pulposus Olgularında Operasyona İlişkin Beklenti, Somatizasyon Belirtileri ve Fonksiyonel Olmayan Tutumları. Ege Üniversitesi HYO Derg. 2006; 22 (1) 163-74.

Yüksel D. Yavuz M. 'Hemirelerin Taburculuk Edimi ile İlgili Girişimleri', Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemireli İ Kongresi Kongre Kitabı, Ege Üniversitesi Basımevi İzmir. 2007.

Zileli M, Gülmen V: Lomber Disk Hernisinde Yakınma ve Bulgular. Ed: Zileli M, Özer AF. Omurilik ve Omurga Cerrahisi, İzmir: Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri; 2002: 1 (2): 635-691.

EK-1

Sa ğlık Bakanlı ğı izin Formu

EK-2

Yakın Do u Üniversitesi izin Formu

EK-3

Etik Kurul izin Formu

EK-4**AYDINLATILMI (B LG LEND R LM) ONAM FORMU****Ara tırmanın açıklaması:**

Bu çalı ma Yakın Do u Üniversitesi Hastanesi ve Lefko a Doktor Burhan Nalbanto lu Devlet Hastanesi'nin Nöro irürji servisinde Lomber disk hernisi nedeniyle cerrahi giri im uygulanan hastaların taburculuk a amasındaki bilgi gereksinimlerinin saptanması amacıyla yapılacaktır.

Ara tırma,Lomber disk hernisi nedeniyle cerrahi giri im uygulanan hastaların taburculuk a amasındaki bilgi gereksinimlerini belirlemek, verilen e itimin niteli ini ölçmek ve gelecekteki e itimlerin planlanması, geli tirilmesi ve yürütülmesi bakımından son derece önemlidir.

Ara tırmadan elde edilen veriler kimli iniz belirtilmeden sa lık alanındaki ö rencilerin e itiminde, taburculuk e itiminin planlanmasında bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Bu amaçların dı nda bu veriler, kullanılmayacak ve ba kalarına verilmeyecektir. Bu çalı maya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve size ek bir ödeme yapılmayacaktır.

Soru formunda sizinle ilgili kısa tanıtıcı bilgiler, hastalı a ve taburculu a ili kin sorular bulunmaktadır. Ara tırma Yakın Do u Üniversitesi Sa lık Bilimleri Fakültesi Hem irelik Bölümü Ö retim Üyesi Doç. Dr. Ümran Dal tarafından koordine edilmektedir.

Ara tırmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır.

Bu anketin güvenilirli inin, tarafsızlı mın ve amacına ula masının sa lanması için soruların dikkatli ve do ru cevaplandırılmasını rica ederim.

Katılımınız için te ekkür ederim.

Hülya YILDIZ
YDÜ SBF Hem. Bl. Yük. Lis. Ö rencisi
Lefko a/KKTC
Tel: 0533 873 41 89

Katılımcının Beyanı:

Sayın yüksek lisans öğrencisi Hülya Yıldız tarafından, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemirelik Bölümü Cerrahi Hastalıkları Hemireliği Alanında bir ara tırma yapılacağı belirtilerek bu ara tırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Ara tırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı:

Adı, Soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:

Görüşme Tanıtıcı: Katılımcı ile görüşen ara tırma:

Adı, Soyadı:
Adres:
Bölümü
Tel:
İmza:

Adı, Soyadı: Hülya Yıldız
Adres: YDÜ-Hemirelik
Tel: 03922236464
İmza:

De erli katılımcı;

Bu çalı ma, LDH nedeniyle cerrahi giri im uygulanan hastalara etkin bir hem irelik bakımı ve taburculuk e itimi planlanabilmesi için hastaların taburculuk a amasındaki bilgi gereksinimlerinin saptanması amacıyla yapılması planlanmı tır. Bu de erlendirmelerin yapılabilmesi için anketteki sorulara verilecek cevaplar önemlidir. Toplanan veriler ara tırma dı nda kullanılmayacaktır.

Hülya YILDIZ

I. TANITICI B LG LER

1. Ya :

2. Cinsiyeti: a) Kadın b) Erkek

3. Boy:

4. Kilo:

5. E itim Durumu:

- a) Okur yazar de il b) Okur-yazar c) İkokul
d) Ortaokul e) Lise f) Üniversite

6. Mesle iniz:6.1. Yaptı nız :.....

7. Mesle iniz; a a ıdaki maddelerden hangisi ya da hangilerini gerektirir?

- a) A ır yük kaldırmayı gerektirir. b) Uzun süreli oturmayı gerektirir.
c) Uzun süreli ayakta durmayı gerektirir. d) Uzun süreli seyahat etmeyi gerektirir.
e) Titre ime maruz kalmayı gerektirir. f) Hiçbiri

8. Sigara çme Durumu:

- a) çiyorum b) çmiyorum c) Bıraktım

8.1. Sigara içiyor ise; Sigara içilen süre: Günde kaç tane:

8.2. Sigarayı bırakmı ise; Sigara içilen süre:Ne kadar süre önce bırakıldı ı:.....

9. Günlük aktiviteniz dı nda egzersiz, spor yapıyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

Cevabınız evet ise;

9.1. Yapılan spor:.....

9.2. Ne kadar zamandır:.....

9.3. Ne sıklıkla:.....

10. Belinize zarar verecek herhangi bir kaza ya da travmaya maruz kaldınız mı?

- a) Evet b) Hayır

10.1. Cevabınız evet ise; a a ıdaki durumlardan hangisi ya da hangileri ile kar ıla tınız?

- a) Trafik kazası b) Kayma, dü me c) A ır kaldırma
d) Belinizi zorlayacak ekilde e ilme e) Di er:.....

II. HASTALI A VE TABURCULU A L K N SORULAR

11. Bel fiti ı te hisi ne zaman konuldu?.....

12. Hangi ikayetlerle ba vurdunuz?.....

13. Bel fiti ı nedeniyle daha önce herhangi bir tedavi uygulandı mı?

- a) Evet b) Hayır

14. Bel fiti ı nedeniyle daha önce ameliyat oldunuz mu?

- a) Evet b) Hayır

14.1. Cevabınız evet ise; daha önce yapılan ameliyata ili kin evde bakımınızla ilgili bilgi verilmi miydi?

- a) Evet b) Hayır

14.2 Cevabınız evet ise; daha önce yapılan ameliyata ili kin evde bakımınızla ilgili hangi konu ya da konularda bilgi verilmi ti?

- a) laç b) Egzersiz c) Günlük Ya am Aktiviteler
d) Kontrol e) Komplikasyonların önlenmesi f) Di er:.....

15. Bu ameliyattan önce ameliyata ili kin bilginiz var mıydı?

- a)Evet b) Hayır

15.1 Cevabınız evet ise; bu ameliyattan önce ameliyata ili kin hangi konu ya da konularda bilginiz vardı?

- a) laç b) Egzersiz c) Günlük Ya am Aktiviteleri
d) Kontrol e) Komplikasyonların önlenmesi f) Di er:.....

15.2 Cevabınız evet ise; Bu ameliyattan önce ameliyata ili kin sahip oldu unuz bilgilerin kayna ı kimdir?

- a) Doktor b) Hem ire c) Fizyoterapist
d) İnternet, dergi, gazete, tv e) Arkada / akraba f) Aynı ameliyatı olmu bireyler
g) Di er:.....

16. Bu ameliyatınıza ili kin evde bakımınızla ilgili bilgi verildi mi?

- a) Evet b) Hayır

16.1. Cevabınız evet ise; bu ameliyatınıza ili kin evde bakımınızla ilgi hangi konu ya da konularda bilgi verildi?

1. laç kullanımı	()
2. Aktivite	()
3. Egzersiz	()
4. Kontrol	()
5. Komplikasyonların önlenmesi	()
6. Di er	

17. Ameliyat bölgenizin iyile mesi için dikkat edilmesi gereken konularla ilgili bilgi verildi mi?

- a) Evet b) Hayır

17.1. Cevabınız evet ise; ameliyat bölgenizin iyile mesi için dikkat edilmesi gereken hangi konu ya da konularda bilgi verildi?

1. Ameliyat bölgesinin iyile mesinin 20 gün kadar devam edeceği, ilk beş gün bölgenin kızamık ve şişmesi olmasının normal olduğu, sonra renginin açılması ve gümüş rengi olması gerektiği	()
2. Diki lerin kendiliğinden emilebilen diki ler olduğu ve alınmasının gerekmediği	()
3. Banyo sırasında ameliyat bölgesinin ovuşturulmaması gerektiği	()
4. Ameliyat bölgesinin iyile mesi için bölgenin gerilmesi ve bükülmesinin önlenmesi gerektiği	()
5. Ameliyat bölgesinin enfeksiyonlardan korunması için temiz tutulması gerektiği	()
6. Ameliyat bölgesinin ısı artışı, kızarıklık, şişme, akıntı yönünden izlenmesi ve bu belirtilerin azalmakta iken yeniden ortaya çıkması halinde doktora başvurulması gerektiği	()

17.2. Cevabınız evet ise Ameliyat bölgenizin iyile mesi için dikkat edilmesi gereken konularla ilgili bilgi kim tarafından verildi?

- a) Doktor b) Hemşire c) Fizyoterapist d) Diğer.....

18. Taburcu olduktan sonra beslenmenizde dikkat etmeniz gerekenlerle ilgili bilgi verildi mi?

- a) Evet b) Hayır

18.1. Cevabınız evet ise; hangi konu ya da konularda verildi?

1. Beden ağırlığının normal sınırlarda tutulması	()
2. Sıvı alım miktarı	()
3. Dengeli beslenme	()
4. Bağırsak alışkanlıklarının normal düzeninde	()
5. Diğer	

18.2. Cevabınız evet ise; taburcu olduktan sonra beslenmenizde dikkat etmeniz gerekenlerle ilgili bilgi kim tarafından verildi?

- a) Doktor b) Hemşire c) Diyetisyen d) Diğer.....

19. Bel sağlığınızın korunmasına ilişkin günlük yaşam aktiviteleri ve vücut mekaniklerinde dikkat edilmesi gereken konularda bilgi verildi mi?

- a) Evet b) Hayır

19.1. Cevabınız evet ise; günlük yaşam aktiviteleri ve vücut mekaniklerinde dikkat edilmesi gereken hangi konu ya da konularda bilgi verildi?

1. İlk 15 günde hareketler sınırlı olacaktır. Gün içinde yalnızca zorunlu ihtiyaçlar için yataktan kalkılabilir.	()
2. Yatak içinde ayakları karına çekme, kaldırma, uzatma, yatak içi her iki yana dönme hareketleri yapılabilir.	()
3. İkinci 15 günde hareketler arttırılabilir, yatakta daha kısa süre kalınabilir. Hasta kendini iyi hissettiği sürece yürüyebilir.	()
4. Her seferinde 15 - 20 dakikayı aşmayacak şekilde gün içinde oturma periyotları olabilir.	()
5. Üçüncü 15 günde hareket sınırlılıkları kalkmaktadır. Ev dışında da gezilebilir, 1 kat merdiven inilebilir, 1 saat süreyle oturulabilir ve 1 saat süreyle yolculuk yapılabilir.	()
6. Ayakkabının topuğu sırt adalelerini ve bel kemiğini zorlayacak yükseklikte olmamalıdır.	()
7. Otururken belin dikliğini koruyan bir koltuk tercih edilmelidir,	()
8. Bacak bacak üzerine atılmamalı, uzun süreli oturulmamalıdır. Uzun süre ayakta kalınmamalı, mutlaka dinlenme süreleri ayarlanmalıdır.	()
9. Yatak içi hareketlerde bel bütünlüğünü sağlamak için dönme, yataktan kalkma, yatağa yatma konularında dikkatli olunmalıdır.	()
10. Yerden bir obje kaldırırken eğilme, uzanma, kaldırma, hareketlerini beden mekaniklerine uygun yapılmalıdır	()
11. Objeyi taşıırken ağırlığın 5 kg'ı geçmemesi ve her iki kola eşit yük olacak şekilde paylaşılması sağlanmalıdır	()

19.2. Cevabınız evet ise; Bel sağlığınızın korunmasına ilişkin günlük yaşam aktiviteleri ve vücut mekaniklerinde dikkat edilmesi gereken konulara ilişkin bilgi kim tarafından verildi?

- a) Doktor b) Hemşire c) Fizyoterapist d) Diğer.....

20. Akrabalarınız olduğunda ne yapmanız gerektiği konusunda bilgi verildi mi?

- a) Evet b) Hayır

20.1 Cevabınız evet ise; akrabalarınız olduğunda yapılması gerekenlerle ilgili olarak hangi konu ya da konularda bilgi verildi?

1. Akrabaların tanımlanması	()
2. Dinlenme	()
3. Rahatlama teknikleri	()
4. İlaç kullanımı	()
5. Diğer	()

20.2. Cevabınız evet ise; Akrabalarınız olduğunda yapılması gerekenlerle ilgili bilgi kim tarafından verildi?

- a) Doktor b) Hemşire c) Fizyoterapist d) Diğer.....

21. Taburculuk sonrası hangi ilaçları kullanacağımız konusunda bilgi verildi mi?

- a) Evet b) Hayır

21.1. Cevabınız evet ise; ilaçların kullanımı ile ilgili olarak hangi konu ya da konularda bilgi verildi?

1. İlacın ismi	()
2. İlacın etkisi	()
3. İlacın dozu	()
4. Ağrıların hangi sıklıkta kullanılacağı	()
5. Ağrıların yan etkisi	()
6. Ağrıların ne kadar süreyle kullanılacağı	()

21.2. Cevabınız evet ise; ilaçların kullanımı ile ilgili olarak bilgi kim tarafından verildi?

- a) Doktor b) Hemire c) Diğer.....

22. Araba kullanıyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

22.1 Cevabınız evet ise; Araba kullanırken dikkat edilmesi gereken hangi konu ya da konularda bilgi verildi ?

1. Araba kullanmaya 6 hafta sonra başlanabileceği	()
2. Araba kullanırken koltuğun dik pozisyonda ve direksiyona yakın konumda olması	()
3. Araba kullanırken 2 saatten uzun süreyle kullanılmaması ve dinlenme aralıkları	()

22.2 Cevabınız evet ise; Araba kullanırken dikkat edilmesi gereken konularla ilgili bilgi kim tarafından verildi?

- a) Doktor b) Hemire c) Fizyoterapist d) Diğer.....

23. Kontrol gelmeniz gerektiği konusunda bilgi verildi mi?

- a) Evet b) Hayır

23.1. Cevabınız evet ise; kim tarafından bilgi verildi?

- a) Doktor b) Hemire c) Fizyoterapist d) Diğer.....

24. Cevabınız evet ise; kontrollerde yapılacak devalendirmelerle ilgili hangi konu ya da konularda bilgi verildi?

1. Beden ağırlığının devalendirilmesi	()
2. Egzersizlere uyumun devalendirilmesi	()
3. Nörovasküler devalendirilme	()
4. Ağrı devalendirilmesi	()
5. Ameliyat yarasının devalendirilmesi	()
6. Günlük yaşam aktivitelerine uyumun devalendirilmesi	()

25. Kontrol zamanından önce doktora başvurmanız gereken durumlarla ilgili bilgi verildi mi?

- a) Evet b) Hayır

25.1. Cevabınız evet ise; hangi konu ya da konularda bilgi verildi?

Bel, sırt ve bacakta vuran ağrı artma	()
---------------------------------------	-----

Bacaklarda uyu kluk, kuvvet kaybı durumu	()
drar tutamama	()
Gaita tutamama	()
Vücut ısısında artma, halsizlik, i tahsızlık gibi sistemik enfeksiyon belirtileri	()

25.2. Cevabınız evet ise; kontrol zamanından önce doktora ba vurmanız gereken durumlarla ilgili bilgi kim tarafından verildi?

- a) Doktor b) Hem ire c) Fizyoterapist d) Di er.....

26. Taburculuk e itimiyle ilgili size bro ür verildi mi?

- a) Evet b) Hayır

26.1. Cevabınız hayır ise verilmesini istermiy diniz?

- a) Evet b) Hayır

27. Bu bro ürde hangi bilgilerin yer almasını isterdiniz?

.....

EK-6: ÖZGEÇM

Hülya YILDIZ 1989 yılında Diyarbakır'da doğdu. İlk öğrenimini Dipkarpaz İlkokulu'nda, Orta ve Lise öğrenimini Erenköy Lisesi'nde tamamladı. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemirelik Bölümü'nden 2010 yılında mezun oldu. 2010-2014 yılları arasında Yakın Doğu Üniversite Hastanesi Genel ve Beyin Cerrahi Servisi'nde hemire olarak çalıştı. 2013 yılında Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemirelikte Yüksek Lisans Programı eğitimine hak kazandı. 2014 yılında Girne Akçiçek Devlet Hastanesi'nde göreve başladı.