T.C
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

LOMBER DİSK HERNİSİ NEDENİYLE CERRAHİ GİRİŞİM UYGULANAN HASTALARIN TABURCULUK AŞAMASINDAKİ BİLGİ GEREKSİNİMLERİ

Nilay AYDOĞAN

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA
2005

T.C

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

LOMBER DİSK HERNİSİ NEDENİYLE CERRAHİ GİRİŞİM UYGULANAN HASTALARIN TABURCULUK AŞAMASINDAKİ BİLGİ GEREKSİNİMLERİ

Nilay AYDOĞAN

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Fethiye ERDİL

ANKARA
2005

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı'nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Prof. Dr. Nurhan BAYRAKTAR
Hacettepe Üniversitesi

Danışman : Prof. Dr. Fethiye ERDİL
Hacettepe Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. Sevilay ŞENOL ÇELİK
Hacettepe Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. Leyla DİNÇ
Hacettepe Üniversitesi

Üye : Yrd. Doç. Dr. Hülya BULUT
Gazi Üniversitesi

ONAY:

Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Hakan S. Orer
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleşmesinde; katkılarından dolayı aşağıda adı geçen kişi ve kuruluşlara içtenlikle teşekkür ederim.

Sayın Prof. Dr. Fethiye Erdil çalışmamın planlanmasında, yürütülmesinde ve her konuda büyük destek sağlamıştır.

Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi, Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sosyal Sigortalar Kurumu Dışkapı Hastanesi yetkilileri, çalışmamın yürütülmesi için gerekli izinleri vermiş, beyin cerrahi klinikleri sorumlu hemşireleri çalışmam sırasında uygun ortam ve işbirliği sağlamışlardır.

ÖZET

Aydoğan, N., Lomber Disk Hernisi Nedeniyle Cerrahi Girişim Uygulanan Hastaların Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimleri, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2005.

Araştırma Lomber Disk Hernisi nedeniyle cerrahi girişim uygulanan hastaların taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerinin saptanması amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırma, 16.6.2004 tarihinden itibaren toplam 9 ay Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi, Numune Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Sosyal Sigortalar Kurumu Dışkapı Hastanesi Beyin Cerrahisi Klinikleri'nde LDH nedeniyle ameliyat olan 100 hasta üzerinde uygulanmıştır. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan soru kağıdı kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından hastalarla görüşülerek toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik hesapları ve ki kare önemlilik testleri kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre; hastaların taburculuk aşamasında evde bakımlarına yönelik yeterli bilgi almadığı ve evde bakımlarına ilişkin bir çok konuda bilgi gereksinimlerinin bulunduğu ayrıca hemşirelerin taburculuk eğitiminde çok az yer aldığı görülmüştür. Hemşirelerin taburculuk eğitimindeki rollerini etkin bir şekilde yerine getirebilmeleri için önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: LDH ameliyatı, ameliyat sonrası dönemde hemşirelik bakımı, taburculuk eğitimi, bilgi gereksinimi

ABSTRACT

Aydoğan, N., Patients' Needs for Information At The Stage of Discharge After Being Exposed to A Surgical Operation Due to Lomber Disc Hernia, Hacettepe University Institute of Health Sciences, Nursing Program in Surgical Diseases, Master of Science Thesis, Ankara, 2005. A descriptive and cross-sectional research was carried out in order to determine patients' needs for information at the stage of discharge after being exposed to a surgical operation due to Lomber Disc Hernia. The study was applied to 100 patients having a surgical operation due to LDH in Hacettepe University Adult Hospital, Numune Research and Application Hospital and Social Security Institution Dışkapı Hospital Brain Surgery Clinics for 9 months since 16.06.2004. As a data collection instrument, a question paper was used which was prepared by the researcher herself. The data were collected by the researcher through the interviews with patients, and evaluated by the use of Percentage calculations, Chi-square Significance Tests. According to the results obtained from the research, it was found that patients at the stage of discharge were not given sufficient information about home care, therefore, were in the need of information about several issues related to their home care and that nurses rarely involved in discharge training. Suggestions were made about how nurses could fulfill their roles in discharge training effectively.

Keywords: LDH operation, post operative nursing care, discharge training, need for information

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ONAY SAYFASI ..... **iii**

TEŞEKKÜR ..... **iv**

ÖZET ..... **v**

ABSTRACT ..... **vi**

İÇİNDEKİLER ..... **vii**

SİMGELER ve KISALTMALAR ..... **ix**

ÇİZELGELER DİZİNİ ..... **x**

1. GİRİŞ **1**

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi 1

1.2. Araştırmanın Amacı 6

2. KONU İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER **7**

2.1. Lomber Disk Hernisi ve Belirtileri 7

2. 2. Lomber Disk Hernilerinde Tedavi 7

2. 2. 1. Konservatif Tedavi 7

2. 2. 2. Kemonukleolizis 8

2. 2. 3. Cerrahi Tedavi 8

2.3. Hastaların Lomber Disk Hernisi Nedeniyle Uygulanan Cerrahi Girişim Öncesi ve Sonrası Bakımlarına İlişkin Genel Bilgiler 8

2. 3. 1. Hastaların Ameliyat Öncesi Dönemdeki Bakımları 8

2. 3. 1. 1. Hastanın Kliniğe Yatırılmasından Ameliyat Öncesi Geceye Kadar Olan Dönemdeki Hazırlığı ve Bakımı 9

2. 3. 1. 2. Ameliyattan Önceki Gece Hazırlığı ve Bakımı 9

2. 3. 1. 3. Hastanın Ameliyat Günü Hazırlığı ve Bakımı 9

2. 3. 2. Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemdeki Bakımları 10

2. 3. 2. 1. Lomber Disk Cerrahisi Sonrası Gelişebilecek Komplikasyonlar 10

2. 3. 2. 2. Hastanın Ameliyat Sonrası Taburculuk Planlaması 11

3. BİREYLER VE YÖNTEM 17

3.1. Araştırmanın Şekli 17

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 17

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 19

3.4. Verilerin Toplanması 19

3.4.1. Veri Toplama Aracının Hazırlanması 19

3.4.2. Veri Toplama Aracının Ön Uygulaması 19

3.4.3. Veri Toplama Aracının Uygulanması 20

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi 20

4. BULGULAR 21

5. TARTIŞMA 36

5. 1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Tartışma 36

5. 2. Hastaların Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimlerine İlişkin Tartışma 39

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 43

6.1. SONUÇLAR 43

6.2. ÖNERİLER 47

KAYNAKLAR 48

ÖZGEÇMİŞ 57

EKLER

EK 1. Soru Kağıdı

EK 2. Ek Çizelgeler

EK 3. Kurumların İzin Yazıları

SİMGELER ve KISALTMALAR

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

LDH : Lomber Disk Hernisi

BKI : Beden Kitle İndeksi

ÇİZELGELER DİZİNİ

Sayfa

Çizelge 4. 1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı 21

Çizelge 4.2. Hastaların LDH'ne İlişkin Tanı Alma Zamanı, Yakınmaları ve Aldıkları Tedavilerin Dağılımı 24

Çizelge 4.3. Hastaların Daha Önce LDH Nedeniyle Ameliyat Olma Durumları, Daha Önce Yapılan LDH Ameliyatının Seviyesi ve Ameliyatın Yapıldığı Zamanın Dağılımı 25

Çizelge 4.4. Hastaların LDH Dışındaki Sağlık Sorunları, Sağlık Sorunu Süresi ve Sağlık Sorununa Yönelik Uygulanan Tedavinin Dağılımı 26

Çizelge 4.5. Hastaların LDH Dışında Ameliyat Olma Durumları, Yapılan Ameliyatın Türü ve Zamanı, Evde Bakıma İlişkin Bilgi Alma Durumları, Bilgi Alınan Konular, Bilgi Alınan Sağlık Personelinin Dağılımı 27

Çizelge 4.6. Hastaların Daha Önce LDH Ameliyatına Yönelik Bilgi Alma Durumları, Bilgi Alınan Konular ve Bilgi Kaynaklarının Dağılımı 28

Çizelge 4.7. Hastaların Evde Bakımlarına İlişkin Bilgi Aldıkları Konular ve Bilgi Aldıkları Sağlık Personelinin Dağılımı 29

Çizelge 4.8. Hastaların Evde Bakım Konusunda Bilgi Alma Durumlarının Dağılımı 31

Çizelge 4.9. Hastaların Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimlerinin Dağılımı…….. 35

I.GİRİŞ

1. 1. Problemin Tanımı ve Önemi

İnsanlık tarihi boyunca sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için çalışmalar yapılmış ve bu çalışmalar zamanla geliştirilmiştir. Özellikle son yüzyılda bilim ve teknolojideki gelişmelere paralel olarak bu alanda çok ilerlemeler kaydedilmiştir. Ülkemizde de özellikle cumhuriyetin ilk yıllarından bu yana bireylerin sağlıklarının geliştirilmesi ve korunması, hastalıkların tekrarının önlenmesine yönelik çalışmalar sürmüştür (1). Bu durum teknoloji , tıp, sağlık bakımı ve sağlık felsefesi gibi alanlarda farklı hizmet anlayışını gerekli kılmıştır (2). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 'Herkese Sağlık' hedefleri doğrultusunda sağlık gereksinimlerinin karşılanmasında temel sağlık hizmetleri görüşü benimsenmiş ve bu doğrultuda sağlık çalışanlarının rol tanımları yeniden yapılmıştır (3). DSÖ 'Herkese Sağlık' hedefine ulaşmada maliyet etkili hizmet sunumunda en önemli güç olarak hemşireyi tanımlamıştır. Hemşire sahip olduğu bu gücü, hizmetlerini birey, aile ya da toplumun gereksinimleri doğrultusunda planlayarak, bakımı sürekli kılarak ve bireyin kendi bakımına katılabilmesine olanak sağlayarak kullanmalıdır.

Toplumun gereksinimleri nüfus hızındaki hızlı artışın beraberinde getirdiği sorunlarla artmaktadır. Günümüzde dünyadaki toplam nüfusun yarısından fazlası çalışabilir yaşlarda, yani 20 - 64 yaşlar arasındadır (3). Çalışabilir yaşlardaki yetişkin nüfusun sağlığı, çalışanların bakmakla yükümlü olduğu nüfusun artmakta olduğu düşünüldüğünde daha büyük önem kazanmaktadır. Günümüzde çalışan erişkinleri etkileyen pek çok sağlık sorunu vardır. Bunlar içerisinde en önemlilerinden biri, yarattığı işgücü kaybı ve ekonomiye getirdiği zararlar göz önünde bulundurulduğunda bel ağrılarıdır. Bel ağrısının üretken yaş kabul edilen 30 - 50 yaş arasında görülme oranı yüksektir (4, 5, 6, 7). Bu durum kişilerin aktivitelerini kısıtlayarak iş gücü kaybına neden olmaktadır. Solunum yolu enfeksiyonlarından sonra en çok işgücü kaybına yol açan 2. hastalık olarak belirtilen bel ağrıları, sanayileşmiş toplumlarda sık görülmektedir (7, 8). Örneğin ABD'de bireylerin % 85' inin yaşamlarının bir döneminde karşı karşıya kaldıkları bir sağlık sorunu olarak belirtilmektedir (9, 10). ABD'de bel ağrısı doktora başvurma nedenleri arasında 2., cerrahi uygulamalar içinde 3., hastaneye yatış nedenleri içinde 5. sırada yer almaktadır, yalnızca bel

ağrısına bağlı harcamaların yıllık yaklaşık 80 milyon dolar olduğu tahmin edilmektedir. ABD'de bel ağrıları anjina pektoris , hipertansiyon ve diabetes mellitus'dan sonra sağlık harcamaları açısından 4. sırada yer almakta ve her yıl çalışan kişi başına 90.24 dolar harcama yapılmaktadır. Ayrıca bel ağrısına bağlı yıllık üretim kaybı 28 milyon dolar olarak bildirilmiştir ve yıllık 149 milyon işgünü kaybı olduğu tahmin edilmektedir (9).

Ülkemizdeki çalışan nüfusun 26 milyon olduğu düşünüldüğünde ülkemizde de bireylerin bel ağrısından önemli oranda etkilenmeleri beklenir (13). Çalışan nüfusu etkileyen ciddi bir sağlık problemi olarak karşımıza çıkan bel ağrıları bazı meslek grupları için özellikle risk oluşturmaktadır. Uzun süre oturmayı, uzun süre ayakta kalmayı, ağır yük kaldırmayı gerektiren ve vibrasyona maruz kalınan meslekler risk altındaki meslekler olarak bildirilmektedir (14, 15, 16). ABD'de risk altında olarak belirtilen grup, kamyon şoförleri, inşaat işçileri, maden işçileri, tarım alanında çalışanlar, imalat işinde uğraşanlardır. Beden mekaniklerinin doğru kullanılmasını gerektiren hemşirelik mesleği de risk altındaki gruba örnektir (17). Dünyada ve ülkemizde bu konuda yapılmış bir çok araştırma vardır. Ülkemizde hemşireler üzerinde yapılmış bir araştırmada hemşirelerin % 87 'sinin bel ağrısı yakınması olduğu, % 50'sinin bel ağrısı nedeniyle doktora başvurduğu ve disk hernisi tanısı aldığı, % 45'inin ise bel ağrısı nedeniyle rapor aldığı bildirilmiştir (11).

Bel ağrısının bireylerin yaşam kalitesini etkilemesi, yarattığı işgücü kaybı ve ekonomiye getirdiği yükler göz önünde bulundurulduğunda nedenlerinin tanınması önem kazanmaktadır. Bel ağrısının nedenleri konjenital anomaliler, sakroileit, dejeneratif eklem hastalıkları, disk hastalıkları, osteoporozis, lumbar strain, skolyoz, spondilolistezis şeklinde sayılabilir (15). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde bel ağrılı olguların özelliklerinin saptanmasına yönelik yapılan bir çalışmada olguların tanıları değerlendirildiğinde disk hastalıklarının % 27.7 ile ilk sırada yer aldığı bulunmuştur (18). Bel ağrısı yakınması olan hastaların büyük bir kısmının disk herniasyonu olduğu bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda lomber disk hernilerinin (LDH), tüm disk hernilerinin % 90'ını oluşturduğu belirtilmektedir. LDH ilk kez Mixter ve Barr tarafından 1934 yılında nukleus pulpozusun yırtılan anulus fibrozis lamelleri arasından geçerek taşması olarak tanımlanmıştır (19, 20, 21).

LDH oluşumunda tanımlanan risk faktörleri; yaş, cinsiyet, uzun boy, beden ağırlığının fazlalığı, sigara kullanımı, motorlu araç kullanmak, sedanter yaşam tarzı, bel mekaniğine uygun olmayan şekilde hareket etmek, ağır fiziksel aktivite, travmatik kazalar, eğitim düzeyinin düşük olması, psikososyal faktörler olarak sıralanabilir (6, 14, 16, 22, 23).

LDH; konservatif, cerrahi ve kemonükleolizis olmak üzere üç şekilde tedavi edilir (24, 25, 26). Konservatif tedavinin esası herniye olan diski aşırı zorlamalardan korumak ve fibrozis ile iyileşmeyi teşvik etmektir (4, 5). Bu amaçla uygulanan tedaviler; yatak istirahati, ilaç tedavisi, lokal enjeksiyon, traksiyon, manüplasyon ve beden mekaniklerini uygun kullanma eğitiminin verildiği bel okulları olarak sıralanabilir (27, 28). Konservatif tedavinin etkili olmaması, ağrıların şiddetlenmesi, nörolojik defisitlerin gelişmesi cerrahiyi gerektirir (4, 5, 21). Bu amaçla yapılan cerrahi girişimler; diskektomi, laminektomi ve mikrocerrahi teknikle uygulanan girişimlerdir (21, 27, 28).

Son yıllarda LDH'ne yönelik ameliyat tekniklerindeki gelişmelere rağmen ameliyat sonrası dönemde bazı komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir. Bunlar; genel ameliyat sonrası komplikasyonlara ek olarak, nörovasküler yaralanmalar (% 0.4), beyin omurilik sıvısı sızıntısı (% 2.2), disk mesafesi enfeksiyonu (% 1.5), meninksler arası yapışıklıklar ve enfeksiyon (% 1.6), ameliyat öncesi kadar şiddetli ağrının tekrarlaması (% 14) şeklinde sıralanabilir (29, 30, 31, 32). LDH nedeniyle uygulanan cerrahi girişim sonrası komplikasyon görülme oranı % 5.5 olarak bildirilmiştir (29). Gelişebilecek komplikasyonlar içerisinde en önemli olanı herniasyonun tekrarlama olasılığıdır. Uygulanan cerrahi tedaviye rağmen LDH'nin genel olarak % 5-15 oranında tekrarladığı ve uygulanan tekniğin, fıtıklaşma seviyesinin, uygun olmayan hasta seçimi ve hastanın ameliyat sonrası beden mekaniklerine uygun hareket etmemesinin tekrarın oluşmasında etkili olduğu bilinmektedir (31, 33).

LDH'nin cerrahi tedavisinde amaç; hastanın ağrısının giderilmesi, hızla sosyal yaşamına geri dönmesinin sağlanması, ekonomik üretkenliğinin devamı ve oluşmuş nörolojik tablonun düzeltilmeye çalışılmasıdır (34). Bu amaçlara ulaşılabilmesinde hastanın bütüncül yaklaşımla ele alınıp değerlendirilmesi, disiplinlerarası işbirliğini zorunlu kılmaktadır. Disiplinlerarası işbirliği, sağlık ekibinin üyelerinin hasta

merkezli, belirlenen ortak amaçlarda birbiriyle sürekli işbirliği halinde çalışmasıyla yani interdisipliner ekip yaklaşımıyla sağlanabilir (35).

Sağlık ekibi; doktor, hemşire, fizyoterapist, diyetisyen vb. meslek üyelerinden oluşmaktadır. Sağlık ekibinin tüm üyeleri kendi görev, yetki ve sorumlulukları çerçevesinde hastanın bakımından sorumludur. Hemşire sağlık ekibinin bir üyesi olarak hastanın tedavisinin uygulanması, bakımının planlanıp uygulanması ve değerlendirilmesinden sorumludur. Ameliyat öncesi, ameliyat ve ameliyat sonrası bakımını kapsayan perioperatif dönemde hastalara verilecek hemşirelik bakımının kalitesi, ameliyata bağlı komplikasyonların en aza indirilmesi, iyileşme süresinin ve hastanede kalış süresinin kısaltılması açısından önemlidir (36). Perioperatif dönemde ameliyat öncesi ve sonrası eğitim planlanırken hastaların gereksinimleri ve hastalıklarını algılayışları göz önünde bulundurulmalıdır. Yapılan bir araştırmada lomber disk hernisine yönelik cerrahi uygulanan hastaların % 26.7'sinin ameliyat öncesi dönemde sakat kalma korkusu yaşamakta olduğu ve % 20'sinin ise endişe ve üzüntü duyduğu belirtilmiştir (37). Feingold ve Devoti, laminektomi sonrası hastaların parapleji gelişebileceği endişesini ve sakat kalma korkusunu yoğun yaşamakta olduğunu bildirmişlerdir (38). Literatür incelendiğinde; ameliyat öncesi verilen eğitimin, hastanın anksiyetesini azalttığı, hastaya verilecek anestezi miktarında ve ameliyat sonrası dönemde ağrı düzeyinde azalma sağladığı, iyileşmeyi hızlandırdığı, hastanede kalış süresini azalttığı ve sağlık bakım harcamalarını en aza indirdiği belirtilmektedir (39, 41).

Perioperatif dönem; hastanın evde bakımına yönelik taburculuk eğitimini de kapsayan bir süreçtir. Taburculuk eğitimi, hemşirelik bakımının önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Planlı yapılacak etkin bir taburculuk eğitiminin hastaların hastanede kalış süresini kısalttığı, iyileşme sürecini olumlu etkilediği, gereksiz hastaneye yatışları ve ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonları önlediği literatürde belirtilmektedir (35, 41, 42, 43, 44). Araştırmacılar Hollanda'da hastaların taburcu olduktan sonraki iki hafta içinde % 93'ünde bir ya da daha fazla sağlık sorunu ortaya çıktığını bildirmişlerdir. Hastaların % 70'i bakıma yönelik bilgi gereksinimi olduğunu ifade etmişlerdir (45). Taiwan'da yapılan bir araştırmada taburculuk sonrası 4 hafta boyunca hastaların sıklıkla günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmek ve bakım ihtiyaçlarını karşılama konularında bilgi eksikliklerinden kaynaklanan

problemleri olduğu belirtilmiştir (46). Bu problemler geç iyileşme, gereksiz tekrarlı yatışlar, yaşam kalitesinde bozulma şeklinde ortaya çıkmaktadır (47). Ayrıca, Detroit'te Harper Hospital'da uygulanan çalışmalarla elde edilen sonuçlar, hasta eğitimi temelli çalışıldığında hastaların hastanede kalış sürelerinin 2 gün azaldığı ve çalışan memnuniyetinin arttığı şeklindedir (48). LDH nedeniyle cerrahi girişim uygulanan hastalara verilen planlı eğitimin etkinliğini belirlemek amacıyla yapılan bir araştırmada eğitim verilen hastaların çoğunluğunun ameliyat sonrası yaşadıkları sorunları, aldıkları bilgiler doğrultusunda çözmeye çalıştıkları ve iyileşme sürecinde evde günlük yaşam aktivitelerini uygun planlayabildikleri belirlenmiştir (37). LDH'nin tekrarlama olasılığının yüksek olması, bireylerin yaşam kalitesini ve fonksiyonel kapasitelerini düşürmesi, yarattığı iş gücü kaybı ayrıca tekrarlı ameliyatlarda komplikasyon görülme oranının artması ve ameliyat başarısındaki düşme dikkate alındığında, hastalığın tekrarının önlenmesi önem kazanmaktadır. Norveç'te Ullevaal Üniversitesi Hastanesinde LDH nedeniyle cerrahi girişim uygulanan hastalar üzerinde yapılmış bir araştırmada, hastaların işe dönme durumlarına bakıldığında hastaların % 67 sinin tam zamanlı , % 10'unun yarı zamanlı işlerine döndükleri, % 23'ünün ise işlerine dönemedikleri görülmüştür (49). Meslek, beden mekaniklerinin yanlış kullanımı, vücut ağırlığının fazlalığı, sigara içme ve psikososyal sebepler gibi risk faktörleri dikkate alınarak yapılacak eğitim, LDH'nin tekrar oluşmasının önlenmesinde önemli yer tutar. Literatürde fiziksel durumu iyi olan ve kendine nasıl bakacağını bilen kişilerde rehabilitasyonun daha hızlı ve başarılı olduğu belirtilmektedir. Aynı zamanda bu kişilerde cerrahi sonrası disk herniasyonu gelişiminin de daha az olduğu bilinmektedir (50).

Taburculuk eğitiminin, hastanın fizyolojik, psikolojik ve sosyal gereksinimleri doğrultusunda planlanan uygun öğretim yöntemlerinin uygulandığı bir eğitim olması önem kazanmaktadır. Hemşire hastanın bakımından sorumlu kişi olarak taburculuk planında disiplinler arası koordinasyonu da sağlamalıdır. Ülkemizde LDH ameliyatı sonrası hastaların hastaneden taburcu olduktan sonra karşılaşabilecekleri sorunların çözümünde yol gösterecek planlı bir taburculuk eğitimi yapılmamaktadır. Planlı taburculuk eğitiminin hastalığın tekrarının önlenmesinde etkili olacağı bilinmektedir. LDH nedeniyle uygulanan cerrahi girişim sonrası hastaların taburculuk aşamasındaki

bilgi gereksinimlerinin saptanmasının bu doğrultuda oluşturulacak taburculuk eğitiminin planlamasında yol gösterici olacağı düşünülmüştür.

1. 2. Araştırmanın Amacı

Araştırmamız LDH nedeniyle cerrahi girişim uygulanan hastalara etkin bir hemşirelik bakımı ve taburculuk eğitimi planlanabilmesi için hastaların taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerinin saptanması amacıyla yapılmıştır.

2. KONU İLE İLGİLİ TEORİK BİLGİLER

2. 1. Lomber Disk Hernisi ve Belirtileri

Disk hernisi, diskus intervertebralisin enfeksiyon veya tümör dışı nedenlerle şekil ve içeriğinde meydana gelen patolojik değişiklikler sonucu ortaya çıkan hastalığa verilen isimdir. Diskus intervertebralis vertebralar arasında bulunan ve öncelikle kolumna vertebralise gelen aksiyel yüklerin emilip dağıtılmasından sorumlu yapılardır (51). Lomber disk hernileri, disk hernileri içerisinde en sık görülen grubu oluşturur. Olguların büyük bölümünü de alt lomber disk hernileri oluşturur (40, 51).

Lomber disk hernilerinde en önemli şikayet ağrıdır ve hastalar genellikle belde künt bir ağrıdan yakınırlar. Ağrı bazen hareketi engelleyecek kadar şiddetlidir ve paravertebral adele spazmına sebep olur. Bu ağrı ağrı liflerini kapsayan posterior annulus fibrosus ve posterior longitudinal ligamentin gerilmesine bağlıdır. Siyatalji şeklinde ortaya çıkan ağrı ise disk materyalinin sinir kökleri üzerine yaptığı basının sonucudur. Ağrı karakteristik olarak oturmak, dolaşmak, öksürmek, hapşırmak ve gerinmek ile artar. Ağrının şiddeti herniasyonun yeri, miktarı ve basınç etkisine bağlıdır (8, 41, 52).

Disk herniasyonlarında, herniye olan materyal bir alt köke bası yapar. Örneğin L_4-L_5 mesafesinde bir herniasyon varsa L_5 kökü basıya uğrar. Median disk prolapsusunda prolobe olan materyal büyük ise ‘cauda equina’ yı sıkıştırma sonucunda potens bozukluklar, miksiyon ve defekasyon kusurları süvari yaması biçiminde anestezi gibi nörolojik defisitler ortaya çıkabilir. Böyle durumlarda acil cerrahi endikasyonu vardır. (15).

2. 2. Lomber Disk Hernilerinde Tedavi

Lomber disk hernilerinin tedavileri konservatif tedavi, cerrahi tedavi ve kemonükleolizis olmak üzere 3 grupta toplanır (25, 59).

2. 2. 1. Konservatif Tedavi

Konservatif tedavinin esası, anormal diski aşırı zorlamadan korumak ve fibrozis ile iyileşmesini teşvik etmektir. Uygulanan tedaviler; 2 - 3 hafta istirahat, non steroidal anti inflamatuar (NSAİ) ilaçlar, kas gevşeticiler, trankilizanlar, yüzeyel ve derin ısı uygulamaları, izometrik egzersizler, immobilizasyon, traksiyon, alçak

frekanslı akım uygulamaları, manuplasyon ve bel okullarında verilen eğitim olarak sıralanabilir (15, 50, 57, 59).

2. 2. 2. Kemonukleolizis

Kemonükleolizis, lateral yolla disk mesafesine girilerek 1 - 2 cc chymopapain vermek suretiyle uygulanır. İlacın etkisi nukleusun su bağlayabilen bölümünü eritmek şeklinde olmaktadır (15, 59).

2. 2. 3. Cerrahi Tedavi

Hastaların konservatif tedaviye rağmen iyileşme belirtilerinin olmaması, ilerleyici nörolojik defisitlerin gelişmesi, ağrıların sık aralarla tekrarlaması ve kauda ekuina basısına bağlı motor ve duyu kaybı olması durumunda cerrahi tedavi gereklidir. Uygulanan Cerrahi Girişimler:

Laminektomi : Laminanın tümünün ya da diskin herniye olduğu kısımdaki parçasının çıkarılmasıdır.

Diskektomi : Nükleus pulposuzun çıkarılmasıdır.

Mikroendoskopik Diskektomi : Skopi yardımıyla , küçük bir cilt insizyonu ile nükleus pulposuzun mikro cerrahi teknikle çıkarılmasıdır.

Cerrahi girişimlerin kendine özel komplikasyonları arasında nöral yapıların direkt yaralanmaları, büyük damarların yaralanması, enfeksiyon, barsak, üreter ve mesane yaralanmaları, diskitis, beyin omurilik sıvısı (BOS) sızıntısı, tromboemboli ve ileus sayılabilir (26, 59, 62, 63, 64, 65, 69, 71, 73).

2.3. Hastaların Lomber Disk Hernisi Nedeniyle Uygulanan Cerrahi Girişim Öncesi ve Sonrası Bakımlarına İlişkin Genel Bilgiler

2. 3. 1. Hastaların Ameliyat Öncesi Dönemdeki Bakımları

LDH nedeniyle cerrahi girişim uygulanan hastaların ameliyat öncesi dönemdeki hazırlık ve bakımları aşağıdaki aşamaları içermektedir:

- Hastanın kliniğe yatırılmasından, ameliyat öncesi geceye kadar olan dönemdeki hazırlığı ve bakımı,
- Hastanın ameliyattan önceki gece hazırlığı ve bakımı,

- Hastanın ameliyat günü hazırlığı ve bakımı (25).

2. 3. 1. 1. Hastanın Kliniğe Yatırılmasından Ameliyat Öncesi Geceye Kadar Olan Dönemdeki Hazırlığı ve Bakımı

Bu dönemdeki hazırlık ve bakım hastanın fizyolojik, psikolojik yasal hazırlığını ve ameliyat öncesi eğitimini kapsar. Ameliyat öncesinde hastanın fizyolojik hazırlığı kapsamında; tüm sistemlerine yönelik değerlendirmeler yapılarak ameliyat riskini en aza indirebilmek için hastanın genel sağlık durumu en iyi düzeye getirilir. Hastanın psikolojik hazırlığı; ameliyatın yarattığı bilinmezlik korkusunun giderilmesi açısından hastanın duygularının ifade edilmesine fırsat tanınması gibi girişimleri kapsar. Hastanın yazılı olarak ameliyat izninin alınması ise yasal hazırlık kapsamında hasta ve sağlık personeli açısından güvence sağlar. Ameliyat öncesi eğitim ameliyat sonrasında hastanın kendi bakımına aktif katılması ve sorun gelişmeksizin kısa sürede iyileşmesi açısından önemlidir. LDH ameliyatı öncesinde hastaya derin solunum egzersizleri, öksürük egzersizleri, hastanın yatak içinde dönme, yataktan kalkış ve yatağa geçiş konularında bilgi verilir. Ayrıca hasta yatak içinde sağa, sola dönme, ayakları karına çekme, ayak bileğini bükme, germe döndürme gibi konularda da bilgilendirilir (25,26,30,60,62,65,66,67,70,74,78).

2. 3. 1. 2. Ameliyattan Önceki Gece Hazırlığı ve Bakımı

LDH nedeniyle cerrahi girişim uygulanması planlanarak kliniğe yatırılan hastaların ameliyattan önceki gece hazırlıkları, cilt hazırlığı, gastrointestinal sistem hazırlığı ve anestezi hazırlığını kapsar. Hastanın geceyi dinlenerek ve yeterince uyuyarak geçirmesi sağlanır (25, 30, 65, 70, 74, 78).

2. 3. 1. 3. Hastanın Ameliyat Günü Hazırlığı ve Bakımı

Hastanın yapılan tüm hazırlıkları yeniden gözden geçirilir ve son kez kontrol edilir. Hastanın nörolojik durumunun değerlendirilmesine yönelik temel bulgular ameliyat sonrası bulgularla karşılaştırmak için saptanmalıdır. Değerlendirme bulguları ekstremitelerin motor ve duyu kontrol bulgularını kapsar. Ayrıca hastanın ameliyathaneye gitmeden hemen önceki hazırlığı kapsamında varsa ojeleri, takma dişleri ve takıları çıkarılır. Hastanın üzerindeki herşeyi çıkararak ameliyathane önlüğü giymesi sağlanır. Damar yolu açılarak doktor istemine uygun intravenöz

serum ve uygun premedikasyon uygulanarak hastanın sedyeye geçmesi sağlanır. (25, 30, 70, 74, 78).

Hasta ailesinin ameliyat süresince bekleyebilecekleri uygun yer belirtilir, hasta ile ilgili bilgi alabilecekleri telefon numaraları ve kişilerin kim olduğu konusunda bilgilendirilir.

2. 3. 2. Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemdeki Bakımları

LDH nedeniyle cerrahi girişim uygulanan hastanın ameliyat sonrası bakımının temel amacı, komplikasyonları önlemek ve kısa sürede iyileşmeyi sağlamaktır. Bu amaçla uygulanacak hemşirelik 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 aşamalı olarak yatak içinde sağa ve sola döndürülerek hareketi sağlanmalıdır.
- Sırt üstü pozisyonda bacak boyunca yastık yerleştirilerek sırt adeleleri gevşetilmelidir.
- Dönme sırasında spinal kolon düz olmalı, kalça fleksiyonu önlenmelidir.
- Nörolojik fonksiyonlara yönelik kontroller (duyu-motor) yapılmalıdır (25,26,30,51,60,61,62,63,64,65,70,74,78).

2. 3. 2. 1. Lomber Disk Cerrahisi Sonrası Gelişebilecek Komplikasyonlar

Ameliyat tekniklerindeki gelişmelere rağmen günümüzde LDH cerrahisi sonrası komplikasyon görülme oranı % 1.6 - % 15.8 olarak bildirilmektedir (29).

Bu komplikasyonlar; nörovasküler yaralanma, beyin omurilik sıvısı sızıntısı, hemoraji, yara enfeksiyonu, disk mesafesi enfeksiyonu, tromboflebit, üriner retansiyon-enfeksiyon, abdominal distansiyon, kabızlık, paralitik ileus, atelektazi, hipostatik pnomoni, pulmoner emboli olarak sıralanabilir (30, 51, 53, 59, 60).

2. 3. 2. 2. Hastanın Ameliyat Sonrası Taburculuk Planlaması

Taburculuk eğitimi, hastanın hastaneye yatışından itibaren başlatılmalıdır. Hasta böylece hastaneden çıkarken öğrenmesi gereken konularda tam bilgi ve beceriye sahip olarak çıkmış olur. Hastalar ancak bu şekilde hastalığın getirdiği yetersizliklerle başedebilir ve daha sonraki yaşamlarını komplikasyonsuz, üretken ve mutlu bir şekilde sürdürebilir (35).

Taburculuk planı bakım sisteminin önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Taburculuk planının içeriği taburculuk öncesi eğitim, bakımın devamında bilinmesi gerekenler, kullanacağı tıbbi aletlerin kullanımı, sosyal becerilerin geliştirilmesi, kullanılması ve koordinasyon şeklindedir. Geleneksel olarak taburculuk öncesi eğitim hasta ve ailesinin bakım konusunda bilgi ve becerilerini geliştirmelidir. Taburculuk planının etkinliği hasta sonuç göstergeleriyle değerlendirilir. Hastanede yatış süresi, plansız tekrarlı yatış hızı, bakım evine gitme hızı, hasta memnuniyeti gibi konular taburculuk planının etkinlik göstergeleridir. Ayrıca eğitim yapılma zamanını, hasta ve ailenin hazır oluşluğunu, eğitimi veren kişinin yeterliliğini etkiler . Bu konuda yapılmış araştırmalara bakıldığında, hastanelerin sıklıkla taburculuk eğitimini planlamak, öğretim tekniklerini kullanmak ve sağlık ekibi üyeleri arasında koordinasyonu sağlamak konularındaki yetersizliklerinden dolayı hastaların taburculuk aşamasında yetersiz bilgilendirildikleri görülmektedir (35, 72, 75, 76, 77).

Hasta eğitimi hemşirelik bakımının en önemli, gerekliliği kanıtlanmış etkinliğidir. Sağlık eğitimine ilişkin literatür incelendiğinde; sağlık eğitiminin hasta ve sağlık personeli açısından belirlenen yararlarının olduğu da görülmektedir. Hasta açısından bu yararlar, ağrıyı azaltma, iyileşmeyi hızlandırma, hastanede kalış süresinde azalma, anksiyeteyi azaltma, kendine güven ve saygıda artma şeklinde belirtilirken sağlık personeli açısından; hastane harcamalarında azalma, hasta şikayetlerinde azalma, ayrıca hemşirelerin iş doyumunda, memnuniyetinde artma olarak sıralanmaktadır (55, 72, 75, 76).

Taburculuk planı hazırlanırken hasta ve ailesinin gereksinimlerine temellenmesi gereklidir. LDH ameliyatı sonrası verilecek eğitimin; ağrı kontrolü, yara bakımı, ilaç kullanımı, beslenme, günlük yaşam aktiviteleri, beden

mekaniklerinin uygun kullanımı, egzersizler, banyo yapma, araba kullanma, cinsel ilişkiye başlama zamanı, korse kullanma, işe geri dönüş, ameliyat sonrası ilk kontrol, gelişebilecek komplikasyonlar ve doktora başvurulması gereken durumlar gibi bilgileri içermesi gerektiği belirtilmektedir (26, 30, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 83, 89).

1. Ağrı Kontrolü : LDH nedeniyle ameliyat olan hastaların ameliyat öncesi dönemde en büyük yakınmaları ağrıdır ve çoğunlukla ağrı ile başetme konusunda yetersizdirler. Hastaların ameliyat sonrasında da % 14'ünde ameliyat öncesindeki kadar şiddetli ağrıların ortaya çıktığı bilinmektedir (31). Bu açıdan hastaların evde bakımlarında ağrı kontrolü konusunda bilgilendirilmeleri önemlidir. Ağrı kontrolünde öncelikle ağrının neden kaynaklandığının belirlenmesi önemlidir. Ağrının sebebi bilinirse ortadan kaldırmaya yönelik girişimler bu doğrultuda planlanır. Ameliyat sonrası ilk günlerde ağrı kontrolünde ağrı kesici ilaçların alınması hastaları 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 uğraşılarla 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 rahatlama 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 (64, 65, 74).

2. Yara Bakımı : LDH nedeniyle cerrahi girişim uygulanan hastaların insizyonu cerrahi tekniğin özelliğine göre değişmekle birlikte klasik yöntemle uygulanan ameliyatlarda 7 - 8 cm dir. Ameliyat sonrası kullanılan dikiş materyalinin özelliğine göre cilt altından emilebilen ya da cilt üzerinde alınmasını gerektiren dikişler bulunabilmektedir. Dikişler cilt üzerinde ise ameliyattan 1 hafta ya da 10 gün sonra aldırılabileceği tavsiye edilmektedir. Hastaların yara iyileşmesi yaklaşık 20 gün kadar devam etmektedir. Yaranın ilk beş gün kızarık ve şiş olması 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

artış gibi belirtiler yara enfeksiyonu belirtileri olabilir böyle bir durum gözlendiğinde hastanın doktoruna iletilmelidir. Literatürde de yaranın iyileşme aşamaları, görünümü, dikişlerin özelliği, banyo zamanı, yara enfeksiyonu belirtileri, yaranın hijyeninin sağlanması için uygun el yıkanması gibi konularda hastanın bilgilendirilmesi gerektiği belirtilmektedir (25, 30, 36, 56, 65, 66, 74, 78).

3. **Beslenme :** LDH nedeniyle cerrahi girişim uygulanan hastaların ameliyat sonrası beslenmeleri genel ameliyat sonrası beslenmeye benzerlik gösterir. Beslenmede yara iyileşmesi, beden ağırlığının 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 beden ağırlıklarını normal sınırlarda tutmaya yönelik olarak beslenmelerini düzenlemeleri önemlidir. Ayrıca hastalar ameliyat sonrası yatak istirahatinde olacağı ve aktiviteleri sınırlı olacağı 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, diyette bol sebze ve meyve tercih edilmeli, posalı gıdalar tüketilmeli ve doktor tarafından önerildiği şekilde yatak içi hareketler ve egzersizler uygulanmalıdır (30, 59, 65, 66, 74)

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 yaşam aktivitelerinde spinal kolonun bütünlüğünü korumaya dikkat edilmesi gerekir. Aktiviteler aşamalı artacak şekilde bir plan dahilinde yapılmalıdır. Bu duruma yönelik aşamalı aktivite planı ilk 45 gün için üç döneme bölünerek uygulanmaktadır (30, 36, 67).

İlk 15 günde hareketler sınırlı olacaktır. Gün içinde yalnızca zorunlu ihtiyaçlar için yataktan kalkılabilir. Ayağa kalkılan ya da oturulan süre her seferinde 10 dakikayı aşmamalıdır. Yatak içinde ayakları karına çekme, kaldırma, uzatma,

yatak içi her iki yana dönme hareketleri yapılabilir. İkinci 15 günde hareketler arttırılabilir, yatakta daha kısa süre kalınabilir. Hasta kendini iyi hissettiği sürece yürüyebilir. Her seferinde 15 - 20 dakikayı aşmayacak şekilde gün içinde oturma periyotları olabilir. Ev içinde dolaşılabilir 30 dakika süreyle dolaşılmasında sakınca yoktur. Üçüncü 15 günde hareket sınırlılıkları kalkmaktadır. Ev dışında 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 başlanabilir, fakat başlama zamanı için kişinin kendini iyi ve hazır hissetmesi ayrıca bu aktivite sırasında belin doğru pozisyonunun sağlanması önemlidir. Ayakkabının topuğu sırt adalelerini ve bel kemiğini zorlayacak yükseklikte olmamalıdır. Otururken belin dikliğini koruyan bir koltuk tercih edilmelidir, mümkünse kolları destekler şekilde olmalıdır, bacak bacak üzerine atılmamalı, uzun süreli oturulmamalıdır. Uzun süre ayakta kalınmamalı, mutlaka dinlenme süreleri ayarlanmalıdır. Yatak içi hareketlerde bel bütünlüğü sağlanarak dönme, yataktan kalkma, yatağa yatma konularında dikkatli olunmalıdır. Yerden bir obje kaldırırken eğilme, uzanma, kaldırma, işlemlerini beden mekaniklerine uygun yapılmalıdır. Obje taşınırken ağırlığın 5 kg'ı geçmemesi ve her iki kola eşit yük olacak şekilde paylaştırılması sağlanmalıdır (30, 36, 56, 59, 60, 61, 66, 67, 68).

5. Araba Kullanma : LDH nedeniyle cerrahi girişim uygulanan hastaların araba kullanmaları spinal kolonun bütünlüğünün sağlanması açısından risk oluşturmaktadır. Araba kullanmaya ancak 1,5 ay sonunda başlanabilir. Araba kullanırken de dikkat edilmesi gereken konular vardır. Araba kullanırken koltuğun direksiyona yakın pozisyonda olması ve koltuğun dikliğinin sağlanması gereklidir. Araba kullanırken mutlaka emniyet kemeri kullanılmalıdır, araba 2 saatten uzun süre kullanılmamalı, dinlenme aralıkları ayarlanmalıdır (66).

6. Banyo : LDH nedeniyle cerrahi girişim uygulanan hastaların ameliyat bölgesindeki dikişler cilt altında kendiliğinden emilebilen dikişler ise hemen banyo yapılabilir. Fakat emilemeyen dikişler ise dikişler alındıktan sonra banyo yapılabilir. Banyo yaparken dikkat edilmesi gereken; banyoda ameliyat bölgesinin fazla ovuşturulmaması, oturarak banyo yapmanın tercih edilmemesi, küvette yıkanılıyor ise belin düzgünlüğünü korumak mümkün olmayacağından duş şeklinde banyo yapmanın tercih edilmesidir. Banyo zemini ıslak zemin olacağından çevre şartları

kayıp düşmelerden korunacak şekilde ayarlanmalıdır. Banyoda tutunulabilecek barların bulundurulması, zeminin kuru tutulmaya çalışılması tavsiye edilir, aksi halde kayıp düşmelerden korunmak zor olacaktır. Evde yapılacak ilk banyolarda kişinin yanında yardımcı olabilecek birilerinin olması oluşabilecek kazaların önlenmesi açısından önemlidir (56, 60, 66)

7. İlaçlar : LDH nedeniyle cerrahi uygulanan hastaların evde kullanacakları ilaçlara yönelik ilacın ismi, etkisi, dozu, sıklığı, yan etkileri, diğer ilaçlarla etkileşimi ve ilaç kullanımı sırasında alınması gereken önlemler konularında bilgilendirilmesi gerektiği belirtilmektedir. LDH ameliyatı sonrası kullanılması önerilen ilaçlar; kas gevşeticiler, non steroidal anti inflamatuar (NSAI) ilaçlar ve antibiyotiklerdir (59).

Kas Gevşeticiler : Kas spazmlarında belirtilerin kısa sürede giderilmesi amacıyla kullanılır. Hastalara günde iki kez her seferinde bir tablet olacak şekilde kullanmaları önerilir. Karaciğer işlev bozukluğu yapabilir ve uyuşukluk, beceri gerektiren işlerin yapılmasını olumsuz etkileyebilir, alkolün etkilerini arttırır. Yan etki olarak uyuşukluk, sersemlik, mide-barsak bozukluğu, baş ağrısı, sarılık, karaciğer hasarı ve anaflaksi yapabilirler (90).

Non Steroidal Anti İnflamatuar (NSAI) İlaçlar : NSAI ilaçların uzun süren analjezik ve antienflamatuar etkileri vardır. Bu etkiler özellikle enflamasyonla ortaya çıkan sürekli ya da düzenli ağrının giderilmesinde yararlıdır. Hastalara günde iki kez her seferinde bir tablet olacak şekilde kullanmaları önerilir. İlaç kullanımı sırasında böbrek, kalp ya da karaciğer bozukluğu olan hastalar yakından izlenmeli ve aktif peptik ülseri olan hastalarda kullanılmamalıdır. Gastrointestinal rahatsızlık hissi, bulantı, ishal, kanama, aşırı duyarlılık reaksiyonları, baş ağrısı, sersemlik, işitme bozukluğu, sıvı retansiyonu gibi yan etkiler görülebilmektedir. Antihipertansif ilaçlarla etkileşimi vardır (90).

Antibiyotikler : LDH ameliyatı sonrası taburcu olurken antibiyotik doktorun tercihine bağlı olarak önerilmektedir. Tercih edilen antibiyotik sulbaktam-ampisilin antibakteriyel bir ilaçtır, perioperatif dönemde profilaksi amacıyla kullanılmaktadır. Hastalara günde iki kez her seferinde bir tablet olacak şekilde kullanmaları önerilir. Penisilinlerle birlikte kullanılmaması gerekir. Kullanımı

sırasında diyare, bulantı, karın ağrısı, epigastrik rahatsızlıklar, kusma, deri döküntüsü, kaşıntı, sedasyon ve halsizlik gibi yan etkiler görülebilir (90).

8. Kontrol : LDH nedeniyle cerrahi uygulanan hastalar 1,5 ay sonunda ilk kontrole çağırılırlar. Hastalar ameliyat sonrası ilk sağlık kontrolünde; beden ağırlığı, günlük yaşam aktiviteleri ve egzersizlere uyumun değerlendirilmesi, nörovasküler değerlendirme, ağrı değerlendirilmesi, ameliyat yarasının değerlendirilmesi gibi kontrol aşamalarından geçmektedir. Hastaların hastaneden çıktıktan sonra ağrının artması, uyuşukluk, kuvvet kaybı, idrar-gaita tutamama gibi belirtiler görüldüğünde kontrol zamanını beklemeden doktora başvurulması gerektiği konusunda bilgilendirilmesi önemlidir. Yarada kızarıklık, şişlik, bölgesel ısı artışı, akıntı gibi yara enfeksiyonu belirti ve bulguları ayrıca vücut ısısının artması, solunum sıkıntısı, solunum sekresyonlarının renginde koyulaşma, miktarında artma, öksürme, idrarda kötü koku, sık idrara çıkma gibi sistemik enfeksiyon belirti ve bulguları gözlendiğinde, ayrıca ameliyat öncesi kadar şiddetli ağrının tekrarlaması ve geçmemesi halinde doktora başvurması gerektiği belirtilmelidir. Hastaya doktora başvurulması gereken durumlar olduğunda başvurulacak yer, telefon ve kişilerin ismi yazılı olarak verilmelidir.

3. BİREYLER VE YÖNTEM

3. 1. Araştırmanın Şekli

Araştırma LDH nedeniyle cerrahi girişim uygulanan hastaların taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerinin saptanması amacıyla, tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

3. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Ankara Büyükşehir Belediyesi sınırları içerisinde LDH nedeniyle cerrahi girişim uygulanan ve araştırma yapılmasına izin veren Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi, Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Sosyal Sigortalar Kurumu Ankara Dışkapı Hastanesi'nde uygulanmıştır.

Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi : Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nde toplam 33 klinik bulunmaktadır. Bu kliniklerden 3'ünde (Bölüm 51, Bölüm 61, Bölüm 72) beyin ve omurilik cerrahisi uygulanan hastalara bakım verilmektedir. Bölüm 51, 27 yataklıdır, odalar 1 ya da 2 kişilik olup klinikte 10 hemşire çalışmaktadır. Bölüm 61, 24 yataklıdır, odalar 1 ya da 2 kişilik olup klinikte 8 hemşire çalışmaktadır. Bölüm 51 ve 61'de çalışan klinik asistanları 13 kişidir. Bölüm 72 beyin cerrahisi ameliyatları uygulanan hastalar ve dermatolojik sorunu olan hastaların yattığı bir klinik olup beyin cerrahisinin tek kişilik odaları bulunmaktadır ve daha çok beyin cerrahisinin anevrizma ameliyatları sonrası izleminin yapıldığı bir klinik olması dolayısıyla, bu klinikte araştırmanın yapıldığı süre içerisinde araştırmacı tarafından ulaşılabilen hasta olmamıştır. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesinde hemşireler; 08^{00}-16^{00}, 16^{00}-24^{00}, 24^{00}-08^{00} saatleri aralığında 3 vardiyada çalışmaktadır. Hastalar kliniğe ameliyattan 1 gün önce yatırılıp ameliyattan 2 gün sonra taburcu edilmektedir. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesinde taburculuk eğitimi kapsamında yapılan uygulamalar araştırıldığında klinik hemşirelerinin hastalara planlı bir taburculuk eğitimi yapmadıkları görülmüştür. Klinik asistanlarının ise hastaların soruları doğrultusunda hastaların günlük yaşam aktiviteleri ve kontrol zamanına ilişkin bilgilendirdikleri, ayrıca evde kullanacakları ilaçların reçetelerini verdikleri saptanmıştır. Hastalara taburcu olurken egzersizlere ilişkin bilgi verilmemekte ilk kontrole çağırıldıklarında yapılan değerlendirmeler sonucuna göre egzersizlere ilişkin broşür verilmektedir.

Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi : Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde toplam 36 klinik bulunmaktadır, bu kliniklerin ikisinde (Beyin Cerrahisi 1 ve Beyin Cerrahisi 2) beyin ve omurilik cerrahisi uygulanan hastalar izlenmektedir. 1. beyin cerrahisi kliniği, 22 yataklıdır, odalar 1, 2, 3, 6 ve 7 kişilik olup klinikte 7 doktor çalışmaktadır. 2. beyin cerrahisi kliniği, 24 yataklıdır, odalar 1, 2, 3, 6 ve 7 kişilik olup klinikte 9 doktor çalışmaktadır. 1. ve 2. Beyin cerrahi kliniklerinde hemşireler 12 kişi olup nöbet sistemiyle 08^{00}-16^{00}, 16^{00}-08^{00} saatlerinde çalışmaktadır. Hastalar ameliyattan 1 gün önce kliniğe kabul edilip ameliyattan 2 gün sonra taburcu edilmektedir. Numune Hastanesinde taburculuk eğitimi uygulamaları yalnızca kontrol zamanının hatırlatılmasını içermektedir. Hastalara taburculuk sonrası yapabilecekleri aktivitelerle ilgili bilgiler sadece hastanın talebi üzerine doktoru tarafından verilmektedir. Ayrıca klinikte bulunan günlük yaşam aktiviteleri ve egzersizleri içeren broşürler de doktorun tercihine göre taburculuk aşamasında hastalara verilmektedir.

Sosyal Sigortalar Kurumu Dışkapı Hastanesi : Sosyal Sigortalar Kurumu Dışkapı Hastanesinde toplam 35 klinik bulunmaktadır, bu kliniklerin ikisinde (1. Beyin Cerrahisi ve 2. Beyin Cerrahisi) beyin ve omurilik cerrahisi uygulanan hastalar izlenmektedir. 1. beyin cerrahisi kliniği, 26 yataklıdır, odalar 1, 2, 4, 5 ve 6 kişilik olup klinikte 13 doktor ve 8 hemşire çalışmaktadır. 2. Beyin Cerrahisi kliniği, 26 yataklıdır, odalar 3,5 ve 6 kişilik olup klinikte 10 doktor ve 8 hemşire görev yapmaktadır. Hemşireler nöbet sistemiyle 08^{00}-16^{00}, 16^{00}-08^{00} saatlerinde çalışmaktadır. Hastalar kliniğe ameliyattan 1 gün önce yatırılıp ameliyattan 2 gün sonra taburcu edilmektedir. Sosyal Sigortalar Kurumu Dışkapı Hastanesinde taburculuk eğitimi çoğunlukla doktor tarafından evde kullanacakları ilaçların reçete olarak verilmesi ve tüm hastalara fizyoterapist tarafından egzersizlerin ve günlük yaşam aktivitelerinin bulunduğu broşürlerinin dağıtılması şeklinde yapılmaktadır.

3. 3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sosyal Sigortalar Kurumu Dışkapı Hastanesi'nde 9 aylık süre içerisinde LDH nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemi hesaplanırken; hastane kayıtlarına ulaşılamaması nedeniyle araştırmanın 9 aylık bir süreyi kapsayan zamanda kesitsel olarak yapılmasına karar verilmiştir. Araştırmanın örneklemini 16.06.04 / 16.03.05 tarihleri arasında araştırmanın uygulanmasına izin veren toplam 3 hastanedeki LDH nedeniyle cerrahi girişim uygulanan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 18 yaşından büyük olan görüşme yapmaya engel durumu olmayan ve ulaşılabilen tüm hastalar oluşturmuştur. Belirlenen süre içerisinde 100 hastaya ulaşılabilmiştir. Ulaşılabilen hastaların 22'si Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nde, 25'i Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, 53'ü Sosyal Sigortalar Kurumu Dışkapı Hastanesi'ndedir.

3. 4. Verilerin Toplanması

3. 4. 1. Veri Toplama Aracının Hazırlanması

Veriler soru kağıdı kullanılarak toplanmıştır. Kullanılan soru kağıdı araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak hazırlanmıştır. (26, 30, 41, 51, 57, 60, 61, 62, 67, 69, 70, 81, 86, 89). Soru kağıdı toplam 124 soru içermekte ve iki bölümden oluşmaktadır. 1.bölümde LDH nedeniyle cerrahi girişim uygulanan hastaların sosyodemografik özelliklerine ayrıca LDH hikayesine ilişkin 44 soru bulunmaktadır. 2. bölümde ise hastalara LDH ameliyatı sonrası taburculuk eğitiminde verilmesi gereken günlük yaşam aktiviteleri (beslenme, banyo, cinsel yaşam, araba kullanma, aktivite sınırlılıkları), yara bakımı, ameliyat sonrası yapılması gereken egzersizler, komplikasyonların önlenmesi ve kontrol konularına ilişkin bilgiler ve bu bilgileri veren kişilere yönelik 80 soru bulunmaktadır.

3. 4. 2. Veri Toplama Aracının Ön Uygulaması

Soru kağıdının ön uygulanması 20.05.04 / 04.06.05 tarihleri arasında Sosyal Sigortalar Kurumu Ankara Dışkapı Hastanesi Beyin1 ve Beyin 2 cerrahi kliniklerinde LDH nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan toplam 10 hasta üzerinde

gerçekleştirilmiştir. Ön uygulama sonucunda, soruların daha iyi anlaşılabilmesi amacıyla soru kağıdında gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

3. 4. 3. Veri Toplama Aracının Uygulaması

Soru kağıdı araştırmacı tarafından 16.06.04 / 16.03.05 tarihleri arasında LDH nedeniyle cerrahi girişim uygulanan hastalarla bire bir görüşülerek uygulanmıştır. Araştırmanın yapıldığı kliniklerde hastalar 10^{30}-12^{00} saatleri arasında taburcu olmaktadır. Araştırmacı tarafından her gün için klinik sorumlu hemşireleriyle görüşerek taburcu olacak hastaların listesini öğrenilmiş ve hastaların tüm taburculuk işlemleri bitirilip tüm sağlık personeliyle görüşmeleri tamamlandıktan sonra hasta odasında görüşülmüştür. Örneklem grubundaki 100 hastanın tamamıyla taburcu oldukları gün hastanede görüşme yapılmıştır. Görüşme yapılmadan önce araştırmanın amacı açıklanarak hastalardan sözel onay alınmıştır ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara soru kağıdı uygulanmıştır. Soru kağıdının uygulaması ortalama 35 dakika sürmüştür.

3. 5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonuçları SPSS 11.5 istatistik programı ile değerlendirilmiştir. Soru kağıdında açık uçlu sorulara gelen yanıtlar uzman görüşü alınarak kendi içinde gruplanmış ve tablolaştırılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ki kare ve yüzdelik hesaplamaları kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen veriler ve verilerin istatistiksel değerlendirilmesi yer almaktadır.

Çizelge 4. 1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı **N=100**

TANITICI BİLGİLER	Sayı	%
Yaş Grupları		
29 yaş ve altı	3	3.0
30-50 yaş	63	63.0
51 yaş ve üzeri	34	34.0
Cinsiyet		
Kadın	45	45.0
Erkek	55	55.0
Eğitim		
Okur-yazar değil	4	4.0
Okur-yazar- İlkokul	57	57.0
Ortaokul- Lise	24	24.0
Üniversite	15	15.0
***Beden Kitle İndeksi (BKI)**		
18,5- 24,9 (Normal)	35	35.0
25,0-29,9 (Hafif Şişman)	49	49.0
30.0 ve + (Şişman)	16	16.0
Sosyal Güvence		
SSK	63	63.0
Emekli Sandığı	23	23.0
Bağ-kur	11	11.0
Yeşil kart	3	3.0
Tedavi Oldukları Hastane		
Sosyal Sigortalar Kurumu Dışkapı Hastanesi	53	53.0
Ankara Numune Hastanesi	25	25.0
Hacettepe Üniversitesi Hastanesi	23	23.0
****Ameliyat Olunan Disk Mesafesi**		
L_1-L_2	2	2.0
L_3-L_4	15	15.0
L_4-L_5	72	72.0
L_5-S_1	24	24.0

****LDH Gelişimine Neden Olabilecek Mesleki Özellikler**		
Ağır Yük Kaldırma	63	63.0
Uzun Süreli Oturma	21	21.0
Uzun Süreli Ayakta Durma	64	64.0
Uzun Süreli Seyahat Etme	7	7.0
Titreşime Maruz Kalma	16	16.0
Sigara İçme Durumu		
İçen	34	34.0
İçmeyen	47	47.0
Bırakmış	19	19.0
Spor Yapma Durumu		
Yapan	28	28.0
Yapmayan	72	72.0
Ailede LDH Olma Durumu		
Olan	34	34.0
Olmayan	66	66.0
Travmaya Maruz Kalma Durumu		
Kalan	73	73.0
Kalmayan	27	27.0
LDH Dışında Sağlık Sorunları		
Olan	41	41.0
Olmayan	59	59.0
Daha Önce LDH Ameliyatı		
Olan	11	11.0
Olmayan	89	89.0
Daha Önce LDH Dışında Ameliyat		
Olan	48	48.0
Olmayan	52	52.0

*BKI=Ağırlık -Kg / Boy -m^2
**Sorulara birden fazla cevap verilmiştir.

Çizelge 4.1 incelendiğinde; örneklem kapsamına alınan hastaların % 63'ünün 30-50 yaş grubunda yer aldığı, % 55'inin erkek, % 57'sinin okur-yazar ve ilkokul mezunu olduğu, % 63'ünün sosyal güvencesinin sosyal sigortalar kurumu tarafından karşılandığı, ayrıca ameliyat oldukları mesafelere bakıldığında, % 72'sinin L_4-L_5, % 24'ünün L_5-S_1, % 15'inin L_3-L_4, % 2'sinin L_1-L_2 mesafelerinde olduğu görülmektedir. Hastaların BKI ölçümlerine bakıldığında, % 65'inin hafif şişman ve

şişman kabul edilen grupta olduğu görülmektedir. LDH oluşturabilecek mesleki risk faktörleri açısından değerlendirildiğinde, hastaların % 64'ünün uzun süreli ayakta durma ve % 63'ünün ise ağır yük kaldırmayı gerektiren mesleklere sahip oldukları görülmektedir. Ayrıca hastaların % 34'ünün sigara içtiği, % 72'sinin herhangi bir spor aktivitesinin bulunmadığı, % 66'sının ailesinde LDH olmadığı, % 73'ünün bel bölgesine zarar verecek bir travmaya maruz kaldığı, % 41'inin LDH dışında da sağlık sorunları bulunduğu ayrıca % 11'inin daha önce LDH nedeniyle ameliyat olduğu ve % 48'inin ise, LDH dışında başka bir sorun nedeniyle de ameliyat olduğu görülmektedir.

Çizelge 4.2. Hastaların LDH'ne İlişkin Tanı Alma Zamanı, Yakınmaları ve Aldıkları Tedavilerin Dağılımı

N=100

Tanı Alma Zamanı	**Sayı**	**%**
0-1 yıl önce	59	59.0
2-5 yıl önce	24	24.0
6 yıl + önce	17	17.0
Yakınmaları		
Bacak ağrısı	70	70.0
Bel ağrısı	62	62.0
Uyuşma	31	31.0
Ayağının üzerine basamama	21	21.0
Bel tutulması	8	8.0
Kuvvet kaybı	8	8.0
Kasılma	5	5.0
İdrar, gaita kaçırma	4	4.0
Hareketsiz kalma	3	3.0
Ayak düşmesi	1	1.0
Aldıkları Tedavi		***(n=69)**
Fizik tedavi	35	50.7
Ağrı kesici	25	36.2
Yatak istirahati	13	18.8
Sıcak uygulama	6	8.6
Bel çektirme	2	2.8

*Sorulara birden fazla cevap verilmiştir ve yüzdeler tedavi alan kişi sayısına göre alınmıştır.

Çizelge 4.2 'de hastaların % 59'unun 1 yıl içerisinde tanı aldıkları, % 70'inin bacak ağrısı, % 62'sinin bel ağrısı yakınmalarının olduğu ve ameliyat öncesi tedavi alan hastaların % 50.7'sinin ameliyat öncesi fizik tedavi uygulamalarına başvurduğu görülmektedir.

Çizelge 4.3. Hastaların Daha Önce LDH Nedeniyle Ameliyat Olma Durumları, Daha Önce Yapılan LDH Ameliyatının Seviyesi ve Ameliyatın Yapıldığı Zamanın Dağılımı

N=100

Daha Önce LDH Nedeniyle Ameliyat	**Sayı**	**%**
Olan	11	11.0
Olmayan	89	89.0
Ameliyatın Seviyesi (n=11)		
L_4-L_5	9	81.8
L_3-L_4	1	9.1
L_5-S_1	1	9.1
Ameliyatın Yapıldığı Zaman (n=11)		
0-1 yıl önce	6	54.5
2-5 yıl önce	4	36.3
6 yıl + önce	1	9.1

Çizelge 4.3'de hastaların % 11'inin daha önce LDH nedeniyle ameliyat olduğu, ameliyat olan hastaların % 81.8'inde ameliyatın L_4 _ L_5 seviyesinde olduğu ve hastaların yarısından fazlasının (% 54.5) bu ameliyatı bir yıllık süre içerisinde olduğu görülmektedir.

Çizelge 4.4. Hastaların LDH Dışındaki Sağlık Sorunları, Sağlık Sorunu Süresi ve Sağlık Sorununa Yönelik Uygulanan Tedavinin Dağılımı

N=100

LDH Dışında Sağlık Sorunu	**Sayı**	**%**
Olan	36	36.0
Olmayan	64	64.0
Sağlık Sorunları		***(n=36)**
Hipertansiyon	16	44.4
Ülser	8	22.2
Diyabet	4	11.1
Migren	3	8.3
Astım	3	8.3
**Diğerleri	9	25.0
Sağlık Sorunu Süresi		**(n=36)**
1 yıldan az	2	5.6
1-5 yıl	16	44.4
6 yıl +	18	50.0
Uygulanan Tedavi		***(n=36)**
İlaç	30	83.3
Diyet	9	25.0

***** Sorulara birden fazla cevap verilmiştir ve yüzdeler sağlık sorunu olan kişi sayısına göre alınmıştır.
******Eklem romatizması, hipotroidi, karaciğer yağlanması, hemipleji, myom, sinüzit.

Çizelge 4.4'de örnekleme alınan hastaların % 36'sının LDH dışında sağlık sorunu bulunduğu, sağlık sorununun hastaların, % 44.4'ünde hipertansiyon, % 22.2'sinde ülser, % 11.1'inde diabet, % 8.3'ünde migren ve astım olduğu görülmektedir. Bu sorunların, hastaların yarısında (% 50) 6 yıl ve daha uzun süredir görüldüğü ve hastaların % 83.3'ünün de sorunlara yönelik ilaç tedavisi aldığı görülmektedir.

Çizelge 4.5. Hastaların LDH Dışında Ameliyat Olma Durumları, Yapılan Ameliyatın Türü ve Zamanı, Evde Bakıma İlişkin Bilgi Alma Durumları, Bilgi Alınan Konular, Bilgi Alınan Sağlık Personelinin Dağılımı

N=100

LDH Dışında Ameliyat	**Sayı**	**%**
Olan	48	48.0
Olmayan	52	52.0
Yapılan Ameliyatın Türü		***(n=48)**
Genel Cerrahi	22	45.8
Jinekolojik Cerrahi	11	22.9
Üroloji-Ortopedi	10	20.8
Kalp-Damar Cerrahisi	7	14.5
KBB,Göz ameliyatları	6	12.5
Ameliyatın Yapıldığı Zaman		**(n=48)**
1-4 yıl önce	13	27.1
5-9 yıl önce	13	27.1
10 yıl + önce	22	45.8
Evde Bakıma İlişkin Bilgi		**(n=48)**
Alan	21	43.7
Almayan	27	56.3
Bilgi Alınan Konular		***(n=21)**
İlaç	18	85.7
Günlük yaşam aktiviteleri	12	57.1
Tıbbi izlem zamanı	12	57.1
Egzersiz	7	33.3
Komplikasyonların önlenmesi	5	23.8
Bilgi Alınan Sağlık Personeli		**(n=21)**
Doktor	20	95.2
Fizyoterapist + Doktor	1	4.8

*Sorulara birden fazla cevap verilmiştir ve yüzdeler daha önce ameliyat olan kişi sayısına göre alınmıştır.

Çizelge 4.5'de örnekleme alınan hastaların % 48'inin daha önce LDH dışında bir nedenle ameliyat olduğu, ameliyat olanların % 45.8'ine genel cerrahi ameliyatı uygulandığı, ayrıca LDH dışında ameliyat olan hastaların % 45.8'inin bu ameliyatı 10 yıl ve daha uzun süre öncesinde oldukları görülmektedir. Ayrıca daha önce LDH dışında ameliyat olan 48 hastanın % 43.7'sinin ameliyata ilişkin bilgi aldığı, daha önceki ameliyata ilişkin bilgi alan hastaların % 85.7'sinin ilaç konusunda bilgi aldıkları görülmektedir. Bilgi alan hastaların % 95.2'sinin bu bilgiyi doktordan aldığı görülmektedir.

Çizelge 4.6. Hastaların Daha Önce LDH Ameliyatına Yönelik Bilgi Alma Durumları, Bilgi Alınan Konular ve Bilgi Kaynaklarının Dağılımı

N=100

Daha Önce LDH Ameliyatına Yönelik Bilgi	**Sayı**	**%**
Alan	89	89.0
Almayan	11	11.0
Bilgi Alınan Konular		***(n=89)**
Günlük yaşam aktiviteleri	83	93.2
Egzersiz	29	32.5
Komplikasyonların önlenmesi	29	32.5
İlaç	9	10.1
Tıbbi izlem zamanı	7	7.8
Bilgi Kaynakları		***(n=89)**
Aynı ameliyatı olmuş bireyler	59	66.2
Arkadaş,komşu	54	60.6
Doktor	43	48.3
Dergi, gazete, tv., kitap	35	39.3
Fizyoterapist	18	20.2
Hemşire	2	2.2

*Sorulara birden fazla cevap verilmiştir ve yüzdeler LDH ameliyatı öncesi bilgi almış olan kişi sayısına göre alınmıştır.

Çizelge 4.6'da örnekleme alınan hastaların % 89'unun LDH ameliyatı öncesi ameliyata ilişkin bilgi aldığı, bilgi alan hastaların % 93.2'sinin günlük yaşam aktivitelerine ilişkin bilgi aldığı ve hastaların % 66.2'sinin bu bilgileri aynı ameliyatı olmuş bireylerden aldıkları görülmektedir.

Çizelge 4. 7. Hastaların Evde Bakımlarına İlişkin Bilgi Aldıkları Konular ve Bilgi Aldıkları Sağlık Personelinin Dağılımı

Evde Bakıma İlişkin Bilgi Alınan Konular	Bilgi				Bilgi Alınan Sağlık Personeli													
	Alan		Almayan		Doktor		Hemşire		* FTR		* DYT		*MST		Dr/FTR		Dr/MST	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Ağrı Kontrolü	47	47.0	53	53.0	47	100.0	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
Yara Bakımı	70	70.0	30	30.0	70	100.0	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
İlaç Kullanımı	81	81.0	19	19.0	81	100.0	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
Beslenme	42	42.0	58	58.0	39	92.8	_	_	_	_	3	7.2	_	_	_	_	_	_
Günlük Yaşam Aktiviteleri	92	92.0	8	8.0	73	79.3	_	_	12	13.0	_	_	_	_	7	7.7	_	_
Banyo Yapma	51	51.0	49	49.0	51	100.0	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
****Araba Kullanma**	7	21.2	26	78.8	7	100.0	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
*****Korse Kullanımı**	20	90.9	2	9.1	3	15.0	1	5.0	7	35.0	_	_	7	35.0	_	_	2	10.0
Egzersiz Uygulama	46	46.0	54	54.0	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
İlk Sağlık Kontrolü	90	90.0	10	10.0	90	100.0	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
Ameliyat Sonrası İlk 15 Günlük Dönemdeki Aktivite Sınırlılıkları	83	83.0	17	17.0	79	95.2	_	_	2	2.4	_	_	_	_	2	2.4	_	_
Ameliyat Sonrası 2. 15 Günlük Dönemdeki Aktivite Sınırlılıkları	61	61.0	39	39.0	61	100.0	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
Ameliyat Sonrası 3. 15 Günlük Dönemdeki Aktivite Sınırlılıkları	42	42.0	58	58.0	42	100.0	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_

**Araba kullanan hasta sayısı 33'dür.

***Korse kullanması önerilen hasta sayısı 22'dir.

*DYT=Diyetisyen / FTR=Fizyoterapist / MST=Medikal Satış Temsilcisi

Çizelge 4.7'de örnekleme alınan hastaların % 92'sinin günlük yaşam aktiviteleri, % 90'ının ilk sağlık kontrolü, % 83'ünün ameliyat sonrası birinci 15 günlük dönemdeki, % 61'inin ikinci 15 günlük dönemdeki, % 42'sinin üçüncü 15 günlük dönemdeki aktivite sınırlılıkları, % 81'inin ilaç kullanımı, % 70'inin yara bakımı, % 51'inin banyo yapma, % 47'sinin ağrı kontrolü, % 46'sının egzersiz uygulama, % 42'sinin beslenme, korse kullanması önerilen 22 hastanın % 90.9'unun korse kullanımı, araba kullanan 33 hastanın % 21.2'sinin araba kullanımı konularında bilgi aldıkları görülmektedir. Beslenme konusunda bilgi alan 42 hastanın % 92.8'inin doktordan, % 7.2'sinin diyetisyenden, günlük yaşam aktiviteleri konusunda bilgi alan 92 hastanın % 79.3'ünün doktordan, % 13'ünün fizyoterapistten, % 7.7'sinin doktor ve fizyoterapistten bilgi aldığı görülmektedir. Ayrıca korse kullanması önerilen ve korse kullanımı konusunda bilgi alan 20 hastanın % 15'inin doktordan, % 5'inin hemşireden, % 35'inin fizyoterapistten, % 35'inin medikal firma satış temsilcisinden, % 10'unun doktor ve medikal firma satış temsilcisinden, ilk 15 günlük dönemde ameliyat sonrası aktivite sınırlılıklarına ilişkin bilgi alan 83 hastanın % 95.2'sinin doktordan, % 2.4'ünün fizyoterapistten, % 2.4'ünün ise doktor ve fizyoterapistten bilgi aldığı görülmektedir. Ayrıca ağrı kontrolü, yara bakımı, ilaç kullanımı, ikinci ve üçüncü 15 günlük dönemdeki aktivite sınırlılıkları, banyo yapma, araba kullanımı ve ilk sağlık kontrolü konularında bilgi alan hastaların ise tamamının bilgiyi doktordan aldığı görülmektedir. Çizelgede görülmemekle birlikte egzersizin gerekliliği konusunda bilgi alan hastaların % 91.4'ü fizyoterapistten, % 4.3'ü doktordan, % 4.3'ü doktor ve fizyoterapistten, egzersize başlama zamanı konusunda bilgi alan hastaların % 92.8'inin fizyoterapistten, % 4.7'sinin doktordan, egzersiz yapılırken dikkat edilecekler konusunda bilgi alan hastaların tamamının doktordan, egzersizin yararı, türü, sıklığı, sayısı konularında bilgi alan hastaların ise tamamının fizyoterapistten bilgi aldığı görülmektedir. Ayrıca egzersiz hakkında broşür alan hastaların % 2.2'sinin doktordan, % 97.8'inin fizyoterapistten broşür aldığı görülmektedir.

Çizelge 4.8. Hastaların Evde Bakım Konusunda Bilgi Alma Durumlarının Dağılımı

Hastaların Evde Bakımlarına Yönelik Bilgi Almaları Gereken Konular	**Alan**		**Almayan**	
	Sayı	**%**	**Sayı**	**%**
Ağrı Kontrolü *n=47				
Ağrının tanımlanması	1	2.1	46	97.8
İstirahat	20	42.5	27	57.5
Rahatlama teknikleri	0	0.0	47	100.0
İlaç kullanımı	39	82.9	8	17.1
Yara Bakımı * n=70				
İyileşme sürecinin tanımlanması	0	0.0	70	100.0
Dikişlerin özelliği	64	91.4	6	8.6
Banyo sırasında dikkat edilecekler	23	32.8	47	67.2
Ameliyat bölgesinin gerilmesinin	3	4.2	67	95.8
önlenmesi	1	1.4	69	98.6
Enfeksiyondan korunma önlemleri	2	2.8	68	97.2
Enfeksiyon belirtileri				
İlaç Kullanımı *n=81				
İsimleri	81	100.0	0	0.0
Etkileri	20	24.6	61	75.4
Kullanılma sıklığı	79	97.5	2	2.5
Bir seferde kaç tane alınabileceği	75	92.5	6	7.5
Yan etkileri	1	1.2	80	98.8
Ne kadar süreyle kullanılacağı	7	8.6	74	91.4
Kullanılan diğer ilaçlarla etkileşimleri	1	1.2	80	98.8
Beslenme *n=42				
Beden ağırlığının normal sınırlarda	41	97.6	1	2.4
tutulması	4	9.5	38	90.5
Sıvı alım miktarı	9	21.4	33	78.6
Dengeli beslenme	3	7.1	39	92.9
Barsak alışkanlıklarının düzenlenmesi				
Günlük Yaşam Aktiviteleri *n=92				
Yatak özelliği	49	53.2	43	46.8
Yatak içi hareketler	40	43.4	52	56.6
Oturma, eğilme, uzanma	69	75.0	23	25.0
Yerden bir obje kaldırma	61	66.3	31	33.7
Ağırlık taşıma	63	68.4	29	31.6
Ameliyat Sonrası İlk 15 Günlük Dönemdeki Aktivite Sınırlılıkları *n=83				
Yatak istirahati	83	100.0	0	0.0
Ayağa kalkma ve oturma süresi	20	24.1	63	75.9
Yatak içi hareketler	2	2.4	81	97.6
Ameliyat Sonrası 2. 15 Günlük Dönemdeki Aktivite Sınırlılıkları *n=61				
Hareketlerin arttırılabileceği	58	95.1	3	4.9
Oturma süresi	17	27.8	44	72.2
Ev içi dolaşma süresi	17	27.8	44	72.2
Egzersiz programına başlanacağı	3	4.9	58	95.1
Merdiven inip çıkma durumu	17	27.8	44	72.2

Ameliyat Sonrası 3. 15 Günlük Dönemdeki Aktivite Sınırlılıkları *n=42				
Ev işlerine başlanabileceği	32	76.1	10	23.9
Ev dışında gezilebileceği	31	73.8	11	26.2
Oturma süresi	21	50.0	21	50.0
Yolculuk süresi	20	47.6	22	52.4
Seksüel aktiviteye başlama zamanı	0	0.0	42	100.0
Banyo Yapma *n=51				
Banyo zamanı	47	92.1	4	7.9
Banyoda yardımcı birilerinin olması	3	5.8	48	94.2
Duş şeklinde banyo	19	37.2	32	62.8
Düşmeye karşı önlem	0	0.0	51	100.0
Araba Kullanma * n=7				
Araba kullanmaya başlama zamanı	7	100.0	0	0.0
Arabada oturuş pozisyonu	2	28.5	5	71.5
Araba kullanırken dinlenme aralıkları	1	14.2	6	85.8
Korse Kullanımı *n=20				
Korse takmanın önemi	3	15.0	17	85.0
Korsenin takılma zamanı	11	55.0	9	45.0
Korsenin takılacağı yer	3	15.0	17	85.0
Korsenin takılış şekli	17	85.0	3	15.0
Korsenin çok sıkıştırılmaması gerekliliği	1	5.0	19	95.0
Korsenin çıkarılma zamanı	8	40.0	12	60.0
Korsenin çıkarılma şekli	7	35.0	13	65.0
Korsenin ne kadar süre kullanılacağı	3	15.0	17	85.0
Egzersiz Uygulama *n=46				
Egzersizin gerekliliği	46	100.0	0	0.0
Egzersizin yararı	2	4.3	44	95.7
Egzersize başlama zamanı	42	91.3	4	8.7
Egzersizin türü	18	39.1	28	60.9
Egzersizin sıklığı	17	36.9	29	63.1
Egzersizin sayısı	17	36.9	29	63.1
Egzersizin uygulama süresi	0	0.0	46	100.0
Egzersiz yapılırken dikkat edilecekler	9	19.5	37	80.5
Egzersizin yaptırılarak açıklanması	0	0.0	46	100.0
Egzersiz hakkında broşür verilmesi	46	100.0	0	0.0
İlk Sağlık Kontrolü *n=90				
Kontrole gelme zamanı	89	98.8	1	1.2
Kontrole gelmenin önemi	3	3.3	87	96.7
Kontrolde yapılacak değerlendirmeler	0	0.0	90	100.0
Kontrol zamanından önce doktora başvurulacak durumlar	19	21.1	71	78.9
Ulaşılabilecek telefon numarası	20	22.2	70	77.8

*Sorulara birden fazla cevap verilmiştir ve yüzdeler evde bakıma yönelik konulara ilişkin bilgi alan kişi sayısına göre alınmıştır

Çizelge 4.8'de örnekleme alınan hastaların evde bakımda ağrı kontrolü konusunda % 47'sinin bilgi aldığı, bilgi alan hastaların %82.9'unun ağrı kontrolünde ilaç kullanımına, % 42.5'inin ise istirahate yönelik bilgi aldığı görülmektedir.

Hastaların evde bakımda yara bakımı konusunda % 70'inin bilgi aldığı, bilgi alan hastaların % 91.4'ünün ameliyat dikişinin özelliğine, % 32.8'inin banyo sırasında dikkat edileceklere yönelik bilgi aldığı, ayrıca yara bakımı konusunda bilgi alan hastaların hiçbirisinin iyileşme sürecinin tanımlanmasına yönelik bilgi almadığı görülmektedir.

Hastaların evde bakımda ilaç kullanımı konusunda % 81'inin bilgi aldığı, bilgi alan hastaların tamamının ilacın ismine, % 97.5'inin kullanma sıklığına, % 92.5'inin bir seferde kaç tane alınacağına yönelik bilgi aldığı, ilaçların yan etkileri ve kullanılan diğer ilaçlarla etkileşimi konularında ise hastaların % 1.2'sinin bilgi aldığı görülmektedir.

Hastaların evde bakımda beslenme konusunda % 42'sinin bilgi aldığı, bilgi alan hastaların % 97.6'sının beden ağırlığının normal sınırlarda tutulmasına, % 21.4'ünün dengeli beslenmeye yönelik bilgi aldığı görülmektedir.

Hastaların evde bakımda günlük yaşam aktiviteleri konusunda % 92'sinin bilgi aldığı, bilgi alan hastaların % 75'inin oturma, eğilme, uzanmaya, % 68.4'ünün ağırlık taşımaya, % 66.3'ünün yerden bir obje kaldırmaya, % 53.2'sinin yatak özelliğine, % 43.4'ünün yatak içi hareketlere yönelik bilgi aldığı görülmektedir.

Hastaların evde bakımda ilk 15 günlük dönemdeki aktivite sınırlılıkları konusunda % 83'ünün bilgi aldığı, bilgi alan hastaların tamamının yatak istirahatine, % 24.1'inin ayakta durma ve oturma zamanına yönelik bilgi aldığı görülmektedir.

Hastaların evde bakımda ikinci 15 günlük dönemdeki aktivite sınırlılıkları konusunda % 61'inin bilgi aldığı, bilgi alan hastaların % 95.1'inin aktivitelerin arttırılabileceğine, % 27.8'inin oturma , ev içi dolaşma süresi ve merdiven inip çıkma zamanına yönelik bilgi aldığı görülmektedir.

Hastaların evde bakımda üçüncü 15 günlük dönemdeki aktivite sınırlılıkları konusunda % 42'sinin bilgi aldığı, bilgi alan hastaların % 76.1'inin ev işlerine başlanabileceğine, % 73.8'inin ev dışında da gezilebileceğine yönelik bilgi aldığı görülmektedir.

Hastaların evde bakımda banyo konusunda % 51'inin bilgi aldığı, bilgi alan hastaların % 92.1'inin banyo zamanına, % 37.2'sinin banyonun duş şeklinde yapılmasına yönelik bilgi aldığı ayrıca banyo yapma konusunda bilgi alan hastaların hiçbirisinin banyoda düşmelere karşı önleme yönelik bilgi almadığı görülmektedir.

Araba kullanan hastaların evde bakımda araba kullanımı konusunda % 21.2'sinin bilgi aldığı, bilgi alan hastaların tamamının araba kullanmaya başlama zamanına, % 28.5'inin ise arabada oturuş pozisyonuna yönelik bilgi aldığı görülmektedir.

Korse kullanması önerilen hastaların evde bakımda korse kullanımı konusunda % 90.9'unun bilgi aldığı, bilgi alan hastaların % 85'inin korsenin takılış şekline, % 55'inin korsenin takılma zamanına yönelik bilgi aldığı görülmektedir.

Hastaların evde bakımda egzersiz uygulanması konusunda % 46'sının bilgi aldığı, bilgi alan hastaların tamamının egzersizin gerekliliğine, % 91.3'ünün egzersize başlama zamanına yönelik bilgi aldığı, ayrıca bilgi alan hastaların tamamının egzersizlere ilişkin broşür aldığı görülmektedir. Bununla birlikte bilgi alan hastaların hiçbirinin egzersizsin uygulama süresine yönelik bilgi almadığı ve hastaların hiçbirine egzersizlerin yaptırılarak açıklanmadığı görülmektedir.

Hastaların ilk sağlık kontrolü konusunda % 90'ının bilgi aldığı, bilgi alan hastaların % 98.8'inin kontrole gelme zamanına yönelik bilgi aldığı, bununla birlikte hiçbirinin kontrolde yapılacak değerlendirmelere yönelik bilgi almadığı görülmektedir.

Çizelge 4.9. Hastaların Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimlerinin Dağılımı **N=100**

Taburculuk Aşamasında Bilgi Gereksinimi	**Sayı**	**%**
Olan	54	54.0
Olmayan	46	46.0
Bilgiye Gereksinim Duyulan Konular		***(n=54)**
Hastalığın Tekrarlama Sıklığı	19	35.1
Yara Bakımı	6	11.1
Aktivitelerinde Dikkat Edilecekler	5	9.2
Ağrı Kontrolü	5	9.2
Kabızlık	4	7.4
Korse Kullanımı	4	7.4
Yürüyüş Süresi	4	7.4
Banyo yaparken Dikkat Edilecekler	4	7.4
Egzersiz Yapma Sıklığı	3	5.5
Araba Kullanma	3	5.5
Yakınmaların Geçip Geçmeyeceği	2	3.7
Cinsel İlişkiye Başlama Zamanı	1	1.8
Spora Başlama Zamanı	1	1.8
Ameliyat Sonrası Sağlık Kontrolü	1	1.8

*Sorulara birden fazla cevap verilmiştir ve yüzdeler ameliyat sonrası bilgi gereksinimi olan kişi sayısına göre alınmıştır.

Çizelge 4.9'da örnekleme alınan hastaların % 54'ü taburculuk aşamasında bilgi gereksinimleri olduğunu, bilgi gereksinimi olan hastaların % 35.1'i LDH'nin tekrarlama olasılığına, % 11.1'i yara bakımına, % 9.2'si ağrı kontrolü ve günlük yaşam aktivitelerine yönelik bilgi gereksinimleri olduğunu ifade etmişlerdir.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, hastaların tanıtıcı özellikleri ve taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerine ilişkin tartışmalar yer almaktadır.

5. 1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Tartışma

Çalışmamızda hastaların yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında çoğunluğunun (% 63) 30-50 yaş grubunda olduğu görülmektedir (Çizelge 4.1). Yaş ve LDH oluşumu arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalarda; yaşlanmanın disk dejenerasyonunu arttırarak herniasyon riskini arttırdığı belirtilmektedir. Kirkaldy-Willis ve arkadaşları disk dejenerasyonunu etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmalarında disk herniasyonunun daha çok 30-50 yaşlar arasında ortaya çıktığını saptamışlardır (86). Ayrıca mesleki özelliklerden kaynaklanan riskler nedeniyle en çok etkilenen grubun çalışan yaş grubu olarak kabul edilen 30-50 yaş grubundaki bireyler olduğu belirtilmektedir (7, 26). Literatürde ağır yük kaldırma, uzun süreli oturma, ayakta durma, seyahat etme ve titreşime maruz kalmayı gerektiren mesleklerin LDH gelişimi açısından risk oluşturduğu belirtilmektedir (16, 14, 17, 7). Bizim çalışmamızda da 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 ağrılarının başladığını ifade etmiştir. Yıldırım LDH'li hastalarla yaptığı çalışmada hastaların % 41'inin ağır kaldırma, % 10'unun travmaya maruz kalma öyküsü olduğunu saptamıştır (85). Arasıl ve arkadaşları mekanik bel ağrısı olan 81 hastanın hikayesini inceledikleri çalışmalarında hastaların 7'sinde bel bölgesine yönelik travma, 48'inde zorlama olduğunu bildirmişlerdir (93). Yıldırım'ın belirttiğine göre; Snook yaptığı çalışmada bel ağrısını başlatacak risk faktörlerini % 40 ağır kaldırma, % 10 çekme, % 7 itme, % 5 taşıma, % 8 düşme ve kayma olarak sıralamıştır (85) . Yaş grubu, mesleki özellikler ve travmaya maruz kalma durumu açısından araştırma bulgularımızın literatürle benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Çalışmamızda örnekleme alınan hastaların yarısından fazlasının (% 55) erkek olduğu görülmektedir (Çizelge 4.1). LDH oluşumunda cinsiyetin etkisini inceleyen araştırma sonuçları farklılık göstermekle birlikte, erkeklerin LDH nedeniyle ameliyat olma sıklığının, kadınlara oranla 2 kat fazla olduğu bildirilmektedir (45, 22). Özgen ve arkadaşlarının LDH cerrahisinin komplikasyonlarını araştırdıkları çalışmalarında örneklem kapsamındaki hastalarının çoğunun (% 53.3) erkek olduğu saptanmıştır (29). Benzer şekilde Graver ve arkadaşlarının LDH ameliyatı olan hastalarla yaptıkları araştırmalarında örnekleme alınan 96 hastanın 54'ü erkek ve 42'si kadın olarak bildirilmiştir (49). Bu durumun cerrahiye başvuran erkek sayısının fazla olmasıyla açıklanabileceği belirtilmiştir (86).

Literatürde uzun boy ve fazla kilo LDH oluşumunda risk faktörü olarak belirtilmekle birlikte yapılan bazı çalışmalarda uzun boy, fazla kilonun bel ağrısı gelişiminde etkili olup olmadığı konusunda tartışmaların olduğu bildirilmektedir (7, 22, 86). Çalışmamızdaki hastaların çoğunluğunun (% 65) BKI değerlerinin normalin üzerinde olması, bu hastalarda fazla kilonun LDH gelişiminde etkili olabileceğini düşündürmektedir (Çizelge 4.1).

Sigara içme ile LDH oluşumu arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalarda sigaranın damarlar üzerinde meydana getirdiği değişiklikler nedeniyle vertebral kan akımını azalttığı ve diskin yetersiz beslenmesine sebep olduğu belirtilmektedir. Ayrıca sigara içmenin kronik öksürüğe yol açarak intradiskal basıncı yükselttiği böylece herniasyon riskini arttırdığı vurgulanmaktadır (16, 22, 23, 86, 87). Bizim çalışmamızda da hastaların yarısından fazlasının sigara içtiği düşünüldüğünde, sigaranın bu hastalarda LDH gelişiminde etkili olmuş olabileceği söylenebilir.

Yapılan araştırmalarda LDH nedeniyle yapılan ameliyatların % 90'ının L_4-L_5 / L_5-S_1 seviyesinde olduğu belirtilmektedir (9, 12, 16). Çalışmamızda hastaların % 72'sinin L_4-L_5, % 24'ünün L_5-S_1 disk mesafesinden ameliyat olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.1). Bu durumda ameliyat olunan disk mesafesi açısından bulgularımızın literatürle benzer özellikte olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda hastaların çoğunluğunda bacak ağrısı (% 70) ve bel ağrısı (% 62) yakınmalarının olduğu ve % 50.7'sinin fizik tedavi aldığı görülmektedir

(Çizelge 4.2). Kaynaklarda LDH'ne bağlı yakınmaların bel ağrısı, bacak ağrısı, kasılma, uyuşma, kuvvet kaybı, ayak düşmesi, idrar, gaita kaçırma olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte LDH tanısı alan hastaların cerrahi tedaviyi gerektiren durumlar ortaya çıkana kadar başvurdukları tedavi seçeneklerinin fizik tedavi uygulamaları olduğu vurgulanmaktadır (8, 12, 52, 57, 63). Araştırma bulgularımızın literatür bilgisi doğrultusunda olduğu söylenebilir.

Araştırmamızda örnekleme alınan hastaların % 36'sının başka bir sağlık sorunu olduğu, sağlık sorunu olan hastaların yarısına yakınının (% 44.4) sorununun hipertansiyon olduğu görülmektedir (Çizelge 4.4). 6. Ulusal Hipertansiyon Böbrek Hastalıkları Kongresi'nde açıklanan araştırma sonuçlarına göre toplumda hipertansiyon görülme yüzdesi % 31.8'dir (92). Bizim araştırmamızdaki bulguların ülkemizdeki hipertansiyon konusunda yapılmış araştırma sonuçlarıyla benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Literatürde LDH'nin % 5-15 oranında tekrarladığı belirtilmektedir (31, 33, 88). Gaston ve Marshall LDH ameliyatı olan 993 hastayı 10 yıllık süreyle izledikleri araştırmalarında disk herniasyonunun % 7.9 oranında tekrar ameliyat gerektirdiğini belirtmişlerdir (54). Bizim araştırmamızda da örnekleme alınan hastaların % 11'inin daha önce LDH nedeniyle ameliyat oldukları ve ameliyat olanların yarısından çoğunun (% 54.5) 1 yıl içerisinde tekrar ameliyat geçirdikleri görülmektedir (Çizelge 4.3). LDH'nin tekrar oranına ilişkin yapılmış araştırmalarla çalışmamızdaki bulgular aynı doğrultudadır. Kaynaklarda herniasyonun tekrar etmesinde rol oynayan faktörler; tanının doğru konması, herniasyonun derecesi, herniasyonun girdiği kanaldaki alan, cerrahi teknik, çıkarılan dokunun miktarı ve tekrarlı ameliyatlar olarak belirtilmektedir (31, 53). Ayrıca eğitim düzeyi yüksek, fiziksel durumu iyi olan, bakım konusunda uyumlu ve kendine nasıl bakacağını bilen kişilerde, iyileşmenin daha hızlı ve başarılı olduğu, bununla birlikte disk herniasyonunun yeniden gelişmesi riskinin daha az olduğu belirtilmektedir (88). Bizim araştırmamızdaki daha önce ameliyat olan hastaların yarısından çoğunun LDH nedeniyle 1 yıl içerisinde yeniden ameliyat oldukları düşünüldüğünde, hastaların gerek tanı aşamasında gerekse tedavisinin planlanmasında, ameliyat öncesi ve sonrası bakımlarında yetersiz kalındığı ve taburculuk planlamasında yeterince bilgi verilmediği düşünülebilir.

5. 2. Hastaların Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimlerine İlişkin Tartışma

Hastalara yapılacak etkin bir taburculuk planlaması için hastanın gereksinimlerinin belirlenmesi ve gereksinimleri esas alan bir taburculuk eğitiminin yapılması önemlidir. Taburculuk eğitiminin etkinliği ise bireyin öğrenim gereksiniminin farkında olması, öğrenmeyi kabullenmesi ve öğrenmeye hazır olması ile mümkündür. Çalışmamızda hastaların yarısından fazlası (% 54) taburculuk aşamasında bilgi gereksinimleri olduğunu ifade etmiştir. Hastaların bilgi gereksinimleri olduğunu ifade ettikleri konuların başında; hastalığın tekrarlama sıklığı (% 35.1), yara bakımı (% 11.1), ağrı kontrolü ve günlük yaşam aktivitelerinde dikkat edilmesi gerekenler (% 9.2) olduğu, ayrıca kabızlık, korse kullanımı, yürüyüş süresi, banyo yaparken dikkat edilecekler (% 7.4), egzersiz yapma sıklığı, araba kullanma (% 5.5), LDH'ne yönelik yakınmaların geçip geçmeyeceği (% 3.7), cinsel ilişki ve spor aktivitesine başlama zamanı, ameliyat sonrası sağlık kontrolleri (% 1.8) konularında da bilgi gereksinimleri olduğunu ifade ettikleri görülmektedir (Çizelge 4.9).

Hasta gereksinimlerinin saptanmasına yönelik yapılan bir çok araştırma sonucu da bizim bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Dahiliye ve cerrahi kliniklerinde yatıp taburcu olan 206 hasta üzerinde yapılmış bir araştırmada hastaların belirttikleri bilgi ihtiyaçlarının % 17'sinin tanıya, % 5'inin tedaviye, % 6'sının ilaç kullanımına ve diğer sağlık bilgilerine yönelik olduğu bildirilmiştir (79). Lithner ve arkadaşlarının hastaların ameliyat öncesi ve sonrasında bilgi gereksinimlerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında, taburculuk aşamasında % 96'sının hastalığın nedenine ve komplikasyonların önlenmesine yönelik bilgi almak istedikleri belirtilmektedir (81). Karadağ'ın LDH ameliyatı olan hastalarla yaptığı çalışmasında hastaların ameliyat sonrası döneme yönelik olarak ameliyatın sonucu, riskleri, dikkat etmesi gereken kurallar, tam olarak iyileşme zamanı ve hastalığın tekrarlama riski konularında bilgi almak istedikleri belirlenmiştir (37). Çilingir'in günlük cerrahi ünitesinde ameliyat olan hastalarla yaptığı çalışmasında ise hastaların % 72.2'sinin evde yaşanabilecek sorunlara ve çözümlerine ilişkin ayrıntılı bilgi verilmesini istedikleri belirlenmiştir (80). Feingold'un belirttiğine göre; Shotkin ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarında bel

ağrısı olan hastaların taburcu olduktan sonra evde bakımın devamı, hareket kısıtlılığı, kontrollere gelme zamanı, günlük yaşam aktivitelerini düzenleme konularında bilgi istediklerini belirtmişlerdir (91). Bizim araştırmamızda hastaların evde bakımlarına yönelik ifade ettikleri bilgi gereksinimleri literatür bulgularıyla benzerlik göstermekle beraber hastaların yeterince bilgi almadıkları halde yalnızca % 54'ünün bilgi gereksinimi olduğunu ifade etmesinin; hastaların neyi bildiklerinin ve neyi bilmeleri gerektiğinin farkında olmadıklarını düşündürmektedir. Ayrıca bu durumun hastaların talep etme davranışının gelişmediğinden ve hasta haklarını bilmemelerinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmamızda örnekleme alınan hastaların evde bakımlarına ilişkin konularda günlük yaşam aktiviteleri (% 92), ilk sağlık kontrolü ve korse kullanımı (% 90), ameliyat sonrası ilk 15 günlük dönemdeki aktivite sınırlılıkları (% 83), ilaç kullanımı (% 81), yara bakımı (% 70) konularında çoğunluğunun bilgi aldıklarını ifade etmelerine karşın, bilgi aldıkları konuların içeriğine bakıldığında oldukça yetersiz olduğu görülmektedir (Çizelge 4.8). Hastaların çoğunluğunun yara bakımına ilişkin bilgi aldıklarını ifade etmelerine karşın bu konuda bilgi alan hastaların enfeksiyondan korunma önlemleri konusunda % 1.4'ünün, enfeksiyon belirtileri konusunda % 2.8'inin bilgi almış olması , ameliyat sonrası hastaların en çok sıkıntı yaşadıkları ağrı kontrolü konusunda bilgi alan 47 hastanın hiçbirisinin rahatlama tekniklerine ilişkin bilgi almamış olması, beslenme konusunda hastaların çoğunlukla sadece beden ağırlığının normal sınırlarda tutulması (% 97.6) konusunda bilgi almış olması buna karşın sıvı alım miktarı (% 9.5), barsak alışkanlıklarının düzenlenmesi (% 7.1) konusunda sınırlı sayıda hastanın bilgi almış olması hastaların bilgi aldıkları konuların içeriğinin yetersiz olduğunu göstermektedir.

İlaç kullanımı konusunda bilgi aldıklarını ifade eden hastaların ilaçların yan etkileri ve ilaç etkileşimleri konularında (% 1.2) çok azının bilgi almış olması, hastaların yarısına yakınının hipertansiyonu olduğu ve hastaların hipertansiyona yönelik kullandıkları ilaçların LDH ameliyatı sonrası önerilen antienflamatuar ilaçlarla etkileşiminin olduğu düşünüldüğünde sorun yaratabileceğini düşündürmektedir. Egzersizler konusunda bilgi alan hastaların tamamının egzersizin gerekliliğine ilişkin bilgi almalarına karşın hastaların hiçbirisinin egzersizin uygulama süresine ilişkin bilgi almadığı ve hastaların hiçbirine egzersizin

yaptırılarak açıklanmadığı düşünüldüğünde ameliyat sonrası gövde kas gücünün sağlanmasında önemli yeri olan egzersizlerin etkin olamayacağı ve iyileşme sürecinin uzayabileceği düşünülebilir. Bununla birlikte günlük yaşam aktivitelerine ilişkin bilgi aldığını ifade eden hastaların yarısından fazlasının bilinmesi gereken konulara ilişkin bilgi aldığı, bunun da diğer evde bakım konu içeriklerine bakıldığında yeterli olduğu görülmektedir. Literatürde yer alan taburculuk aşamasında 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 karşılaşılabilecek güçlükleri tahmin edememelerinden kaynaklandığını düşündürmektedir.

Hastalara evde bakımlarına yönelik yapılacak planlı ve etkin taburculuk eğitimi hastaların iyileşme sürecinde önemli yer tutmaktadır. Araştırmacılar Hollanda da hastaların taburcu olduktan 2 hafta sonra % 93'ünde bir ya da daha fazla sağlık problemi yaşadığını ve bu hastaların % 70'inin bilgi ihtiyacı olduğunu ifade ettiklerini bildirmişlerdir (45). Benzer şekilde Taiwan'da yapılan bir araştırmada taburculuğu takip eden 4 hafta boyunca hastaların sıklıkla sağlık problemleri yaşadığı, günlük yaşam aktivitelerinde sınırlılıklar oluştuğu, sağlık ve sosyal bakım ihtiyaçlarının yeterince karşılanamadığı bildirilmiştir (46). Hastaların taburculuk sonrası yaşadıkları problemler gereksiz tekrarlı yatışlar, istendik iyileşme düzeyine gelinememesi ve yaşam kalitesinde düşme şeklinde sonuçlar doğurmaktadır (47). Graham ve Livesley'in yaptığı çalışmada taburculuk eğitimiyle tekrarlı yatışların % 47.7 önlenebileceği bulunmuştur (82). Bu durumda hastaların taburculuk planlamasında sağlık ekibinin ortak amaçlar belirleyerek interdisipliner yaklaşımla planlı ve koordine çalışması gereklidir (84). Oliwas ve arkadaşları sağlık ekibinde interdisipliner yaklaşımın bakımın kalitesi için birlikte hareket etmeyi sağladığını ve yatış süresini kısalttığını ayrıca uygun kaynak kullanımını standardize ettiğini, işbirliğini arttırdığını, tedavi ve bakımın devamını sağladığını, sağlık harcamalarını en aza indirdiğini, bakım verenlerin, çalışanların memnuniyetini arttırdığını belirtmişlerdir (94). Sağlık ekibinin içinde hemşire hastalarla birebir ilişkide bulunan kişi olarak interdisipliner yaklaşım çerçevesinde hem ekip üyeleri arasında hem de

ekip üyeleri ile hasta arasında iletişimin sağlanmasında önemli sorumluluk sahibidir. Hemşirenin sorumluluklarından birisi de hastanın taburculuk aşamasındaki bilgilendirilmesidir. Çilingir çalışmasında günlük cerrahi uygulanan hastaların sağlık çalışanlarından beklentilerine ilişkin hastaların % 83.9'unun hekimden tıbbi tedavi hizmeti, hemşireden ise % 89.1'inin bakım ve % 78.3'ünün cerrahi süreciyle ilgili bilgilendirilme hizmeti beklediklerini belirtmiştir (80). Bizim araştırmamızda da hastaların evde bakıma yönelik aldıkları sınırlı bilginin çoğunlukla doktordan alındığı, beslenme konusunda bilgi alan 42 hastanın yalnızca % 7.2'sinin diyetisyenden, egzersizin gerekliliği konusunda bilgi alan hastaların % 91.4'ünün fizyoterapistten, korse kullanımı konusunda bilgi alan 20 hastanın sadece % 5'inin hemşireden bilgi aldığı görülmektedir (Çizelge 4.7). Hemşirenin ilaçlar, beslenme, günlük yaşam aktiviteleri, egzersiz, yara bakımı, ağrı kontrolü, sağlık kontrolleri konularında planlanacak eğitimde ekibin diğer üyeleri ile işbirliği içinde sorumluluklarını yerine getirmesi gerekirken, neredeyse hiç yer almadığı görülmektedir.

Çalışmamızda çıkan sonuçlar hastaların taburculuk aşamasında yeterince bilgilendirilmediği, hastaların aldığı sınırlı bilgiyi çoğunlukla doktordan aldığı, diğer sağlık ekibi üyelerinin eğitimde çok az yer aldığı, hemşirenin ise neredeyse hiç bulunmadığı yönündedir. Hemşirenin sağlık hizmetinin koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici alanlarında en önemli sorumluluklarından birinin eğitim fonksiyonu olmasına rağmen sonuçların bu şekilde olması hemşirenin bu rolünü yeterince yerine getiremediğini düşündürmektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6. 1. SONUÇLAR

Bu araştırmada, lomber disk hernisi nedeniyle cerrahi girişim uygulanan hastaların taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimleri incelenmiş ve aşağıdaki sonuçlar bulunmuştur.

6. 1. 1. Hastaların % 63'ünün 30-50 yaş grubunda, % 55'inin erkek, % 57'sinin okur yazar ve ilkokul mezunu olduğu, % 63'ünün sosyal güvencesinin sosyal sigortalar kurumu arafından karşılandığı, ayrıca ameliyat oldukları mesafelere bakıldığında % 72'sinin L_4-L_5 mesafesinde olduğu saptanmıştır. Hastaların % 65'inin hafif şişman ve şişman grupta olduğu, % 64'ünün uzun süreli ayakta durma ve % 63'ünün ağır yük kaldırma gerektiren iş kollarında çalıştıkları, % 34'ünün sigara içtiği, % 73'ünün bel bölgesine zarar verecek bir travmaya maruz kaldığı, % 36'sının LDH dışında da sağlık sorunları bulunduğu, % 11'inin daha önce LDH nedeniyle ameliyat olduğu ve % 48'inin LDH dışında başka bir sorun nedeniyle de ameliyat olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.1).

6. 1. 2. Hastaların % 59'unun LDH tanısını 1 yıl içerisinde aldıkları, % 70'inin bacak ağrısı, % 62'sinin bel ağrısı yakınmalarının olduğu ve ameliyat öncesi tedavi alan hastaların % 50.7'sinin ameliyat öncesi fizik tedavi uygulamalarına başvurduğu saptanmıştır (Çizelge 4.2).

6. 1. 3. Hastaların % 11'inin daha önce LDH nedeniyle ameliyat olduğu, ameliyat olan hastaların % 81.8'inde ameliyatın L_4- L_5 seviyesinde olduğu ve hastaların % 54.5'inin bu ameliyatı bir yıllık süre içerisinde olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.3).

6. 1. 4. Hastaların % 36'sının LDH dışında sağlık sorunun olduğu, LDH dışında sağlık sorunu olan hastaların % 44.4'ünün hipertansiyonunun olduğu ve hastaların % 50'sinin 6 yıl ve daha uzun süredir LDH dışında sağlık sorunu yaşadığı ayrıca % 83.3'ününde bu sorunlara yönelik ilaç tedavisi aldığı saptanmıştır (Çizelge 4.4).

6. 1. 5. Hastaların % 48'inin daha önce LDH dışında bir nedenle ameliyat olduğu, ameliyat olanların % 45.8'ine genel cerrahi ameliyatı uygulandığı, ayrıca

LDH dışında ameliyat olan hastaların % 45.8'inin bu ameliyatı 10 yıl ve daha uzun süre öncesinde oldukları saptanmıştır (Çizelge 4.5).

6. 1. 6. LDH dışında daha önce ameliyat olan hastaların (% 48) yarısından azının (% 43.7) ameliyata ilişkin bilgi aldığı, daha önceki ameliyata ilişkin bilgi alan hastaların çoğunluğunun (% 85.7) ilaç konusunda bilgi aldığı ve tamamına yakınının (% 95.2) bu bilgileri doktordan aldığı saptanmıştır (Çizelge 4.5).

6. 1. 7. Hastaların % 89'unun LDH ameliyatı öncesi ameliyata ilişkin bilgi aldığı, bilgi alan hastaların % 66.2'sinin bu bilgileri aynı ameliyatı olmuş bireylerden aldıkları saptanmıştır (Çizelge 4.6).

6. 1. 8. Evde bakıma yönelik konularda; ağrı kontrolü, yara bakımı, ilaç kullanımı, ikinci ve üçüncü 15 günlük dönemdeki aktivite sınırlılıkları, banyo yapma, araba kullanımı ve ilk sağlık kontrolü konularında bilgi alan hastaların tamamının bilgiyi doktordan aldığı, beslenme konusunda bilgi alan 42 hastanın yalnızca % 7.2'sinin diyetisyenden, egzersizin gerekliliği konusunda bilgi alan hastaların % 91.4'ünün fizyoterapistten, korse kullanımı konusunda bilgi alan 20 hastanın ise sadece % 5'inin hemşireden bilgi aldığı görülmektedir (Çizelge 4.7).

6. 1. 9. Evde bakımda ağrı kontrolü konusunda bilgi alan hastaların (% 47) büyük çoğunluğunun (% 82.9) ağrı kontrolünde ilaç kullanımına yönelik bilgi aldığı saptanmıştır (Çizelge 4.8).

6. 1. 10. Evde bakımda ilaç kullanımı konusunda bilgi alan hastaların (% 81) tamamının ilacın ismine yönelik bilgi aldığı, ilaçların yan etkileri ve kullanılan diğer ilaçlarla etkileşimi konularında ise hastaların çok azının (% 1.2) bilgi aldığı saptanmıştır (Çizelge 4.8).

6. 1. 11. Evde bakımda yara bakımı konusunda bilgi alan hastaların (% 70) büyük çoğunluğunun (% 91.4) ameliyat dikişinin özelliğine yönelik bilgi aldığı, ayrıca yara bakımı konusunda bilgi alan hastaların hiçbirisinin iyileşme sürecinin tanımlanmasına yönelik bilgi almadığı saptanmıştır (Çizelge 4.8).

6. 1. 12. Evde bakımda beslenme konusunda bilgi alan hastaların (% 42) büyük çoğunluğunun (% 97.6) beden ağırlığının normal sınırlarda tutulmasına yönelik bilgi aldığı saptanmıştır (Çizelge 4.8).

6. 1. 13. Evde bakımda günlük yaşam aktiviteleri konusunda bilgi alan hastaların (% 92) çoğunluğunun (% 75) oturma, eğilme, uzanmaya yönelik bilgi aldığı saptanmıştır (Çizelge 4.8).

6. 1. 14. Evde bakımda banyo konusunda bilgi alan hastaların (% 51) büyük çoğunluğunun (% 92.1) banyo zamanına yönelik bilgi aldığı ayrıca banyo yapma konusunda bilgi alan hastaların hiçbirisinin banyoda düşmelere karşı önleme yönelik bilgi almadığı saptanmıştır (Çizelge 4.8).

6. 1. 15. Araba kullanan ve araba kullanımı konusunda bilgi alan hastaların (% 21.2), tamamının araba kullanmaya başlama zamanına yönelik bilgi aldığı saptanmıştır (Çizelge 4.8).

6. 1. 16. Korse kullanması önerilen ve korse kullanımı konusunda bilgi alan hastaların (% 90.9), çoğunluğunun (% 85) korsenin takılış şekline yönelik bilgi aldığı saptanmıştır (Çizelge 4.8).

6. 1. 17. Evde bakımda egzersiz uygulanması konusunda bilgi alan hastaların (% 46) tamamının egzersizin gerekliliğine, % 91.3'ünün egzersize başlama zamanına yönelik bilgi aldığı, ayrıca bilgi alan hastaların tamamının egzersizlere ilişkin broşür aldığı görülmektedir. Bununla birlikte bilgi alan hastaların hiçbirinin egzersizin uygulama süresine yönelik bilgi almadığı ve hastaların hiçbirine egzersizlerin yaptırılarak açıklanmadığı saptanmıştır (Çizelge 4.8).

6. 1. 18. Evde bakımda ameliyat sonrası ilk 15 günlük dönemde aktivite sınırlılıklarına yönelik bilgi alan hastaların (% 83) tamamının yatak istirahatine, ikinci 15 günlük dönemdeki aktivite sınırlılıkları konusunda bilgi alan hastaların (% 61) büyük çoğunluğunun (% 95.1) aktivitelerin arttırılabileceğine, üçüncü 15 günlük dönemdeki aktivite sınırlılıkları konusunda bilgi alan hastaların (% 42) yarısından çoğunun (% 76.1) ev işlerine başlanabileceğine yönelik bilgi aldığı saptanmıştır (Çizelge 4.8).

6. 1. 19. İlk sağlık kontrolü konusunda bilgi alan hastaların (% 90) tamamına yakınının (% 98.8) kontrole gelme zamanına yönelik bilgi aldığı, bununla birlikte hiçbirinin kontrolde yapılacak değerlendirmelere yönelik bilgi almadığı saptanmıştır (Çizelge 4.8).

6. 1. 20. Taburculuk aşamasında bilgi gereksinimleri olduğunu ifade eden hastaların (% 54), % 35.1'inin LDH'nin tekrarlama olasılığına, % 11.1'inin yara bakımına, % 9.2'sinin ağrı kontrolü ve günlük yaşam aktivitelerine yönelik bilgi gereksinimleri olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.9).

6. **1. 21.** Hastaların cinsiyet, yaş, eğitim durumu, LDH nedeniyle daha önce ameliyat olma durumu, LDH ameliyatına ilişkin daha önce bilgi alma durumu, LDH dışında başka bir ameliyat olma durumuna göre; taburculuk aşamasında ilaç kullanımı, yara bakımı, beslenme, egzersiz, günlük yaşam aktiviteleri ve ilk sağlık kontrolü konularında bilgi alma durumları incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$) (Ek Çizelge 2.1-2.20)

6. 2. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen bulgular değerlendirildiğinde; hastalara taburculuk aşamasında ameliyat sonrası bakımlarına ilişkin yeterli bilgi verilmediği, hastaların bakımlarıyla ilgili pek çok konuda bilgi eksiklikleri olduğu, hastaların aldığı sınırlı bilgiyi çoğunlukla doktordan aldığı, diğer sağlık ekibi üyelerinin eğitimde çok az yer aldığı, hemşirenin ise neredeyse hiç yer almadığı görülmüştür. Bu nedenle :

6. 2. 1. Ekip üyelerinin işbirliğiyle belirlenecek stratejiler doğrultusunda; LDH ameliyatı sonrası eğitimin planlanması, planlanan eğitimin yetişkin eğitimi ilkeleri doğrultusunda 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,

6. 2. 2. Hemşirelerin hastaların taburculuk aşamasındaki eğitimlerinin tüm ekip üyelerinin katılımıyla gerçekleşmesini sağlayabilmeleri ve eğitimin uygulanmasında etkin olarak rol alabilmeleri için görev içi eğitimlerle desteklenmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2000, Ankara, 2001.

2. Salvage, J.,(ed) Hemşirelikte Etkinliğe Doğru Eylem, (ed) Saadet Ülker, Ankara, Aydoğdu Ofset, 1993.

3. 21.Yüzyılda Yaşam Herkes İçin Bir Vizyon, Dünya Sağlık Raporu, 1998.

4. Gökalp, H.Z., Erongun,U., Nöroşirürji Ders Kitabı, 1988.

5. Ege, R., Vertebra-Omurga, Türk Hava Kurumu Basımevi, Ankara, 1992.

6. Wideman, T., Crities, M., Surgical Indications and Techniques The Lumbar Spine, Ed. committee. Wiesel, S.W.,Weinstein, N.J., Herkowitz, H.,Dvorak, J., Bell,G., Volum1,1996.

7. Low Back Pain , N Engl Med, 2001. Vol.344, No. 5 , February 1, 363-370.

8. Zileli, M., Gülmen, V., Lomber Disk Hernisinde Yakınma ve Bulgular, 'Omurilik ve Omurga Cerrahisi' (Ed Zileli M., Özer F.)'nde, İzmir, 635-646, 2002.

9. Sema Pai, MPH, Lakshmi J., Sundaram, MIA, MPH Low Back Pain: An Economic Assessment in The United States Orthop Clin N Am 35, 1-5, 2004.

10. Karadağ, A., Hemşirelikte Bel Ağrısı Sorunu ve Önlenmesi, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt:9, Sayı:1, 51-57, Ocak-Haziran 2002.

11. Karahan, A., Hemşirelikte Klinik Ortamda Vücut Mekaniklerini Kullanma ve Bel Ağrısı Görülme Durumlarının Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2000.

12. Tuna N, Bel Ağrısı ve Siyatik. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul 1991.

13. Türkiye Çalışan Nüfusu, Devlet İstatistik Enstitüsü Verileri, [online]. http://www. die.gov.tr, [03.08.05.]

14. Dutton, M., The Lumbar Spine, Manual Therapy of The Spine an İntegrated Approach Covers Treatment Strategies İncludes Review Question Fallows APTA Guide to Physical Therapy Practice Highly Illustrated, 2002.

15. Öztürk A, Low Back Pain Epidemiyolojisi, ed Göksoy T, Haydarpaşa Numune Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği İstanbul 1998.

16. . Kawalski, M.T., Rosdahl, C.B., İntervertebral Disk Disease, Textbook of Basic Nursing, Eight Edition, 1181-1182, 2003.

17. Nelson A., Fragala G., Menzel N., Myths and Facts About Back Injuries in Nursing, AJN, Vol. 103, No.2, 32-40, February 2003.

18. Kozanoğlu ,M.E., Demirkesen, A., Adam, M., Sarpel, T., Göncü, K., Bel Ağrılı Olgularımızın Özellikleri, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, Cilt:22, Sayı:4, 264-267, 1997,

19. Wideman, T., Crities, M., The Lumbar Spine, Ed.committee. Wiesel,S.W., Weinstein, N.J., Herkowitz,H., Dvorak,J., Bell,G. Volum 2, 272-274, 1996.

20. Couthen, C.J., M.D.,(ed), Lumbar Spine Surgery, İndication, Echniques, Failures and Alternatives,1983.

21. Benzel, C., Spine Surgery, Complication Avoidance and Management, Volum1, Churchill Livingstone,1999.

22. Wideman, T., Crities, M., Epidemiology of Disk Disease, 'The Lumbar Spine' (Ed. committee. Wiesel, S.W.,Weinstein, N.J., Herkowitz, H., Dvorak, J., Bell,G.)'da, Volum1, 16-25, 1996.

23. Wideman, T., Crities, M., History Taking and Physical Examination: Identification of Syndromes of Back Pain, 'The Lumbar Spine' (Ed. committee. Wiesel, S.W., Weinstein, N.J., Herkowitz, H., Dvorak, J., Bell,G.)'da, Volum1, 85-101, 1996.

24. Beyazova, M., Kutsal, G.Y., (Ed.) Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Güneş Kitabevi, 2000.

25. Erdil, F., Elbaş, Ö.N., Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, 2.Baskı, Ankara 1997.

26. Lawrence G. Lenke, Shirley Moore, Kay E. Gaehle, Sheila West, Lumbar Disc Herniation AORN Journal, Vol 59, No.6, 1230-1248, June 1994.

27. Bel Fıtıkları, http://www.tip2000.com/tedavi/belfitiklari. [25.07.2003.]

28. Meeker, H.M., Lothrock, C.J., Care of the Patient Surgery, eleventh edition, Mosby, 1999.

29. Özgen S., Konya D., Pamir N.M., Complications of Lumbar Disc Surgery, Proceeding of the NASS 18th Annual meeting, The Spine Journal 3 , 1554-1555, 2003.

30. Tucker, S.M., Canabbio, M.M., Paquette, E.V., Wells, M.E., Patient Care Standarts, sixth edition, Mosby, USA, 1996.

31. Zileli M., Lomber Disk Hernisinde Cerrahi Teknik, 'Omurilik ve Omurga Cerrahisi' (Ed. Mehmet Zileli, Fahir Özer)'nde, İzmir, 679-691, 2002.

32. Zimmerman, R., Surgical İndications and Techniques, 'The Lumbar Spine' (Ed. Committee, Wiesel, S.W.,Weinstein, N.J., Herkowitz, H.,Dvorak, J., Bell,G.)'da, Volum1, 495-509, 1996.

33. Carragee, E.J., Han, M.Y., Sue, P.W., Kim, D., Clinical Outcomes After Lumbar Discectomy for Sciatica; the Effects of Fragment Type and Anular Competences,1999, Hacettepe Üniversitesi Kütüphaneleri[online]. http://www.jbjs.org. [12.07.05].

34. Özgen S., Lomber Disk Hastalığında Cerrahi Tedavinin Sonuçları ve Prognoz, 'Omurilik ve Omurga Cerrahisi', (Ed Mehmet Zileli, Fahir Özer)'nde, İzmir, 675-678, 2002.

35. Dai, Y.T., Chang, Y., Effectiveness of a Pilot Project of Discharge Planning in Taiwan Research in Nursing & Health , 26, 53-63, 2003.

36. Susan M., Nursing Case Management: Application to Neuroscience Nursing Journal of Neuroscience Nursing, Vol. 23, No. 6, 390-397, December, 1991.

37. Karadağ M., Lomber Disk Ameliyatı Öncesi ve Sonrası Sorunlarla Baş Etmede Hemşirenin Rolü, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1999.

38. Devoti, A.L., Lumbar Laminectomy Diagnosis to Discharce Journal of Neurosurgical Nursing, 15:3, 140-143, June, 1983.

39. Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., Adult Surgical Patients and İnformation Provided to Them by Nurses: A Literature Review, Patient Education and Counseling, 1-10, 18 February, 2005.

40. The intervertebral Disk Manual Therapy of The Spine an İntegrated Approach Mark Dutton Covers Treatment Strategies İncludes Review Question Fallows APTA Guide to Physical Therapy Practice Highly Illustrated, 2002.

41. Naylor, M.D., Brooten, D., Champbell, R., Jacobsen, B.S., Mezey, M.D., Pauly, M.V., Comprehensive Discharge Planning and Home Follow up of Hospitalized Elders- A Randomized Clinical Trial. Journal of the American Medical Association, 281, 613-620, 1999.

42. Jackson, M.F., Discharge Planning: Issues and Challenges for Gerontolojical Nursing. A Critique of the Literature, Journal of Advanced Nursing, 19, 495 -502, 1994.

43. Holmes, L.K., Lenz, R.E., Perceived Self-Care İnformation Needs and İnformation- Seeking Behaviors Before and After Elective Spinal Procedures, Journal of Neuroscience Nursing. Vol 29, No 2, 79-85, April 1997.

44. Coelling, H.U., Biordi, D.L., Theis, L.S., Hacettepe Üniversitesi Kütüphaneleri[online] Discharge Teaching Work Strategies of Patients and Families for Care in the Home, 1999, http// gateway. Proquest.com. [21.08.03].

45. Harteveld, J.T.M.., Mistiaen, P.J.M.L., Emden, D.M.D., Home Visits by Community Nurses for Cancer Patients After Discharge From Hospital – An Evaluation Study of the Continuity Visit, Cancer Nursing, 20, 105-114, 1997.

46. Chen, Z.,T., Lin, Y.C., Dai, Y.T., The Problems of Family Caregiving Among Discharged Patients in First Month. Nursing Research (Taiwan Nurses Association), 7, 423-434, 1999.

47. O'Hare, P.A., Yost, L.S., McCorkle , R., Strategies to İmprove Continuity of Care and Decrease Rehospitalization of Cancer Patients: A review. Cancer Investigation, 11,140- 158, 1993.

48. Cronin C.J., Maklebust, J: Case Managed Care: Capitalizing on the CNS: Nurs Manege, 20 (3), 38-47, 1989.

49. Graver V., Haaland A. K., Magnaes B., Loeb M., Seven- Year Clinical Follow-up After Disc Surgery: Results and Predictors of Outcome British Journal of Neurosurgery ,13 (2), 178-184, 1999.

50. Kirazlı Y., Lomber Disk Hastalığında Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, 'Omurilik ve Omurga Cerrahisi' (Ed Mehmet Zileli, Fahir Özer)'nde, İzmir, 661-674, 2002.

51. Akbay, A., Bozkurt, G., Palaoğlu, S., Disk Hernileri ve Spinal Dar Kanal, 'Temel Nöroşirürji' (Ed Kemal Benli)'de, Ankara, 277-291, 2004.

52. McKenzıe, R., Donelson, R., Mechanical Diagnosis And Therapy For Low Back Pain: Toward A Beter Understanding, 'The Lumbar Spine' (Ed. committee. Wiesel, S.W.,Weinstein, N.J., Herkowitz, H.,Dvorak, J., Bell,G.)'da, Volum1, 998-1011, 1996.

53. Simeone, F.A.,Lumbar Disc Disease, Lumbar Spine Surgery, 'İndication, Techniques, Failures and Alternatives' (Ed. Couthen, C.J., M.D.)'de 3805-3816, 1983.

54. Gaston, P., Marshall, W.R., Survival Analysis is A Better Estimate of Recurrent Disc Herniation, Journal of Bone and Joint Surgery, ProQuest Medical Library, 85,4, 535-537, May 2003.

55. Fox V.,J., Post operative Education That Works May AORN Journal 1998, Vol 67, No 5, 1010-1017.

56. Kawalski, M.T., Rosdahl, C.B., Laminectomy and Spinal Fusion, Lumbar or Cervical , Textbook of Basic Nursing, Eight Edition, 2003.

57. Roses, M.S.,Conservative Management of Cervical and lumbar Pain, 'Lumbar Spine Surgery, İndication, Techniques, Failures and Alternatives' (Ed Couthen, C.J., M.D.)'de, 3991-3998, 1983.

58. Hasssling L., Lumbar Spine Fusion, Different Types and Indications, 'The Lumbar Spine', (Ed. committee. Wiesel, S.W., Weinstein, N.J., Herkowitz, H.,Dvorak, J., Bell,G.)'da Volum1, 865-874, 1996.

59. Canabbio, M.M., Back Pain , Mosby's Handbook of Patient Teaching, 91-99, 2000.

60. İgnatavicıus D.,D., Workman M.L., Mıshler, M.A., İnterventions for Clients With Problems of The Central Nervous System, The Spinal Cord, Medical Surgical Nursing Across the health Care Continium, 3. Edition, 1057-1064, 1999.

61. Bates, G., ThePatient With A Diesase of The Musculoskeletal System, Mason's Basic Medical-Surgical Nursing , 458-463, 1997.

62. Kawalski, M.T., Rosdahl, C.B., Management of Patients With Neurolojik Dysfunction , Textbook of Basic Nursing, Eight Edition, 2003.

63. Ljunggren, A.E., Natural History And Clinical Role of The Herniated Disc, The Lumbar Spine (Ed. committee. Wiesel, S.W., Weinstein, N.J., Herkowitz, H., Dvorak, J., Bell, G.)'da, Volum1, 1996, 473-487.

64. Kozier, B., Erb, E., Berman, A.J., Burke, K., Pain Panagement, Fundamentals of Nursing, Concept, Process and Practice, Sixth Edition, 709-714, 2000.

65. Burke, M, K., LeMone, P., Critical Thinking in Client Care Medical-Surgical Nursing,1996.

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

67. Black, M.J., Hawks, H.J., Kene, M.A., Management of Clients With Peripheral Nervous System Disorders , Medical-Surgical Nursing Clinical Management For Positive Outcomes, 1983-1991, 2001.

68. Bernier M.J, sanares D.C, Owen SV, Newhaouse PL, Preoperative Teaching Received and Valued in A Day Surgery Setting, AORN J ,77, 563-72, 575-8, 581-2, 2003.

69. Getty, J.M.C., Whitecloud, T.S., Surgical Approaches, 'The Lumbar Spine' (Ed. committee. Wiesel, S.W., Weinstein, N.J., Herkowitz, H., Dvorak, J., Bell, G.)'da, Volum1, 1230-1251, 1996.

70. Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Neurosurgery Perioperative Nursing Consideration, Brunner and Suddarh's Text Book of Medical and Surgical Nursing, Lippincott, 1996.

71. Monks, K., Laminotomy, Laminectomy, Laminoplasty and Foraminotomy, Home Health Nursing, Assesment and Care Planning, Mosby, Fourth Edition, 305-309, 2003.

72. Hickey, V.J., McKenna, J.E., Effective Discharge Planning And The Neurosurgical Nurse, Journal of Neurosurgical Nursing, Vol 16, No 2, 101-109, April, 1983.

73. Ebni, L.B., Benzel, C.E., Lumbar Discectomy, Spine Surgery, Complication Avoidance and Management, Volum1, Churchill Livingstone, 389-399, 1999.

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

75. Closs, S.J., Tierney, A.J., The Complexity of Using a Structure, Process and Outcome Framework: The Case of an Evaluation of Discharge Planning for Elderly Patients. Journal of Advanced Nursing, 18, 1279-1289, 1993.

76. Hudak, M.C., Gallo, M.B., Morton, P.G., Critical Care Nursing A Holistıc Approach, Seventh Edition,1999.

77. Shelswell, N.L., Perioperative Patient Education For Retinal Surgery, AORN Journal Vol 75, No 4, 801- 807, April 2002.

78. Kawalski, M.T., Rosdahl, C.B., Wound Care, Textbook of Basic Nursing, Eight Edition, 780-790, 2003.

79. Lee, N.C., Wasson, D.R., Andrson, M.A., Stone, S., Gitting, J.A., Hacettepe Üniversitesi Kütüphaneleri[online] A Survey of Patient Education Postdischarge, 1998, http:// gateway.proquest.com. [21.08.03]

80. Çilingir, D., Günlük Cerrahi ünitesinde Ameliyat Olan Hastaların Yaşadığı Güçlükler ve Bilgi Gereksinimleri , Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 2004.

81. Lithner M, Zilling T. Pre- and Post-Operative İnformation Needs, Patient Educ Counsel, 40, 29-37, 2000.

82. Graham, H., Livesley, B. Can Readmissions to Geriatric Medical Unit be Prevented, The Lancet, 1, 404-406,1983.

83. Ed Mauro D. N., Bates, G.R., The Patient with A Disease Of The nervous System, Mason's Basic Medical Surgical Nursing, 1997, Sixth Edition.

84. Swavely, D.A., Peter, D.A., Stephens,D., Hacettepe Üniversitesi Kütüphaneleri[online] Improving Smooth Sailing Between Hospital and Home,1999, http:// gateway.proquest.com. [23.08.03]

85. Yıldırım, Y., Lumbal Disk Hernisinde Egzersiz Uygulaması, Doktora Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1990.

86. Cassidy, J.D., Wedge, J.H., The Epidemyoloji and Natural History of Low Back Pain and Spinal Dejenerasyon Managing Low Back Pain, Edited by, William H.Kiraldy- Willis, 2nd Ed., 1988.

87. Battie, M.C., Videman T., Gill, K., Smoking and Lumbar İntervertebral Disc Degeneration. Spine, 16,1015-1021, 1991.

88. Zileli,M.,Lomber Disk Hastalığında Tedavi Endikasyonları ve Hasta Yönetimi, 'Omurilik ve Omurga Cerrahisi' (Ed Mehmet Zileli, Fahir Özer)'nde, İzmir, 647-660, 2002.

89. Brown, M.D., Seltzer, D.G., Perioperative Care in Lumbar Spine Surgery, Ortop. Clin. North. Am., 22:353, 1991.

90. Ommaty, R., Vademecum, Modern İlaç Rehberi, Pelikan Tıp Teknik, 27. Baskı, 2005.

91. Feingold, D.J., Peck, S.A., Reinsima, E.J., Rudo, S.C., Complications of Lumbar Spine Surgery, Orthopaedik Nursing, July- August 10,4, 39-51, 1991.

92. Hipertansiyon Görülme Oranı, Türk Kardiyoloji Derneği[online] http://www.tkd.org.tr. [03.08.05].

93. Arasıl, T., ve ark. Mekanik Bel Ağrısı Oluşumu Üzerine Etkili Çeşitli Faktörlerin Değerlendirilmesi, BEGV Dergisi, 1.(10-11). 3-7, 1990.

94. Olivas, G., Del Togno-Armanasco, V., Ericson, JR., Harter, V., Case Management: A Bottom-Line Care Delivery Model, Part 1: The Concept, J. Nurs. Adm., 19;11, 16-20, 1989.

95. Karataş, N., Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri, (ed) İnci Erefe, İstanbul, 2002.

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1978 yılında Eskişehir'de doğmuştur. İlk ve orta öğrenimini çeşitli illerde yüksek öğrenimini ise 1996 - 2000 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda tamamlamıştır.

Araştırmacı 2000 - 2001 yılları arasında Bayındır Hastanesi Kadın Doğum ve VIP kliniklerinde klinik hemşiresi olarak görev yapmış, 2001 - 2005 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi'nde çeşitli kliniklerde klinik hemşiresi olarak çalışmış ve 2005 yılı ocak ayı itibariyle halen görev yaptığı Hacettepe Çocuk Hastanesi Hemşirelik Müdürlüğünde Supervisor olarak görevlendirilmiştir.

EK 1

LOMBER DİSK HERNİSİ NEDENİYLE CERRAHİ GİRİŞİM UYGULANAN HASTALARIN TABURCULUK AŞAMASINDAKİ BİLGİ GEREKSİNİMLERİ

SORU KAĞIDI

Soru Kağıt No:
Hastanenin Adı:
Hastanın Yattığı Klinik:
Hasta Protokol No:
Hasta Adı- Soyadı:
Yatış Tarihi:
Ameliyat Tarihi:
Yapılan Ameliyat:
Taburculuk Tarihi:
Ameliyat Öncesi Yatış Süresi:
Ameliyat Sonrası Yatış Süresi:
Toplam Yatış Süresi:

SOSYODEMOGRAFİK ve TANITICI BİLGİLER

1. Doğum Yılı:

2. Cinsiyeti:
a)Kadın
b)Erkek

3. Boy:

4. Kilo:

5. Eğitim Durumu:
a)Okur yazar değil
b)Okur-yazar
c)İlkokul
d)Ortaokul
e)Lise
f)Üniversite

6. Sosyal Güvence Durumu:
a)Yok
b)SSK
c)Emekli Sandığı
d)Bağ-kur
e)Yeşil Kart
f)Diğer

7. Mesleğiniz nedir?

8. Mesleğiniz; aşağıdaki maddelerden hangisi yada hangilerini gerektirir?
a)Ağır yük kaldırmayı gerektirir.
b)Uzun süreli oturmayı gerektirir.
c) Uzun süreli ayakta durmayı gerektirir.
d) Uzun süreli seyahat etmeyi gerektirir.
e)Titreşime maruz kalmayı gerektirir.
f)Hiçbiri

9. Sigara İçme Durumu:
a)İçiyorum
b)İçmiyorum
c)Bıraktım

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

11. Sigarayı bırakmış ise;
Sigara içilen süre:
Ne kadar süre önce bırakıldığı:

12. Hamilelik Durumu:
a)Hamile
b)Hamile değil

13. Kaç çocuğunuz var?

14. Hamilelik sayınız nedir?

15. Günlük aktiviteniz dışında egzersiz, spor yapıyor musunuz?
a)Evet
b)Hayır

16. Cevabınız evet ise;
Yapılan spor:
Ne kadar zamandır:
Ne sıklıkla:

17. Ailenizde başka bel fıtığı olan kişi var mı?
a)Evet
b)Hayır

18. Cevabınız evet ise; yakınlık derecesi:
a)Anne
b)Baba
c)Kardeş
d)Teyze, hala, amca, dayı
e)Büyükanne, büyükbaba

19. Belinize zarar verecek herhangibir kaza ya da travmaya maruz kaldınız mı?
a)Evet
b)Hayır

20. Cevabınız evet ise; aşağıdaki durumlardan hangisi ya da hangileri ile karşılaştınız?
a)Trafik kazası
b)Kayma, düşme
c)Belinizi zorlayacak şekilde eğilme
d)Ağır kaldırma
e)Diğer

21. Oturduğunuz konut;
a) Tek katlı
b)İki katlı
c)Apartman

22. Cevabınız apartman ise;
Apartmanın kaçıncı katında oturuyorsunuz?
Apartmanda asansör var mı?
Asansörü kullanıyor musunuz?

HASTALIĞA İLİŞKİN SORULAR

23. Bel fıtığı teşhisi ne zaman konuldu?

24. Hangi şikayetlerle başvurdunuz?

25. Hastalığınızın ne olduğu size açıklandı mı?
a)Evet
b)Hayır

26. Cevabınız evet ise; kim tarafından açıklandı?

27. Bel fıtığı nedeniyle daha önce herhangibir tedavi uygulandı mı?
a)Evet
b)Hayır

28. Cevabınız evet ise;
Ne zaman:
Ne yapıldı:

29. Bel fıtığı nedeniyle daha önce ameliyat oldunuz mu?
a)Evet
b)Hayır

30. Cevabınız evet ise;
Ne zaman:
Ne yapıldı:

31. Bel fıtığı dışında başka bir hastalığınız var mı?
a)Evet
b)Hayır

32. Cevabınız evet ise;
Hastalık:
Süresi:
Uygulanan tedavi:

33. Bel fıtığı dışında başka bir ameliyat oldunuz mu?
a)Evet
b)Hayır

34. Cevabınız evet ise;
Ne yapıldı:
Ne zaman yapıldı:

35. Daha önce yapılan ameliyata ilişkin evde bakımınızla ilgili bilgi verilmiş miydi?
a)Evet
b)Hayır

36. Cevabınız evet ise; daha önce yapılan ameliyata ilişkin evde bakımınızla ilgili hangi konu ya da konularda bilgi verilmiş ve bu bilgiler kim tarafından verilmişti?

Verilen Bilgi	Kim Tarafından Verildiği
a)İlaç	
b)Egzersiz	
c)Günlük Yaşam Aktiviteleri	
d)Kontrol	
e)Komplikasyonların önlenmesi	

37. Bu ameliyattan önce bu ameliyata ilişkin bilginiz var mıydı?
a)Evet
b)Hayır

38. Bu ameliyattan önce bu ameliyata ilişkin hangi konu ya da konularda bilginiz vardı?
a)İlaç
b)Egzersiz
c)Günlük Yaşam Aktiviteleri
d)Kontrol
e)Komplikasyonların önlenmesi

39. Bu ameliyattan önce bu ameliyata ilişkin sahip olduğunuz bilgilerin kaynağı neydi?
a)Doktor
b)Hemşire
c)Fizyoterapist
d)Dergi, gazete, televizyon, kitap
e)Arkadaş, komşu
f)Aynı ameliyatı olmuş bireyler
g)Diğer

40. Hastaneden taburcu olacağınız ne zaman bildirildi?
a)Taburcu olacağım günün sabahı
b)Taburcu olmadan bir gün önce
c)Diğer

41. Hastaneden taburcu olacağınız kim tarafından bildirildi?

42. Bu ameliyatınıza ilişkin evde bakımınızla ilgili bilgi verildi mi?
a)Evet
b)Hayır

43. Cevabınız evet ise; bu ameliyatınıza ilişkin evde bakımınızla ilgi hangi konu ya da konularda bilgi verildi ve bu bilgiler kim tarafından verildi?

Verilen Bilgi Kim Tarafından Verildiği
a)İlaç
b)Aktivite
c)Egzersiz
d)Kontrol,
e)Komplikasyonların önlenmesi

44. Taburcu olurken başka bilmek istediğiniz konular var mı?

AĞRI KONTROLÜNE İLİŞKİN SORULAR

45. Ağrınız olduğunda ne yapmanız gerektiği konusunda bilgi verildi mi?
a)Evet
b)Hayır

46. Cevabınız evet ise; ağrınız olduğunda yapılması gerekenlerle ilgili olarak hangi konu ya da konularda bilgi verildi?
a) Ağrının tanımlanması
b)İstirahat
c)Rahatlama teknikleri
d)İlaç kullanımı

47. Ağrınız olduğunda yapılması gerekenlerle ilgili bilgi kim tarafından verildi?

YARA BAKIMINA İLİŞKİN SORULAR

48. Ameliyat bölgenizin iyileşmesi için dikkat edilmesi gereken konularla ilgili bilgi verildi mi?
a)Evet
b)Hayır

49. Cevabınız evet ise; ameliyat bölgenizin iyileşmesi için dikkat edilmesi gereken hangi konu ya da konularda bilgi verildi?
a)Ameliyat bölgesinin iyileşmesinin 20 gün kadar devam edeceği, ilk beş gün bölgenin kızarık ve şiş olmasının normal olduğu, sonra renginin açılması ve gümüş rengi olması gerektiği
b)Dikişlerin kendiliğinden emilebilen dikişler olduğu ve alınmasının gerekmediği
c)Banyo sırasında ameliyat bölgesinin ovuşturulmaması gerektiği
d)Ameliyat bölgesinin iyileşmesi için bölgenin gerilmesi ve bükülmesinin önlenmesi gerektiği
e)Ameliyat bölgesinin enfeksiyonlardan korunması için temiz tutulması gerektiği
f) Ameliyat bölgesinin ısı artışı, kızarıklık, şişme, akıntı yönünden izlenmesi ve bu belirtilerin azalmakta iken yeniden ortaya çıkması halinde doktora başvurulması gerektiği

50. Ameliyat bölgenizin iyileşmesi için dikkat edilmesi gereken konularla ilgili bilgi kim tarafından verildi?

İLAÇ KULLANIMINA İLİŞKİN SORULAR

51. Taburculuk sonrası hangi ilaçları kullanacağınız konusunda bilgi verildi mi?
a)Evet
b)Hayır

52. Cevabınız evet ise; bilgi kim tarafından verildi?

53. Kullanacağınız ilaçların nasıl bir etkisi olduğu konusunda bilgi verildi mi?
a)Evet
b)Hayır

54. Cevabınız evet ise; bilgi kim tarafından verildi?

55. Kullanacağınız ilaçları hangi sıklıkta kullanacağınız konusunda bilgi verildi mi?
a)Evet
b)Hayır

56. Cevabınız evet ise; bilgi kim tarafından verildi?

57. İlaçlarınızı bir seferde kaç tane alabileceğiniz konusunda bilgi verildi mi?
a)Evet
b)Hayır

58. Cevabınız evet ise; bilgi kim tarafından verildi?

59. İlaçlarınızı aldıktan sonra ikinci bir ilaç almak için gereken sürenin ne olması gerektiği konusunda bilgi verildi mi?
a)Evet
b)Hayır

60. Cevabınız evet ise; bilgi kim tarafından verildi?

61. İlaçlarınızın yan etkileri konusunda bilgi verildi mi?
a)Evet
b)Hayır

62. Cevabınız evet ise; bilgi kim tarafından verildi?

63. İlaçlarınızı ne kadar süreyle kullanacağınız konusunda bilgi verildi mi?
a)Evet
b)Hayır

64. Cevabınız evet ise; bilgi kim tarafından verildi?

65. Kullandığınız başka ilaç olup olmadığı soruldu mu?
a)Evet
b)Hayır

66. Cevabınız evet ise; ilaçlarınızın yeni kullanmaya başlayacağınız ilaçlarla etkileşimi ile ilgili bilgi verildi mi?
a)Evet
b)Hayır

67. Cevabınız evet ise; bilgi kim tarafından verildi?

BESLENMEYE İLİŞKİN SORULAR

68. Beslenmenizle ilgili bir düzenleme (özel bir diyet) var mı?
a)Evet
b)Hayır

69. Var ise; diyetinizin özelliği nedir?
a)Diyabetik diyet
b)Ülser diyeti
c)Kolesterol ve yağdan fakir diyet
d)Zayıflatıcı diyet
e)Diğer

70. Taburcu olduktan sonra beslenmenizde dikkat etmeniz gerekenlerle ilgili bilgi verildi mi?
a)Evet
b)Hayır

71. Cevabınız evet ise; hangi konu ya da konularda verildi?
a) Beden ağırlığının normal sınırlarda tutulması
b)Sıvı alım miktarı
c)Dengeli beslenme
d)Barsak alışkanlıklarının normal düzeninde tutulması

72. Taburcu olduktan sonra beslenmenizde dikkat etmeniz gerekenlerle ilgili bilgi kim tarafından verildi?

EGZESRİZLERE İLİŞKİN SORULAR

73. Egzersiz yapmanız gerektiği konusunda bilgi verildi mi?
a)Evet
b)Hayır

74. Cevabınız evet ise; bilgi kim tarafından verildi?

75. Egzersiz yapmanızın yararına ilişkin bilgi verildi mi?
a)Evet
b)Hayır

76. Cevabınız evet ise; bilgi kim tarafından verildi?

77. Egzersizlere ne zaman başlamanız gerektiğine ilişkin bilgi verildi mi?
a)Evet
b)Hayır

78. Cevabınız evet ise; bilgi kim tarafından verildi?

79. Yapılacak egzersizlerle ilgili olarak; aşağıdaki konu ya da konularda bilgi verildi?
a)Kaç çeşit egzersiz yapılacağı
b)Günde kaç kez yapılacağı
c)Her seferinde kaç kez yapılacağı

80. Yapılacak egzersizlerle ilgili bilgi kim tarafından verildi?

81. Egzersizlere ilişkin broşür verildi mi?
a)Evet
b)Hayır

82. Cevabınız evet ise; bilgi kim tarafından verildi?

83. Egzersizler size yaptırılarak açıklandı mı?
a)Evet
b)Hayır

84. Cevabınız evet ise; bilgi kim tarafından açıklandı?

85. Egzersizleri yaparken dikkat etmeniz gereken konularla ilgili bilgi verildi mi?
a)Evet
b)Hayır

86. Cevabınız evet ise; hangi konu ya da konularda bilgi verildi?
a) Egzersizlerin verilen sırayla, yavaş ve dikkatle deneyerek başlanması gerektiği
b)Egzersizlerin sert bir zeminde yapılması gerektiği
c)Egzersizler sırasında yorulunca dinlenilmesi gerektiği
d)Egzersizlerden sonra hafif ve birkaç dakika süren rahatsızlığın normal olduğu, şiddetli ve uzun süreli olursa doktora başvurulması gerektiği

87. Egzersizleri yaparken dikkat etmeniz gereken konularla ilgili bilgi kim tarafından verildi?
88. Egzersizleri ne zamana kadar yapmanız gerektiğine ilişkin bilgi verildi mi?
a)Evet
b)Hayır

89. Cevabınız evet ise; bilgi kim tarafından verildi?

GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNE İLİŞKİN SORULAR

90. Bel sağlığınızın korunmasına ilişkin günlük yaşam aktivitelerinde dikkat edilmesi gereken konularda bilgi verildi mi?
a)Evet
b)Hayır

91. Cevabınız evet ise; bel sağlığınızın korunmasına ilişkin günlük yaşam aktivitelerinde dikkat edilmesi gereken hangi konu ya da konularda bilgi verildi?
a)Yatak özelliği
b)Yatak içi hareketler
c)Oturma, eğilme, uzanma
d)Yerden bir obje kaldırma
e)Ağırlık taşıma

92. Bel sağlığınızın korunmasına ilişkin günlük yaşam aktivitelerinde dikkat edilmesi gereken konulara ilişkin bilgi kim tarafından verildi?

93. Korse kullanmanız önerildi mi?
a)Evet
b)Hayır

94. Cevabınız evet ise; korse kullanımında dikkat etmeniz gereken konularla ilgili bilgi verildi mi?
a)Evet
b)Hayır

95. Cevabınız evet ise; bilgi hangi konu ya da konularda verildi?
a)
b)
c)
d)
e)

96. Korse kullanımında dikkat etmeniz gereken konularla ilgili bilgi kim tarafından verildi?

97. Banyo yaparken dikkat etmeniz gereken konularla ilgili bilgi verildi mi?
a)Evet
b)Hayır
98. Cevabınız evet ise; bu bilgi hangi konu ya da konularda verildi?
a)Banyo ihtiyacının hemen karşılanabileceği
b)İlk günler banyoda size yardımcı olabilecek binin mutlaka olması gerektiği
c)Ayakta duş şeklinde banyonun tercih edilmesi gerektiği, küvet varsa; küvette ayakta duş şeklinde banyonun tercih edilmesi gerektiği
d)Banyonun düşüp kaymaları önleyecek şekilde düzenlenmesi gerektiği (zemine kaymayan paspas kullanılması, banyoda tutunma barlarının bulunması)

99. Banyo yaparken dikkat etmeniz gereken konularla ilgili bilgi kim tarafından verildi?

100. Araba kullanıyormusunuz?
a)Evet
b)Hayır

101. Cevabınız evet ise; araba kullanırken dikkat edilmesi gereken konularla ilgili bilgi verildi mi?
a)Evet
b)Hayır

102. Cevabınız evet ise; hangi konu ya da konularda bilgi verildi?
a)Araba kullanmaya 6 hafta sonra başlanabileceği
b)Araba kullanırken koltuğun dik pozisyonda ve direksiyona yakın konumda olması gerektiği
c)Araba kullanırken 2 saatten uzun süreyle kullanılmaması ve dinlenme aralıkları ayarlanması gerektiği

103. Araba kullanırken dikkat edilmesi gereken konularla ilgili bilgi kim tarafından verildi?

104. Ameliyat sonrası ilk 15 günlük dönemde yapabileceğiniz aktivitelerle ilgili bilgi verildi mi?
a)Evet
b)Hayır

105. Cevabınız evet ise; hangi konu ya da konularda bilgi verildi?
a)Gün içinde yalnızca tuvalete gitmek, yemek yemek gibi zorunlu ihtiyaçlarınız dışında yataktan kalkılmaması gerektiği
b)Ayağa kalkılan ya da oturulan sürenin her seferinde on dakikayı aşmamsı gerektiği
c) Yatak içinde bacakları karına çekme, kaldırma, uzatma, her iki yana dönme hareketlerinin yapılabileceği

106. Ameliyat sonrası ilk 15 günlük dönemde yapabileceğiniz aktivitelerle ilgili bilgi kim tarafından verildi?

107. Ameliyat sonrası ikinci 15 günlük dönemde yapabileceğiniz aktivitelerle ilgili bilgi verildi mi?
a)Evet
b)Hayır

108. Cevabınız evet ise; hangi konu ya da konularda bilgi verildi?
a)Gün içinde hareketlerin arttırılabileceği
b)her seferinde 15-20 dakikayı aşmayacak şekilde oturulabileceği
c)Ev içinde 30 dakikayı aşmayacak şekilde dolaşılabileceği
d)Bu dönemde verilen egzersiz programlarına başlanabileceği
e)Bir kat merdiven inilip çıkılabileceği

109. Ameliyat sonrası ikinci 15 günlük dönemde yapabileceğiniz aktivitelerle ilgili bilgi kim tarafından verildi?

110. Ameliyat sonrası üçüncü 15 günlük dönemde yapabileceğiniz aktivitelerle ilgili bilgi verildi mi?
a)Evet
b)Hayır

111. Cevabınız evet ise; hangi konu ya da konularda bilgi verildi?
a)Bu dönemde ev ilerine başlanabileceği
b)Ev dışında da gezilebileceği
c)Bir saat süreyle oturulabileceği
d)Bir saat süreyle yolculuk yapılabileceği
e)Seksüel aktiviteye başlanabileceği ve bu aktivite sırasında belin uygun pozisyonunun sağlanması gerektiği

112. Ameliyat sonrası üçüncü 15 günlük dönemde yapabileceğiniz aktivitelerle ilgili bilgi kim tarafından verildi?

KONTROLLERE İLİŞKİN SORULAR

113. Kontrole gelmeniz gerektiği konusunda bilgi verildi mi?
a)Evet
b)Hayır

114. Cevabınız evet ise; kim tarafından bilgi verildi?

115. Kontrollere gelmenizin sizin için neden önemli olduğu konusunda bilgi verildi mi?
a)Evet
b)Hayır

116. Cevabınız evet ise; kim tarafından bilgi verildi?

117. Kontrollerde hangi değerlendirmelerin yapılacağı konusunda bilgi verildi mi?
a)Evet
b)Hayır

118. Cevabınız evet ise; kontrollerde yapılacak değerlendirmelerle ilgili hangi konu ya da konularda bilgi verildi?
a)Beden ağırlığının değerlendirilmesi
b)Egzersizlere uyumun değerlendirilmesi
c)Nörovasküler değerlendirilme
d)Ağrı değerlendirilmesi
e)Ameliyat yarasının değerlendirilmesi
f)Günlük yaşam aktivitelerine uyumun değerlendirilmesi

119. Kontrollerde yapılacak değerlendirmelerle ilgili bilgi kim tarafından verildi?

120. Kontrol zamanından önce doktora başvurmanız gereken durumlarla ilgili bilgi verildi mi?
a)Evet
b)Hayır

121. Cevabınız evet ise; hangi konu ya da konularda bilgi verildi?
a)Bel, sırt ve bacağa vuran ağrıda artma
b)Bacaklarda uyuşukluk, kuvvet kaybı durumu
c)İdrar tutamama
d)Gaita tutamama
e)Vücut ısısında artma, halsizlik, iştahsızlık gibi sistemik enfeksiyon belirtileri

122. Kontrol zamanından önce doktora başvurmanız gereken durumlarla ilgili bilgi kim tarafından verildi?

123. Kontrol zamanından önce doktora başvurmanız gereken durumlar olduğunda ulaşabileceğniz bir telefon numarası ve kiminle görüşebileceğiniz konusunda bilgi verildi mi?
a)Evet
b)Hayır

124. Cevabınız evet ise; bu bilgi kim tarafından verildi?

EK2

EK ÇİZELGELER

Ek Çizelge 2.1. Hastaların Cinsiyetine Göre İlk Sağlık Kontrolü Konusunda Bilgi Alma Durumu

Cinsiyet	İlk Sağlık Kontrolü Konusunda Bilgi				Toplam	
	Almayan		Alan			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kadın	5	11.1	40	88.9	45	100.0
Erkek	5	9.1	50	90.9	55	100.0
Toplam	10	10.0	90	90.0	100	100.0

p=0.136 x^2=0.112

Ek Çizelge 2.2. Hastaların Cinsiyetine Göre Egzersizler Konusunda Bilgi Alma Durumu

Cinsiyet	Egzersizler Konusunda Bilgi				Toplam	
	Almayan		Alan			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kadın	28	62.2	17	37.8	45	100.0
Erkek	26	47.3	29	52.7	55	100.0
Toplam	54	54.0	46	46.0	100	100.0

P=0.136 x^2=2.227

Ek Çizelge 2.3. Hastaların Cinsiyetine Göre İlaç Kullanımı Konusunda Bilgi Alma Durumu

Cinsiyet	İlaç Kullanımı Konusunda Bilgi				Toplam	
	Almayan		Alan			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kadın	6	13.3	39	86.7	45	100.0
Erkek	13	23.6	42	76.4	55	100.0
Toplam	19	19.0	81	81.0	100	100.0

P=0.191 x^2=1.707

Ek Çizelge 2.4. Hastaların Cinsiyetine Göre Beslenmede Dikkat Edilecekler Konusunda Bilgi Alma Durumu

Cinsiyet	Beslenmede Dikkat Edilecekler Konusunda Konusunda Bilgi				Toplam	
	Alan		Almayan			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kadın	24	53.3	21	46.7	45	100.0
Erkek	18	32.7	37	67.3	55	100.0
Toplam	42	42.0	58	58.0	100	100.0

P=0.038 x^2**=4.314**

Ek Çizelge 2.5. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Kontrol Konusunda Bilgi Alma Durumu

Eğitim	Kontrole İlişkin Bilgi				Toplam	
	Almayan		Alan			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Oku yazar değil	1	25.0	3	75.0	4	100.0
Okur yazar-İlkokul	6	10.5	51	89.5	57	100.0
Ortaokul-Lise	2	8.3	22	91.7	24	100.0
Üniversite	1	6.7	14	93.3	15	100.0

P= 0.735 x^2**=1.277**

Ek Çizelge 2.6. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Egzersiz Konusunda Bilgi Alma Durumu

Eğitim	Egzersize İlişkin Bilgi				Toplam	
	Almayan		Alan			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Oku yazar değil	3	75.0	1	5.0	4	100.0
Okur yazar-İlkokul	29	50.9	28	49.1	57	100.0
Ortaokul-Lise	11	45.8	13	54.2	24	100.0
Üniversite	11	73.3	4	26.7	15	100.0

P=0.280 x^2**=3.835**

Ek Çizelge 2.7. Hastaların Eğitim Durumuna Göre ilaç Konusunda Bilgi Alma Durumu

Eğitim	İlaç Konusunda Bilgi				Toplam	
	Almayan		Alan			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Oku yazar değil	1	25.0	3	75.0	4	100.0
Okur yazar-İlkokul	14	24.6	43	75.4	57	100.0
Ortaokul-Lise	2	8.3	2	91.7	24	100.0
Üniversite	2	13.3	13	86.7	15	100.0

P=0.344 x^2**=3.326**

Ek Çizelge 2.8. Hastaların Yaşına Göre Kontrol Konusunda Bilgi Alma Durumu

Yaş grubu	Kontrol Konusunda Bilgi				Toplam	
	Almayan		Alan			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
29 ve altı	0	0.0	3	100.0	3	100.0
30-50	6	9.5	57	90.5	63	100.0
51 ve üzeri	4	11.8	30	88.2	34	100.0

P= 0.792 x^2**=0.467**

Ek Çizelge 2. 9. Hastaların Yaşına Göre Egzersiz Konusunda Bilgi Alma Durumu

Yaş grubu	Egzersiz Konusunda Bilgi				Toplam	
	Almayan		Alan			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
29 ve altı	3	100.0	0	0.0	3	100.0
30-50	29	46.0	34	54.0	63	100.0
51 ve üzeri	22	64.7	12	35.3	34	100.0

P=0.057 x^2**=5.735**

Ek Çizelge 2. 10. Hastaların Yaşına Göre İlaç Konusunda Bilgi Alma Durumu

Yaş grubu	İlaç Konusunda Bilgi				Toplam	
	Almayan		Alan			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
29 ve altı	0	0.0	3	100.0	3	100.0
30-50	12	19.0	51	81.0	63	100.0
51 ve üzeri	7	20.6	27	79.4	34	100.0

P= 0.684 x^2=0.760

Ek Çizelge 2.11. LDH Nedeniyle Daha Önce Ameliyat Olma Durumuna Göre ilaç Konusunda Bilgi Alma Durumu

LDH Nedeniyle Daha Önce Ameliyat	İlaç Konusunda Bilgi				Toplam	
	Almayan		Alan			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Olan	2	18.2	9	81.8	11	100.0
Olmayan	17	19.1	72	80.9	89	100.0
Toplam	19	19.0	81	81.0	100	100.0

P=0.942 x^2=0.005

Ek Çizelge 2.12. LDH Nedeniyle Daha Önce Ameliyat Olma Durumuna Göre Egzersiz Konusunda Bilgi Alma Durumu

LDH Nedeniyle Daha Önce Ameliyat	Egzersiz Konusunda Bilgi				Toplam	
	Almayan		Alan			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Olan	6	54.5	5	45.5	11	100.0
Olmayan	48	53.9	41	46.1	89	100.0
Toplam	54	4.0	46	46.0	100	100.0

P=0.969 x^2=0.001

Ek Çizelge 2.13. LDH Nedeniyle Daha Önce Ameliyat Olma Durumuna Göre kontrol Konusunda Bilgi Alma Durumu

LDH Nedeniyle Daha Önce Ameliyat	Kontrol Konusunda Bilgi				Toplam	
	Almayan		Alan			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Olan	1	9.1	10	90.9	11	100.0
Olmayan	9	10.1	80	89.9	89	100.0
Toplam	10	10.0	90	90.0	100	100.0

P= 0.915 x^2=0.011

Ek Çizelge 2.14. Daha Önce LDH Dışında Ameliyat Olma Durumuna Göre Dengeli Beslenme Konusunda Bilgi Alma Durumu

LDH Dışında Daha Önce Ameliyat	Dengeli beslenme Konusunda Bilgi				Toplam	
	Almayan		Alan			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Olan	41	83.7	8	16.3	49	100.0
Olmayan	50	98.0	1	2.0	51	100.0
Toplam	91	91.0	9	9.0	100	100.0

P=0.012 x^2=6.297

Ek Çizelge 2.15. Daha Önce LDH Dışında Ameliyat Olma Durumuna Göre İlaç Konusunda Bilgi Alma Durumu

LDH Dışında Daha Önce Ameliyat	İlaç Konusunda Bilgi				Toplam	
	Almayan		Alan			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Olan	8	16.3	41	83.7	49	100.0
Olmayan	11	21.6	40	78.4	51	100.0
Toplam	19	19.0	81	81.0	100	100.0

P= 0.504 x^2=0.446

Ek Çizelge 2.16. Daha Önce LDH Dışında Ameliyat Olma Durumuna Göre Egzersiz Konusunda Bilgi Alma Durumu

LDH Dışında Daha Önce Ameliyat	Egzersiz Konusunda Bilgi				Toplam	
	Almayan		Alan			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Olan	29	59.2	20	40.8	49	100.0
Olmayan	25	49.0	26	51.0	51	100.0
Toplam	54	54.0	46	46.0	100	100.0

P=0.308 x^2=1.039

Ek Çizelge 2.17. Daha Önce LDH Dışında Ameliyat Olma Durumuna Göre Kontrol Konusunda Bilgi Alma Durumu

LDH Dışında Daha Önce Ameliyat	Kontrol Konusunda Bilgi				Toplam	
	Almayan		Alan			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Olan	4	8.2	45	91.8	49	100.0
Olmayan	6	11.8	45	88.2	51	100.0
Toplam	0	10.0	90	90.0	100	100.0

P=0.548 x^2=0.360

Ek Çizelge 2.18. LDH'ne İlişkin Daha Önce Bilgi Sahibi Olma Durumuna Göre İlaç Konusunda Bilgi Alma Durumu

LDH'ne İlişkin Daha Önce Bilgi Sahibi	İlaç Konusunda Bilgi				Toplam	
	Alan		Almayan			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Olan	16	18.0	73	82.0	89	100.0
Olmayan	3	27.3	8	72.7	11	100.0
Toplam	19	19.0	81	81.0	100	100.0

P= 0.458 x^2=0.550

Ek Çizelge 2.19. LDH'ne İlişkin Daha Önce Bilgi Sahibi Olma Durumuna Göre Egzersiz Konusunda Bilgi Alma Durumu

LDH'ne İlişkin Daha Önce Bilgi Sahibi	Egzersiz Konusunda Bilgi				Toplam	
	Almayan		Alan			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Olan	48	53.9	41	46.1	89	100.0
Olmayan	6	54.5	5	45.5	11	100.0
Toplam	54	54.0	46	46.0	100	100.0

P= 0.969 x^2=0.001

Ek Çizelge 2.20. LDH'ne İlişkin Daha Önce Bilgi Sahibi Olma Durumuna Göre Kontrol Konusunda Bilgi Alma Durumu

LDH'ne İlişkin Daha Önce Bilgi Sahibi	Kontrol Konusunda Bilgi				Toplam	
	Almayan		Alan			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Olan	8	9.0	81	91.0	89	100.0
Olmayan	2	18.2	9	81.8	11	100.0
Toplam	10	10.0	89	89.0	100	100.0

P=0.338 x^2**=0.919**

Ek Çizelge 2. 21. Hastaların Ameliyat Oldukları Hastaneye Göre Yatış Sürelerinin Dağılımı

Ameliyat Oldukları Hastane	Yatış Süresi				Toplam	
	1-7 Gün		8 Gün ve üzeri			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
SSK	20	37.7	33	62.3	53	100.0
NH	19	76.0	6	24.0	25	100.0
HÜ	13	59.1	9	40.9	22	100.0

P=0.005 x^2**=10.533**

Ek Çizelge 2.22. Hastaların Yaslarına Göre Toplam Yatış Sürelerinin Dağılımı

Yaş grubu	Toplam yatış Süresi				Toplam	
	1-7 gün		8 gün ve üzeri			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
29 ve altı	3	100.0	0	0.0	3	100.0
30-50	38	60.3	25	39.7	63	100.0
51 ve üzeri	11	32.4	23	67.6	34	100.0

P=0.008 x^2**=9.773**

Ek Çizelge 2.23. Hastaların Mesleklerine Göre Dağılımı

Meslekler	Sayı	%
Ev Hanımı	34	34.0
Şoför	5	5.0
Çiftçi	6	6.0
Öğretmen	6	6.0
Kaynakçı	2	2.0
Elektrik Teknikeri	3	3.0
İdareci	5	5.0
Terzi	1	1.0
Makine İşçisi	1	1.0
Fabrika İşçisi	2	2.0
Çocuk Bakıcısı	1	1.0
Satış Elemanı	3	3.0
Esnaf	2	2.0
Belediye işçisi	1	1.0
Tamirci	4	4.0
Tesisatçı	1	1.0
Maden İşçisi	1	1.0
Güvenlik Memuru	3	3.0
Garson	1	1.0
Örgü Makinesi İşçisi	1	1.0
Kütüphaneci	1	1.0
Yol İşçisi	1	1.0
İnşaat İşçisi	3	3.0
Masa Başı Memur	4	4.0
Bahçıvan	1	1.0
Savcı	1	1.0
Marangoz	1	1.0
Hasta Bakıcı	1	1.0
Doktor	1	1.0
Kapıcı	1	1.0
Bilgisayar Teknisyeni	1	1.0
Emekli	1	1.0

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ

Erişkin Hastanesi
İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi
Onkoloji Hastanesi

B.30.2.HAC.0.70.10.01/06-D- 684

25.06.2004

Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı'na

İlgi: 11.06.2004 tarih ve 730 sayılı yazınız.

Anabilim Dalınız yüksek lisans öğrencilerinden Nilay AYDOĞAN'ın *"Lomber Disk Hernisi Nedeniyle Cerrahi Girişim Uygulanan Hastaların Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimleri"* konulu tezinin uygulamasını 16 Haziran 2004 – 16 Mart 2005 tarihleri arasında Beyin Cerrahisi servislerinde yapma istemi uygun bulunmaktadır.

Saygılarımla,

Prof. Dr.Uğur ERDENER
Hastaneler Genel Direktörü

UE/nk

Hacettepe Üniversitesi Merkez Kampusu Sıhhiye 06100 ANKARA
Tel: (312) 305 1101 - 1102 • Faks: (312) 311 0994

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ

SAYI : B104ISM4060013/ Ankara ..../..../2004
KONU :

22.10.2004* 19144

Hacettepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı'na
ANKARA

İLGİ:11.06.2004 tarih ve 732 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda adı geçen öğrenciniz Nilay AYDOĞAN'ın hastanemiz Beyin Cerrahi Kliniğinde "Lomber Disk Hernisi Nedeniyle Cerrahi Girişim Uygulanan Hastaların Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimleri" konulu tezini uygulaması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Dr.Taner GÖKÇINAR
Baştabip a.
Baştabip Yardımcısı

Not:Cevabınızda yazımızın tarih ve sayısını belirtiniz.

T.C.
ÇALIŞMA ve SOSYAL GÜVENLİK BAKANLIĞI
SOSYAL SİGORTALAR KURUMU BAŞKANLIĞI
SAĞLIK İŞLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ANKARA EĞİTİM HASTANESİ BAŞTABİPLİĞİ

17793 *23.06.04

SAYI:B.13.2.SSK.4.06.06.00/XVIII-69
KONU:Tez Uygulaması

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
BAŞKANLIĞINA
ANKARA

İLGİ:11.6.2004 tarih ve 731 sayılı yazınız;

Anabilim Dalınız yüksek lisans Nilay AYDOĞAN'ın,"Lomber Disk Hernisi nedeniyle Cerrahi Girişim Uygulanan Hastaların Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimleri" konulu tezinin uygulamasını 16 Haziran 2004-16 Mart 2005 tarihleri arasında Hastanemiz Beyin Cerrahi Kliniğinde yapması Baştabipliğimizce uygun görülmektedir.

Bilgilerinize arz ederiz.

Yusuf GÖÇÜK
Hast.Müdürü G.Y.

Dr.Aslı TUNÇER
Baştabip Yardımcısı