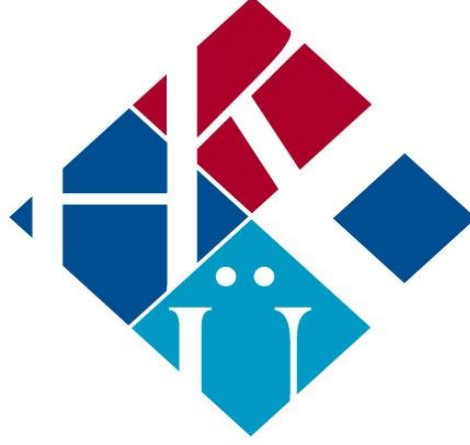


**T.C**  
**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



**BEYİN CERRAHİ SERVİSİNDE LOMBER DİSK HERNİSİ  
(LDH) AMELİYATI SONRASI YATAN HASTALARIN  
AĞRILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ VE HEMŞİRELİK  
BAKIMI MEMNUNİYET DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ**

**HASAN ÇAKMAK**

**Hemşirelik Ana Bilim Dalı**

**Tezli Yüksek Lisans Programı**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**GAZİANTEP**

**2021**



**T.C.**  
**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**BEYİN CERRAHİ SERVİSİNDE LOMBER DİSK HERNİSİ  
(LDH) AMELİYATI SONRASI YATAN HASTALARIN  
AĞRILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ VE HEMŞİRELİK  
BAKIMI MEMNUNİYET DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ**

**Hasan ÇAKMAK**

Hasan Kalyoncu Üniversitesi  
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü  
Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin Hemşirelik  
Anabilim Dalı'nın Tezli Yüksek Lisans Programı İçin Öngördüğü  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**  
olarak hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI  
Dr. Öğr. Üyesi Özlem IŞIL

**GAZİANTEP**  
**2021**

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimde ve tez çalışmamın her aşamasında bilgi tecrübe ve manevi desteğiyle yanımda olan değerli danışman hocam **Sayın Dr. Öğr. Üyesi Özlem IŞIL**’ a,

Araştırmamın veri toplama aşamasında bana yardımcı olan; Bingöl Devlet Hastanesi Beyin Cerrahi Kliniği Hekimi ve Hemşirelerine,

Çalışma süreci içerisinde her an yanımda olup manevi desteğini ve şefkatini esirgemeyen minnettar olduğum değerli eşim Gamze ÇAKMAK ve biricik oğlum Eymen ÇAKMAK’ a,

İsimlerini saymadığım tüm değerli dostlarım ve mesai arkadaşlarıma sonsuz şükranlarımı sunuyorum.

Hasan ÇAKMAK

Gaziantep, 2021

## ÖZET

**Hasan Çakmak, Beyin Cerrahi Servisinde Lomber Disk Hernisi (LDH) Ameliyatı Sonrası Yatan Hastaların Ağrılarının Değerlendirilmesi Ve Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Düzeyinin Belirlenmesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep 2021.** Çalışma Beyin Cerrahi Servisinde Lomber Disk Hernisi (LDH) Ameliyatı Sonrası Yatan Hastaların Ağrılarının Değerlendirilmesi ve Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Düzeyinin Belirlenmesi amacıyla kesitsel olarak yapıldı. Çalışmanın evrenini Bingöl Devlet Hastanesi Beyin Cerrahi Servisinde Lomber Disk Hernisi (LDH) ameliyatı geçiren hastalar oluşturdu. Çalışmanın verileri Kişisel Bilgi Formu, Sayısal Ağrı Ölçeği, Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği kullanılarak elde edildi. Araştırma verilerinin toplanmasında yüzyüze görüşme tekniği kullanıldı. İstatistiksel analizlerde Whitney U testi, Kruskal Wallis testi kullanıldı. İlişkileri belirlemek için Spearman korelasyon katsayısı analizi kullanıldı. Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması  $49.16 \pm 12.49$  idi. Hastaların ameliyat sonrası ağrı ortalamalarının  $2.66 \pm 1.69$  olduğu saptandı. Newcastle hemşirelik bakımı memnuniyet düzeyinin "yüksek" olduğu saptandı. Sonuç olarak hastaların ameliyat sonrası ağrı seviyesinin düşük olduğu, hemşirelik bakımı memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu saptandı. Lomber disk hernisi ameliyatı geçiren hastaların ameliyat sonrası dönemde yaşam konforunu arttırmak için uygun eğitimin verilmesi gerektiği önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler;** lomber disk hernisi, hemşirelik bakımı, ağrı değerlendirilmesi

## ABSTRACT

**Hasan akmak, Evaluation Of The Pain Of The Patients Who Hospitalized In The Neurosurgery Clinic After Lumbar Disc Hernia (LDH) Surgery And Determination Of The Nursing Care Satisfaction Level, Institute Of Graduate Education, Department Of Nursing, MSc Thesis, Gaziantep, 2021.** The study/research was conducted as a cross-sectional study in order to evaluate the pain of hospitalized patients in neurosurgery clinic after lumbar disc herniation (LDH) surgery and to determine the satisfaction level of nursing care. The universe of the study consisted of patients who underwent Lumbar Disc Hernia (LDH) surgery in Bingöl State Hospital Neurosurgery Service. The data of the study were obtained using Personal Information Form, Numerical Pain Scale and Newcastle Nursing Care Satisfaction Scale. Face-to-face interview technique was used to collect the research data. Mann Whitney U test and Kruskal Wallis test were used for statistical analysis. Spearman correlation coefficient analysis was used to determine the relationships. The mean age score of the patients participating in the study was  $49.16 \pm 12.49$  years. The postoperative pain mean score of the patients was found to be  $2.66 \pm 1.69$ . It was determined that the Newcastle nursing care satisfaction level was "high". As a result, it was determined that the postoperative pain level of the patients was low and the satisfaction level of nursing care was high. It is recommended that appropriate training should be given to increase the comfort of life in the postoperative period of patients who have undergone lumbar disc herniation surgery.

**Keywords;** lumbar disc herniation, nursing care, pain assessment

# İÇİNDEKİLER

Sayfa No

## TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TEZ ETİK BİLDİRİM SAYFASI.....	vii
ŞEKİL DİZİNİ.....	viii
TABLO DİZİNİ.....	ix
SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ.....	x
1.GİRİŞ.....	1
2.GENEL BİLGİLER	
2.1. Lomber Disk Hernisi ve Epidemiyolojisi.....	4
2.1.1. Vertebral Kolon ve Diskin Yapısı.....	4
2.2. Lomber Disk Hernisi(LDH).....	7
2.2.1.Fizyopatolojisi.....	7
2.2.2. Belirti ve Bulguları.....	8
2.2.3. Lomber Disk Hernisinde Tanı Yöntemleri.....	8
2.2.4. Fizik Muayene.....	9
2.2.5. Radyolojik Görüntüleme Yöntemleri.....	9
2.3. Lomber Disk Hernisinde Tedavi.....	10
2.3.1. Konservatif Tedavi.....	10
2.3.2. Cerrahi Tedavi.....	10
2.4. Lomber Disk Hernilerinde Hemşirelik Bakımı.....	12
2.4.1. Ameliyat Öncesi Dönemde Hemşirelik Bakımı.....	12

2.4.2. Ameliyat Sonrası Dönemdeki Hemşirelik Bakımları.....	13
2.5. Lomber Disk Hernisinde Ağrı ve Kontrolü.....	15
2.5.1. Ağrının Sistemler Üzerindeki Etkisi.....	16
2.5.2. Ağrının Değerlendirilmesi.....	17
2.5.3. Farmakolojik Yöntemler.....	18
2.5.4. Farmakolojik Olmayan Yöntemler.....	19
2.5.5. Cerrahi Yöntemler.....	20
2.5.6. Ağrının Psikososyal Yönü.....	20
2.6. Kas İskelet Sisteminde Ağrı.....	21
2.7. Ağrı Tedavisinde Hemşirenin Rolü.....	23
2.8. Ağrı Tedavisinde Hemşirelik Süreci.....	24
2.9. Lomber Disk Hernisi Ameliyatı Sonrası Ağrı Yönetimi ve Hasta Memnuniyeti.....	26
2.10. Hasta Memnuniyeti.....	28
2.11. Taburculuk Eğitimi.....	30
<b>3.GEREÇ ve YÖNTEM</b>	
3.1. Araştırmanın Tipi.....	33
3.2. Araştırmanın Soruları.....	33
3.3. Varsayımlar.....	33
3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	33
3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	34
3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	34
3.7. Veri Toplama ve Verilerin Analizi.....	34

3.7.1. Kişisel Bilgi Formu.....	35
3.7.2. Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği(NHBMÖ).....	35
3.7.3. Sayısal Ağrı Ölçeği.....	37
<b>4.BULGULAR.....</b>	<b>38</b>
<b>5.TARTIŞMA.....</b>	<b>49</b>
<b>6.SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	
6.1. SONUÇLAR.....	56
6.2. ÖNERİLER.....	57
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>58</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>73</b>
Ek 1. Tez Konu Başlığı Kararı	
Ek 2. Etik Kurul Kararı	
Ek 3. Kurum İzni	
Ek 4. Veri Toplama Formları	
Ek 5. Ölçek Kullanım İzni	
Ek 6. Tez İntihal Raporu	
Ek 7. Özgeçmiş	



## ŞEKİL DİZİNİ

Şekiller	Sayfa No
Şekil 2.1 Vertebranın Yapısı ve Bölümleri.....	4
Şekil 2.2 Vertebranın Anaomik Yapısı.....	5
Şekil 2.3 İntervertebral Diskin Yapısı.....	6
Şekil 2.4 Mikrodisektomi Cerrahisinde Hasta Pozisyonu ve Cerrahi Teknik.....	11
Şekil 2.5 Yüz İfadeleri Ölçeği.....	28



## TABLO DİZİNİ

<b>Tablolar</b>	<b>Sayfa No</b>
Tablo 4.1. Çalışmaya Katılan Hastaların Tanıtıcı Özellikleri (N=50).....	38
Tablo 4.2. Çalışmaya Katılan Hastaların Sağlık-Hastalığa İlişkin Özellikleri (N=50).....	39
Tablo 4.3. Hastaların Sayısal Ağrı Ölçeği ve Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği Puan Ortalamaları (N=50).....	40
Tablo 4.4. Hastaların Sayısal Ağrı Ölçeği Puan Ortalamaları ile Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (N=50).....	40
Tablo 4.5. Hastaların Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği Maddelerine Verdikleri Cevapların Dağılımları (N=50).....	41
Tablo 4.6. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin NHBMÖ Puan Ortalamaları ve Sayısal Ağrı Ölçeği Puan Ortalamaları.....	43
Tablo 4.7. Hastaların Sağlık-Hastalığa İlişkin Özelliklerinin NHBMÖ Puan Ortalamaları ve Sayısal Ağrı Ölçeği Puan Ortalamaları.....	45

## SEMBOLLER /KISALTMALAR LİSTESİ

**AF:** Annulus Fibrosus

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**IASP:** Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği

**JCHAO:** Ağrı Sağlık Bakım Organizasyon Komitesi

**KİSH:** Kas İskelet Sistemi Hastalıkları

**LDH:** Lomber Disk Hernisi

**NASS:** North American Spine Society

**NHBMÖ:** Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği

**NP:** Nükleus Pulposus

**TENS:** Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation

**TÜİK:** Türkiye İstatistik Kurumu

# 1.GİRİŞ

Kronik bel ağrısı günümüzde insanların yaygın bir sorunu haline gelmiş olup insanların günlük yaşamına doğrudan etki edebilen ve buna paralel olarak psikolojik ve sosyoekonomik durumunu da etkileyen bir olgu olarak görülmektedir.

Bel ağrısına neden olan Lomber Disk Hernisi (LDH), gövdenin yükünü taşıyan alt lomber omurların yapısının bozulması sonucunda nükleus pulpozusun anulusu dejenere ederek herniasyona ve ağrıya neden olması durumudur. Herni nedeniyle vücudumuzun alt ekstremiteleri vazifelerini yerine getiremeyip ileri derece hernilerde ise bu durumdan ötürü günlük yaşam aktiviteleri kısıtlanabilmektedir (1,20).

Lomber disk hernisi yaş grupları arasında özellikle 30-50 yaş arası çalışan gruplarda daha sık görülmektedir (2).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2016 verilerine göre Türkiye’de bel ağrısı ile ilgili yaşanan sorunların %27 oranıyla ilk sırada yer aldığı, erkeklerin %21.4’ünün, kadınların ise %32.8’inin bel ağrısıyla ilgili sorun yaşadıkları görülmektedir (3).

Dünyada yaşayan insanların %70 ± 15 gibi büyük bir çoğunluğu hayatlarının herhangi bir döneminde bel ağrısı şikayeti yaşamışlar ve bunların da %20-50 sini LDH oluşturmaktadır. Bununla beraber yıllık bel ağrısı yaygınlığı %35±15 arasında değişmektedir (4).

Cerrahi yöntemler ağrılardan kurtulmanın en etkin yöntem olmasının yanı sıra ameliyat olacak kişilerin operasyon sonrasında sakat kalma, yatalak olma, eski yaşamına geri dönememe, başkasına bağımlı kalma, bağımlılık gereksinimlerinin karşılanamaması ve ameliyat sonrası ağrılarının devam etmesi gibi kaygılarının olduğu belirtilmektedir (5).

Son yıllarda lomber disk hernisine yönelik ameliyat tekniklerindeki gelişmelerin artmış olmasına rağmen lomber disk cerrahisi komplikasyona açık bir cerrahi işlemdir. İntraoperatif dönemde duramater, spinalkord, sinir kökü yaralanmaları, retroperitoneal yaralanmalar; ameliyat sonrası süreçte ise yara yeri enfeksiyonu, rezidüel disk materyali, motor defisitinin artması, vertebral kolonun mekanik bütünlüğünün bozulması, spinal kord basısı, idrar retansiyonu, paralitik ileus ve ağrının tekrarlaması sık görülen komplikasyonlar arasındadır.

Bel ağrısı prevelansı çocuklarda, yetişkinlere göre daha az rastlanmaktadır (1). Sık olarak görüldüğü yaş aralığı 35-55'tir (104). Dünyada yaşlı nüfusun gittikçe artması lomber disk hernisi olgularına daha sık karşılaşma sonucunu doğurmuştur (104).

Bel ağrısı ile oluşan ağrıyı azaltıp sosyal hayatı daha etkin bir şekilde sürdürebilmek ve yaşam konforunu yakalamak için farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavi yöntemleri geliştirilmiştir. Ayrıca fizik tedavi ve rehabilitasyon, korse kullanımı ve son olarak cerrahi müdahale gibi birçok yöntemle bel ağrısı tamamen veya kısmen ortadan kaldırma imkanları mevcuttur (1).

Bel ağrısının sebeplerini 4 başlık altında toplamak gerekirse, bunlar; mekanik nedenlere bağlı bel ağrıları, sebebi belli olmayan bel ağrıları, spinal nedenli olmayan bel ağrıları ve mekanik nedenli olmayan bel ağrıları şeklinde ayrılabilir. Vertebral disk dejenerasyonları % 27 gibi bir oranla bu gruplar içerisinde en yüksek orana sahiptir (63). Lomber disk hernisi 6-8 hafta içerisinde uygulanan konservatif tedavi ile herhangi bir iyileşme göstermemesi sonucunda, klinik ve nörolojik bulgularla uyumlu olması durumunda cerrahi yönetime başvurmak en uygun tedavi yöntemi olarak değerlendirilir (1,19,36,104).

Lomber disk hernisi tedavisinde sıklıkla başvuru yapılan cerrahi müdahale yöntemlerini; diskektomi, mikrodiskektomi, laminektomi, foraminotomi ve spinal füzyondur (19,36).

Cerrahi müdahale uygulanan hastalar normal hayatına ve konforuna tekrardan dönmek için analjezik tedavinin uygun, yeterli ve zamanında uygulanması, hastaya konforunu sağlamaya çalışmak gibi hemşirelik bakımları bu aşamada oldukça önem arz etmektedir (45,64).

Lomber disk hernisi ameliyatı öncesi hastalar ameliyat sonrası olası komplikasyonlardan korktuğu için cerrahi müdahaleye pek yanaşmamış bu da hastaların daha uzun süre ağrıya maruz kalma, günlük yaşam aktivitelerinde azalma-kısıtlanma ve ileri derecedeki hernilerde ise kısmi felce neden olduğu görülmektedir.

Bu araştırmanın amacı; hastaların ameliyat sonrası komplikasyon riski nedeniyle endişe duymaması, bakım şartlarının beklenen düzeyde olmadığını düşünmesi sonucu oluşan endişeleri ortadan kaldırmak olup lomber disk hernisi ameliyatı olan hastaların

ameliyat sonrası ağrılarının değerlendirilmesi ve hemşirelik bakımı memnuniyet düzeyinin belirlenmesidir (6).

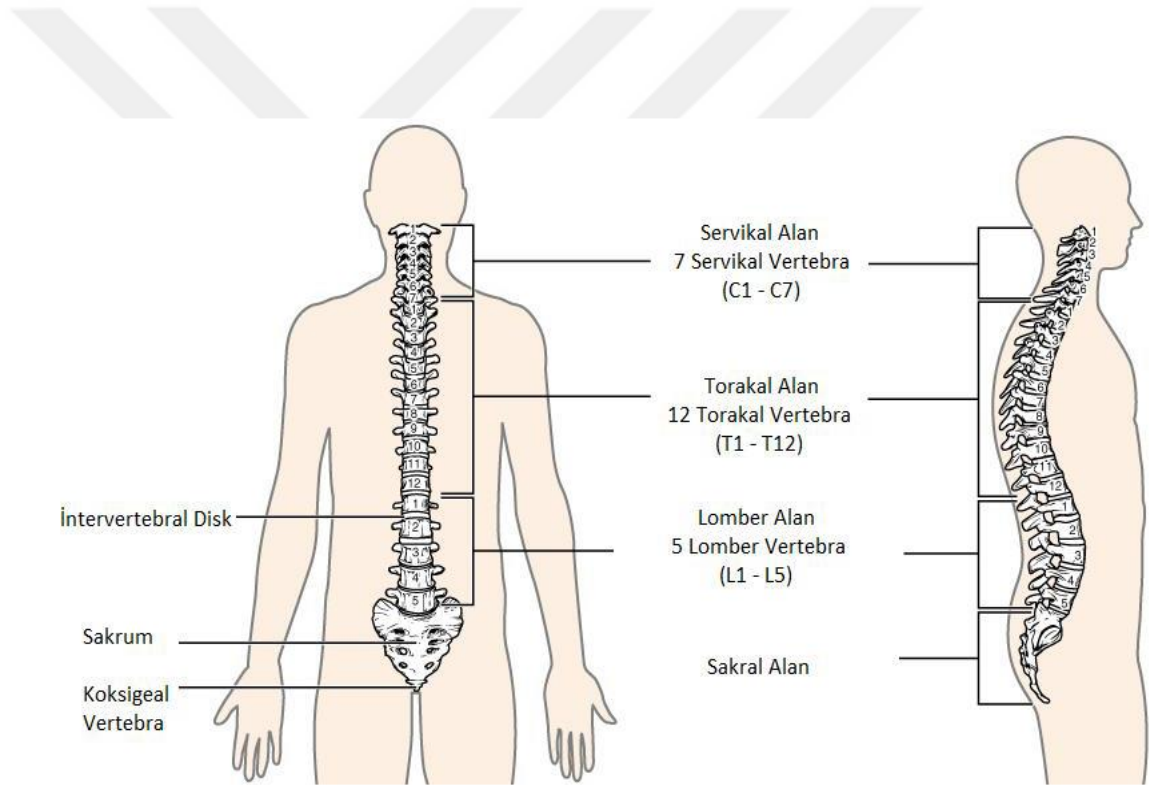


## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1. Lomber Disk Hernisi ve Epidemiyolojisi

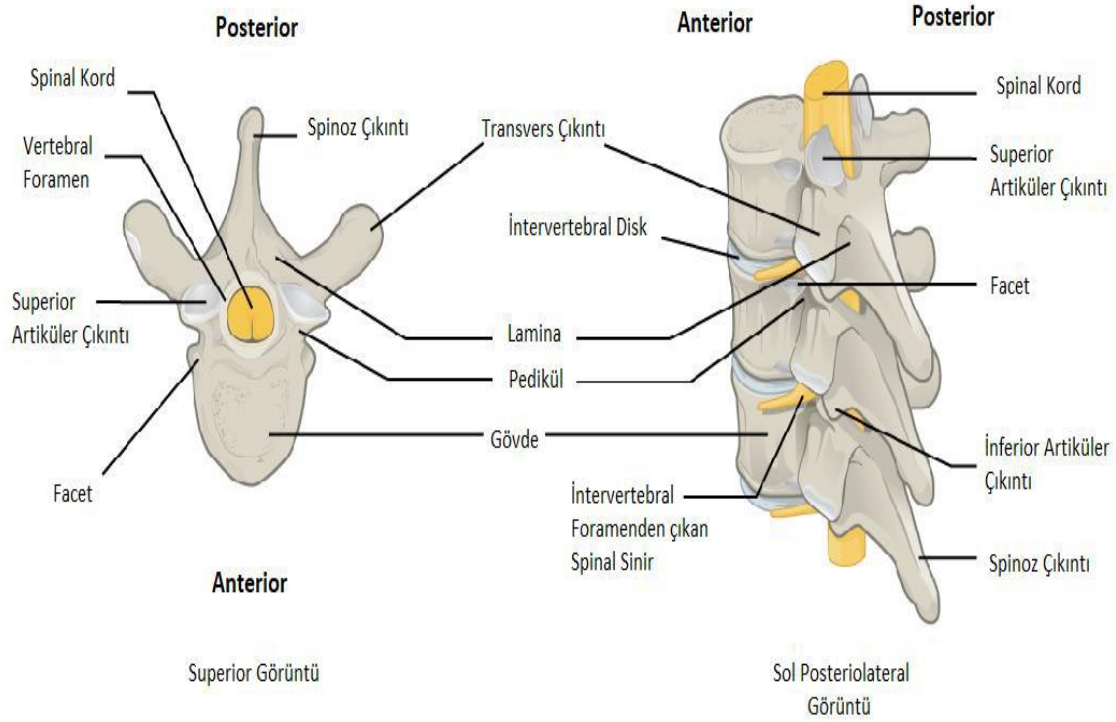
#### 2.1.1. Vertebral Kolon ve Diskin Yapısı

Vertebral kolon, omurgayı oluşturan kemikler ve içerisinde omurilik sıvısının bulunduğu yapıdır. Bu yapı otuz üç vertebradan oluşmuş olup; servikal bölgede yedi, torakal bölgede on iki, lomber bölgede beş, sakral bölgede beş, koksikte dört vertebra yer almaktadır. Vertebra biribirinden ayrı olup esnek ve hareketli bir yapıya sahiptir (Bkz. Şekil 1.).



Şekil 2.1. Vertebranın Yapısı ve Bölümleri

Karaokur G. (7)' den alınmıştır.

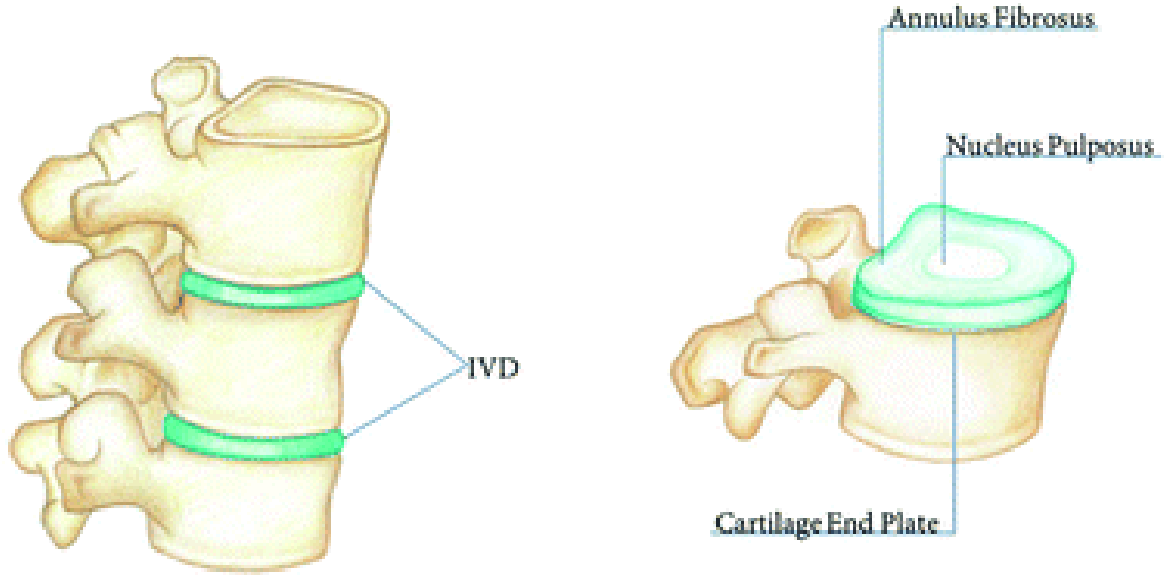


Şekil 2.2. Vertebranın Anatomik Yapısı  
Gökçe Karaokur (39)' dan alınmıştır.

Her bir omur arasındaki yapılar disklere denir. Bu yapıların dışı sert olup, içi yumuşak jelatinimsi yapıdan oluşmuştur (8).

İntervertebral diskler; Vertebra arasında yer alan 9 mm kalınlığında herhangi bir hareket esnasında ya da zorlanma gibi durumlarda oluşan basınçlarda emici ve dengeli bir dağılım yapan disk şeklindeki kıkırdak yapılarıdır. Disklerin yapısı %85 oranında su, kollajen ve proteoglikandan oluşur (9).

Her bir diskin dış kısmında kollajen lifler ve fibröz kıkırdaktan oluşan *Annulus Fibrosus* (AF) ile orta kısımda yer alan jelatinöz *Nükleus Pulposus* (NP) 'dan oluşmaktadır (Bkz. Şekil 3.). Lomber bölge disklerinin nükleus pulposusu diskin ortasında ve biraz arkada yer almaktadır (11). Alt ve üst taraflarında ise kıkırdak yapıda olan vertebral son plaklar yer almaktadır (12). Viskoelastik yapıda olan bu disklerin temel görevi geçici basınca izin vererek vertebral kolona binen yüklerin emilmesini sağlamak, böylelikle hareket esnasında omurgaya esneklik kazandırmaktır (13,14).



Şekil 2.3. İntervertebral Diskin Yapısı  
Matthew D. Harmon ve ark. (10)' dan alınmıştır.

#### *Nükleus Pulposus (NP)*

İntervertebral disklerin merkezinde yer alan şok emici özelliği sayesinde gelen basıncı tüm birimlere eşit şekilde dağıtan yapıdır. Fibrojelatinöz bir yapıda olmasıyla birlikte basınç altında şeklini kolayca değiştirerek gelen basınç ve yükü *anulus fibrosus* ve son plağa iletir. Herhangi bir bozulmaya maruz kalmamış, genç bir nükleus, yapısında %88 oranında su bulundurur (Bkz. Şekil 3.) (38).

#### *Anulus Fibrosus (AF)*

Kollojen liflerden, fibrokartilajinöz bir yapıdan oluşan *anulus fibrosus nükleus pulposusu* çevreler. Yapısında iç ve dış lifler bulunur. İç lifler endplate ile bağlantılıyken, dış lifler ise kemiklerle bağlantı oluşturur. İç lifler *anulus fibrosus*'un kapsüler kısmı, dış lifler ise ligamentöz parçası olarak adlandırılır. *Anulus fibrosus*'un yapısında %60-80 oranında su bulundurur. *Anulus fibrosus*'un su oranı *nükleus pulposusa* göre daha azdır. Kuru ağırlığının yaklaşık %60'ı kollajen, %20'si ise proteoglikandan oluşur. Bunların yanında az miktarda da elastik lif içerir (Bkz. Şekil 3.) (15,38).

Lomber vertebralar buldukları yer ve hareketli yapıları nedeniyle vertebral kolonun yüke en sık maruz kalan yerleridir. Vertebral disk hernileri spinal kanalın her seviyesinde oluşabildiği gibi ağırlığa ve basınca daha çok maruz kalan lomber bölgedeki diskler aşınma ve yıpranmalar bakımından en fazla risk altında olan yapılardır (16).

## 2.2. Lomber Disk Hernisi(LDH)

### Tanımı

North American Spine Society (NASS)'nin 2012 yılında yayımlanmış olduğu rehberde LDH;''Disk materyalinin, miyotomal (bir spinal sinirin uyardığı kas kitlesi) veya dermatomal (bir spinal sinir tarafından uyarılan deri bölgesi) dağılımında ağrı, zayıflık ya da uyuşma ile sonuçlanan intervertebral disk (nükleus pulpozus) boşluğunun normal fizyolojik sınırlarının ötesine lokalize yer değiştirmesi olarak tanımlanmıştır''

Başka bir deyişle gövdenin yükünü taşımakla görevli olan alt lomber omurların yapısının bozulması sonucunda nükleus pulpozusun anulusu dejenere ederek herniasyona ve ağrıya neden olması durumudur (17).

### 2.2.1. Fizyopatolojisi

Lomber disk hernisinde intervertebral disklerin yapısının bozulması daha çok dejeneratif disk hastalıklarından oluşmaktadır. İnsan yaşının ilerlemesi bu sürecin doğal bir etkeni olması sebebiyle disklerin jelatinimsi yapılarını, elastikiyetini ve şok etkisini azaltma özelliğini yitirmesi sonucu oluşmaktadır. Disk yapısının bozulması sıklıkla dejeneratif disk hastalıklarından kaynaklanmaktadır (18). Disklerde oluşan bu harabiyet olası bir ağırlığın oluşturduğu basıncı vertebralara eşit bir şekilde dağılım düzeyini de bozmaktadır. Vertebralara eşit dağıtılamayan basınç *annulus fibrozusa* aktarılır. Bu durum diskten biyokimyasal maddeler salınımına neden olup diskin harabiyetine zemin hazırlar. Neticede spinal diskte şişmeler meydana gelir ve disk omur aralarında dışarı doğru çıkar, buna disk hernisi denir (18). Disk hernileri herhangi bir dejenerasyon sonucu oluşmasa bile biyolojik süreç olan yaşlanmaya bağlı olabildiği gibi omurgaya sürekli ağırlık binmesi ve yaralanmalara da bağlı olarak gelişmektedir. Herniye sebebiyet veren disk, sinirlere basınç uygulayarak yansıyan ağrı, hissizlik, karıncalanma, güç kaybı gibi semptomları olan bir duruma da neden olur (19). Lomber disk hernilerinin %90-95'i L4-L5 veya L5-S1 seviyesinde görülür. L3-L4 ve diğer seviyelerde herni oluşma oranı daha düşüktür. Lomber bölge vertebranın diğer bölgelerine göre hareket oranı daha yüksek ve aksiyel yüke daha

yoğun bir direnç göstermek zorunda olmasından dolayı hernileşme oranının en yüksek olduğu bölgedir (20).

### 2.2.2. Belirti ve Bulguları

Lomber disk hernilerinde hastalar genelde belde var olan künt şeklinde bir ağrıdan şikayetçidirler. Bu ağrı çoğu zaman hastaların günlük hareketlerini minimize edecek kadar şiddetlidir. Ağrının karakteristiği öksürmek, dolaşmak, oturmak, gerinmek ve hapşırma gibi vücudun anlık hareketlerine bağlı olarak artabilir. Ağrının şiddeti herninin yerine, miktarına ve üst ekstremitelerden alt kısma doğru oluşan basıncın etkisine bağlıdır (21,22,23).

Lomber disk hernisinin ilerlemesi durumunda sinir kökünün tam irritasyonuna sebep olur. Buna bağlı olarak ağrı duyusu baskılanır. Daha sonra kas spazmları, bacaklarda, ayaklarda ve ayak parmaklarında kas zayıflığı ile parestezi (karıncalanma uyuşma, yanma) gibi duysal yakınmalar görülebilir. Spinal sinir hasarının olduğu durumlarda refleksler baskılanabilir ya da kaybedilebilir (1).

*Cauda equina* sendromu da önemli semptomlar arasındadır. *Cauda equina* sendromu semptomatik lomber disk hernilerinin yaklaşık %1-2.4'ünü oluşturur. Bağırsak sorunları mesane sorunları, rektal tönüste azalma, alt ekstremitede duyu ve motor kayıpları şeklinde semptom ve bulgular verir. Sfinkter kusuru olan ve perianal duyu kusuru gelişen hastalarda acil ameliyat gereklidir. Maksimum 48 saate kadar opere edilmeyen olgularda sfinkter kusuru kalıcı olur. Ameliyat sonrası 48 saat içinde olumlu sonuç alınır (24).

### 2.2.3. Lomber Disk Hernisinde Tanı Yöntemleri

#### Öykü

- Hastanın cinsiyeti, yaşı, eğitim düzeyi, medeni durumu, mesleği, iletişim adresleri gibi biyografik bilgileri
- Semptomların başlangıcı, lokalizasyonu, semptomları başlatan, azaltan ve ortadan kaldıran faktörler
- Kronik hastalıklar, kullandığı ilaçlar, alerji durumu gibi genel sağlık bilgileri
- Son muayene tarihi, hastaneye yatış durumu, geçirdiği ameliyatlara, geçirdiği yaralanmalar
- Aile öyküsü

➤ Beslenme, yaşam tarzı, ruhsal sağlık, sigara-alkol kullanımı, kişisel alışkanlıklar gibi bilgileri içermelidir (25,26).

#### **2.2.4. Fizik Muayene**

Fizik muayenede omurganın anatomik yapısı ve fiziksel aktiviteleri incelenir. Refleks ve sinir germe testleri uygulanır. Duyu kaybı olup olmadığı değerlendirilir (28).

#### **2.2.5. Radyolojik Görüntüleme Yöntemleri**

##### **Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)**

Radyasyon içermemesi, inceleme yönüyle daha çalışılabilir bir alan imkanı sağlaması, sıvı yoğunluğunu ve kanal darlığını belirleme gibi özellikleri nedeniyle en sık kullanılan bir yöntemdir. Yumuşak dokuyu tanımada bilgisayarlı tomografiden (BT) üstündür (28). Yapılan bir çalışmada gözlemciler MRG'nin LDH tanısını doğrulamada %97 oranıyla başarılı bir yöntem olduğunu tespit etmişlerdir (27).

##### **Bilgisayarlı Tomografi (BT)**

MRG'den sonra disk hernisini tanılamada en sık kullanılan yöntemlerden ikincisidir. Kemik yapıyı tanımada MRG'den üstündür; ancak kapalı alan korkusu olan ve kohlear implant, kalp pili gibi protezleri olan hastalarda kullanımı tercih edilmektedir (28).

##### **Myelografi**

Subaraknoid mesafeye kontrast madde uygulanarak omuriliğin incelenmesiyle herniyi tespit etmek için tercih edilen bir yöntemdir. Bu yöntem komplikasyonlarının fazla olması ve MRG ve BT kullanımının popülerleşmesi nedeniyle daha az tercih edilmektedir (Akyolcu ve Uğraş, 2017; Özbayır, 2014; Sarı ve Aydoğan, 2015; Toplamaoğlu ve Ofluoğlu, 2014) (19,27,28,29).

##### **Direkt Grafi**

Genelde tanı koymada yetersizdir. Disk hernisinin kırık, tümör, enfeksiyon gibi durumlardan farklı kılarak herniyi bunlardan ayırmakta kullanılmaktadır. Ayrıca diskin yapısındaki değişiklikleri ve disk boşluklarındaki bozulmaların saptanmasında yararlıdır (19,29).

## 2.3. Lomber Disk Hernisinde Tedavi

Lomber disk hernilerinde tedavi programı konservatif ve cerrahi tedavi olarak 2 şekilde yapılır.

### 2.3.1. Konservatif Tedavi

Konservatif tedavide; yatak istirahati, egzersiz, fizik tedavi, medikal tedavi, korse ve traksiyon gibi uygulamalara başvurulmaktadır (22).

**Yatak istirahati:** Yatak istirahati olabildiğince kısa tutulmalıdır. İhtiyaç duyulan hareketlerin basitten başlayarak artırılması hedeflenir. Hastaların dizi ile kalçaları fleksiyonda iken sırt üstü yatmaları sağlanır. Böylece omurga ve kaslar üzerindeki basıncın azaltılması neticesinde ağrı azaltılması amaçlanır (29,30).

**Egzersiz:** Egzersizde amaç hastanın varolan ağrısını yok etmekten ziyade bu ağrı ile olabildiğince daha fazla aktivite toleransı sağlamaktır (31).

**Fizik Tedavi:** Lomber disk hernisi hastalarında fizik tedavi yöntemleri daha çok ağrıyı, kas spazmlarını azaltmak amacıyla uygulanır. Bu yöntem aynı zamanda hastanın cerrahi müdahale sonrasında erken mobilizasyonunu sağlar. Bunun için masaj, TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation), elektroterapi, sıcak ve soğuk uygulama gibi fizik tedavi yöntemlerine başvurulmaktadır (29,30).

**Medikal Tedavi:** Fizik tedavi ile birlikte kullanıldığında hasta konforunda artış sağlanacağı düşünülmektedir (32). Medikal tedavide sedatifler, antiinflamatuvar ilaçlar, myorelaksanlar (kas gevşetici ilaçlar), kortikosteroidler, antidepresanlar ve analjezikler kullanılmaktadır (33).

**Korse-Traksiyon:** Bel hareketlerinde kısıtlama sağlanarak ağrının azaltılması amacıyla uygulanan tedavi yöntemidir. Uzun süreli kullanımlarda kas zayıflığına neden olduğundan hastalara önerilmemektedir (30,33).

### 2.3.2. Cerrahi Tedavi

Cerrahi tedavi konservatif tedaviden sonuç alınamadıktan sonra başvuru en son yöntemdir. Yapılan çalışmalarda cerrahi tedavinin konservatif tedaviden daha başarılı olduğu ortaya çıkmaktadır (34). Cerrahi tedavi endikasyon kriterleri konservatif tedaviden en az 6 hafta süresince tedaviye cevap alamama ile birlikte Sfinkter veya perianal duyu hasarı, ağrının sık aralıklarla tekrarlanarak şiddetinin artması, düşük ayak gelişmesi, yatak istirahatine rağmen radikülopati bulgularında artış yaşandığı durumlardır. LDH tanısı alan hastaların %15'ine cerrahi tedavi uygulanır ve yaklaşık olarak %95 başarı sağlanır. Cerrahi

tedavide amaç; ağrıyı gidermek, aktif yaşama geri dönmek, ekonomik üretkenliğin devamını sağlamak, hastanın yaşam kalitesini artırıp rahatlığını sağlamak ve nörolojik tabloyu düzeltmektir. Cerrahi girişimler laminektomi, diskektomi, mikro endoskopik diskektomi, foraminotomi ve spinal füzyondan oluşur (35,36).

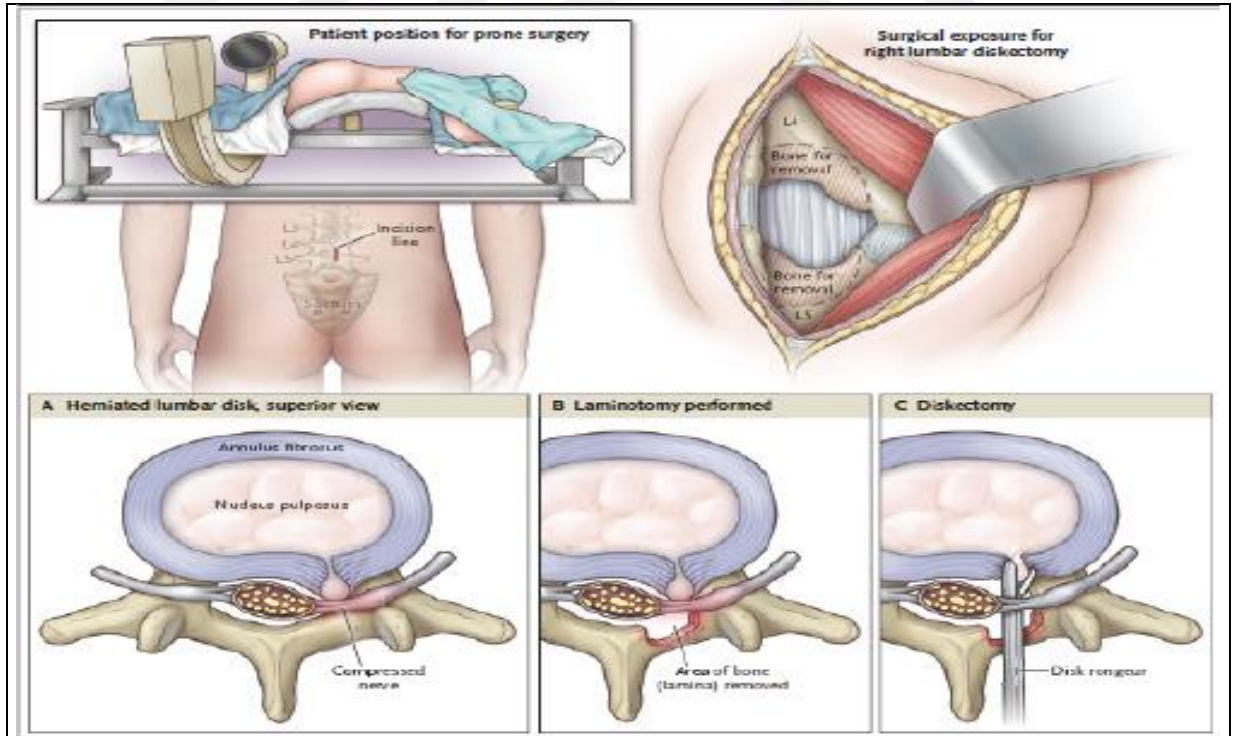
**Diskektomi:** Lomber disk hernisi hastalarında en sık uygulanan cerrahi tedavi yöntemidir. Herniye sebep olan diskin veya disk kısımlarının alınması işlemidir (30).

**Laminektomi:** Lamina adı verilen vertebra kemiğinin cerrahi işlemle alınmasıdır (30).

**Foraminotomi:** Spinal sinirin omurgadan çıktığı sinir kökü çevresindeki boşluğun cerrahi müdahale ile genişletilmesidir (37).

**Spinal Füzyon:** İki vertebra arasına kemik parçaları yerleştirme işlemidir. Bu kemikler insan bedeninden alınan ya da yapay kemiklerdir. Bu işlem sonrasında vertebralar hareketsiz hale getirilip ağrıyı azaltma amaçlanır (36).

**Mikro Endoskopik Diskektomi:** Küçük bir cilt insizyonu yardımıyla nükleus pulposuzun mikro cerrahi teknik ile çıkarılması işlemidir. Bu yöntem hastaların mobilizasyonunun ve taburculuğunun daha erken sağlandığı, minimal doku ve kan kaybı sağlandığı ve komplikasyonlarının da daha az olduğu belirtilmektedir (38).



Şekil 2.4. Mikrodiskektomi Cerrahisinde Hasta Pozisyonu ve Cerrahi Teknik.

A. Posterolateral disk herniasyonu. B. Laminotomi. C. Diskektomi

Ecehan Açıbay (38)' dan alınmıştır.

## **2.4. Lomber Disk Hernilerinde Hemşirelik Bakımı**

### **2.4.1. Ameliyat Öncesi Dönemde Hemşirelik Bakımı**

Cerrahi müdahale konservatif tedavinin yetersiz olduğu durumlarda son çare olarak başvurulan yöntem olmakla birlikte lomber disk hernileri tedavisinde oldukça önemli yer tutar. LDH sebebiyle hastaneye yatan bireylerde anksiyete oluşumu spontan bir süreç olduğu bilinmektedir. Bu nedenle cerrahi müdahale öncesi hemşirelik eğitimi ve bakımı önemlidir. Bu eğitim ve bakım; hastanın yatırılmasından ameliyat öncesi geceye kadar olan dönemdeki hazırlığı ve bakımı, ameliyattan önceki gece hazırlığı ve bakımı, ameliyat günü hazırlığı ve bakımı olmak üzere 3 aşamadan oluşur (40,41).

#### **Hastanın Kliniğe Yatırılmasından Ameliyat Öncesi Geceye Kadar Olan Dönemdeki Hazırlığı ve Bakımı**

Bu dönemde hasta ameliyata fizyolojik psikolojik yasal hazırlık ve ameliyat öncesi eğitim olarak ameliyata hazırlanır.

Hastayı psikolojik olarak; anksiyetesini minimize etmek amacıyla hastanın ameliyat hakkında soru sormasına olanak sağlayarak bilinmezlik duygusunu ortadan kaldırmak bu dönemi kapsar (42).

Fizyolojik olarak; hasta ağrı, kas spazmı, duyu ve motor fonksiyonlar, mesane ve bağırsak fonksiyonları gibi sistemler açısından değerlendirilerek hastanın sağlık seviyesi üst düzeyde tutulması sağlanır.

Yasal olarak; hastadan ameliyatı kabul ettiğine dair yazılı izinler alınarak sağlık personeli bu hususta olası bir duruma karşı kendini güvenceye alır (43). Hastaya ameliyat öncesi eğitim olarak; hastaya solunum egzersizleri ve mobilizasyonu hakkında bilgi verilir. Yataktan kalkarken nasıl kalkacağı ne zaman kalkacağı, yatak içerisinde nasıl döneceği, ayak bilek ve diz hareketlerinin nasıl yapılacağı konusunda bilgi verilmelidir (42,44).

#### **Ameliyattan Önceki Gece Hazırlığı ve Bakımı**

Ameliyat öncesi gecesinde anestezi hazırlığı, gastrointestinal sistem hazırlığı, cilt hazırlığı (42).

#### **Ameliyat Günü Hazırlığı ve Bakımı**

Hastanın son kontrolleri yapılır. Nörolojik değerlendirmeler ameliyat sonrası bulgularla kıyaslamak için yapılır. Ameliyathaneye gitmeden önce hastanın üzerindeki

eşyalar-objeler çıkarılır. Damar yolu açılır, ameliyat önlüğü giydirilip bir hemşire eşliğinde ameliyathane personeline teslim edilir (42,45).

#### **2.4.2. Ameliyat Sonrası Dönemdeki Hemşirelik Bakımları**

Lomber disk ameliyatı sonrası hemşirelik bakımları hastanın tedaviye cevap vermesini hızlandırmak, herniasyon tekrarını engellemek, hastanın kısa sürede mobilizasyonunu sağlayarak hastanede yatış süresini kısa tutmak amacıyla önemli yer tutar (46). Ameliyattan sonra ayağa kalkmaya karşı oluşan endişeyi izole etmek için hastayı cesaretlendirmek, günlük yaşam aktivitelerine dönüşü hızlandırmak ve hastanın konforunu sağlamak aynı zamanda hemşirelik bakımının bütüncül ve hümanistik rolüdür (47).

- Hastanın ağrı düzeyi değerlendirilerek ameliyat öncesi ağrısıyla kıyaslanır, herniye neden olan ağrının geçmesi beklenir. Yara yeri insizyonu ve kas spazmları sebebiyle oluşan ağrının kademeli olarak azalması sonucuna ulaşılmalıdır.
- Ameliyat sonrasında vertebranın düz kalmasını ve yara yeri kesisinin gerilmemesini sağlamak önemlidir.
- Hastanın yaşam bulguları düzenli aralıklarla kontrol edilir.
- Hasta yan yatarken dizlerinin arasına yastık yerleştirilmelidir.
- Alt ekstremitelerin nörovasküler değerlendirilmesi yapılmalıdır.
- Hasta ilk 1 saat döndürülmemelidir. Sonrasında hasta refakatçileri yardımıyla lomber bölgeye yapılan basıyı azaltmak amacıyla hastanın pozisyonu güvenli bir şekilde değiştirilmelidir. Pozisyon değişikliği sırasında kalçanın ve omurganın stabilizasyonunu bozan zorlanmalardan kaçınmak gerekir.
- Hasta; kanama, hematoma, alt ekstremitelerde ödeme bağlı parestezi ile duyu ve motor kayıplar, anal sfinkter kaybı ya da üriner retansiyon (cauda equina), paralizi, düşük ayak gibi komplikasyonlar yönünden izlenir. Bu durumlar sinir köküne olası bir harabiyetin varlığının göstergesi olabileceğinden, karşılaşıldığında acilen hekime haber verilmelidir.

- Ameliyat sonrasında hareketsizliğe bağlı olarak mesane ve bağırsak sorunları gelişebilir. Bunların önüne geçmek için hasta erken dönemde ayağa kaldırılmalıdır.
- Hastanın defekasyonu esnasında ıkınmaması gerektiği söylenmeli, oluşacak basıncın beyin omurilik sıvısı basıncının artmasına ve ağrı oluşmasına neden olacağı açıklanmalıdır.
- Lomber füzyon ameliyatı yapıldıysa omurga birleşiminin yapıldığı alanın hareketsizliği sağlanır. İlk bir saat hareketsizlik sağlanır daha sonra dört saatte bir sonrasında ise iki saate bir hasta pozisyonu bir yandan diğer yana çevrilir.
- Ameliyattan sonra yara yeri enfeksiyonu, kanama ya da bos sıvısı akıntısına karşı hemşire hastayı sürekli takip etmelidir.
- Hastanın ameliyatı sonrasında erken mobilize olması sağlanır. Hasta mobilize olmadan önce yatakta kalkacağı tarafa doğru yan döndürülür, üstteki eliyle yatağı iterek oturtulur, aynı esnada bacakları hemşire ya da hasta refakatçisi tarafından yavaşça aşağı indirilerek serbest bırakılmalıdır.
- Hemşire hastaya ve refakatçilerine yatakta dönme, yaktan kalkma, koltuğa geçme gibi durumlarda bilgi verip bunu uygulatmalıdır.
- Vertebraları desteklemek için hastaya korse giydirilmesi sağlanmalı ve hastaya bu konuda eğitim verilmelidir.
- Erken defekasyon önemli olduğu için konstipasyon önlenmeli ve uygun diyetle geçilmelidir.
- Venöz dönüşün sürekliliğini sağlamak için hastaya antiembolitik çorap giydirilir.
- Hastada varsa dren ve pansuman takibi yapılır (19,36,48,50,51).

## 2.5. Lomber Disk Hernisinde Ağrı ve Kontrolü

*Ağrının tanımı:* ağrı bireyin hayatı boyunca birçok defa karşılaştığı veya karşılaşmak zorunda kaldığı sübjektif bir deneyimdir. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (IASP) ne göre ağrının tanımı; vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, gerçek ya da olası bir doku hasarı ile birlikte bulunan, insanın geçmiş deneyimleriyle ilgili hoş olmayan duyu ve duygusal bir duyum ve davranış şeklidir (76,78,79).

Ağrı karmaşık ve çok boyutlu olduğu birçok grupta sınıflandırılabilir.

### Ağrının süresine göre sınıflandırma:

- Akut ağrı
- Kronik ağrı

### Kaynaklandığı bölgeye göre sınıflandırma:

- Somatik ağrı
- Visseral ağrı
- Sempatik ağrı

### Mekanizmasına göre sınıflandırma:

- Nösisseptif ağrı
- Nöropatik ağrı
- Deafferentasyon ağrısı
- Reaktif ağrı
- Psikosomatik ağrı

### Duyu şekillerine göre sınıflandırma:

- Sızlama şeklinde ağrı
- Yanıcı ağrı
- Batıcı ağrı
- Kolik şeklinde ağrı

**Ağrı eşiği:** Bireyin algıladığı en hafif ağrı düzeyine denir. Bu düzey bireyden bireye farklılık gösterebilir. Aynı birey farklı zaman dilimlerinde farklı bir ağrı eşiği değeri gösterebilir. Ağrı eşiği bireyin yaşadığı ortam, sosyokültürel değerler, psikolojik durum, dini inanç, yorgunluk, ağrı tepkisi ve ağrının şiddeti gibi değerlere göre değişiklik gösterebilir (80).

Ağrı eşiğini; uykusuzluk, anksiyete, korku, üzüntü, çaresizlik, tedirginlik,

depresyon, öfke, yorgunluk, mesleki başarısızlıklar, ailevi sıkıntılar, stres gibi nedenler azaltır.

Ağrı eşiğini arttıran nedenler ise; düzenli ve yeterli uyku, iyi ruh hali, dinlenme, gevşeme ve bireysel anlayış gibi nedenler gösterilebilir (77).

### 2.5.1. Ağrının Sistemler Üzerindeki Etkisi

Ağrının ortadan kaldırılamadığı durumlarda istenmeyen birkaç durum meydana gelmektedir.

#### *Solunum sistemi üzerindeki etkisi*

Cerrahi insizyonun diyafragmaya yakın olması durumu pulmoner fonksiyonları doğrudan etkilemektedir. Batın ve toraks bölgesinde yapılan cerrahi müdahale sonrası oluşan ağrı nedeniyle hipoksi, atelektazi, pnömoni ve diğer enfeksiyon kaynaklı hastalıklara neden olabilmektedir (81).

#### *Kardiyak sistem üzerindeki etkisi*

Ağrıdan sonra meydana gelen nöroendokrin yanıt sonucu kalp daha hızlı ve güçlü çalışır, miyokardın oksijen tüketimi artar. Oksijen tüketiminde artış meydana gelmesiyle koroner arter ve kalp kapak hastalığı olan kişilerde akut kalp yetmezliği, iskemi ve miyokart infarktüse sebep olabilmektedir (82,83).

#### *Dolaşım sistemi üzerindeki etkisi*

Ağrıyla beraber oluşan stres sonucu endokrin sistemin glikoz seviyesinde bozulmalar meydana gelir ve negatif nitrojen dengesi oluşur. Şiddetli ağrı yaşayan bireyler daha az hareket etmek istediklerinden dolayı venöz kan dolaşımında azalma oluşur. Bu azalma tromboembolitik hastalıklar meydana getirebilmektedir (84).

#### *Kas iskelet sistemi üzerindeki etkisi*

Ağrısı olan hastada anksiyete oluşmasından dolayı kas tonusu artar. Artan kas tonusundan dolayı oksijen tüketimi artarak laktik asit tüketiminde de artışa sebep olur. Bu durumdan dolayı laktik asit birikimi sonucu kaslarda kramplar meydana gelir (84).

#### *Üriner sistem üzerindeki etkisi*

Oluşan ağrıya yanıt vermek için sempatik sinir sistemi aktivasyonlarındaki artış sonucunda sfinkter tonusunda artış meydana gelir. Böylece üriner retansiyon gelişir (85).

#### *Gastrointestinal sistem üzerindeki etkisi*

Ağrının kaynağı organlar ya da somatik yapılar ise hastada bulantı ve kusmaya neden olabilir. Sempatik sistemin aktivasyonundaki artış intestinal salgılamada ve sfinkter tonusundaki artma, düz kas tonusunda ise azalmaya neden olur. Bu artış ve

azalmadan dolayı gastrik staz ve paralitik ileus gelişir (76,85).

#### *Endokrin sistem üzerindeki etkisi*

Ağrıya karşı verilen nöroendokrin yanıt ile prolaktin, tiroid hormonları, beta endorfin ve antidiüretik hormonun (ADH) salgılanmasında artış meydana gelir. ADH böbreklerden sıvı atılmasına engel olmasından dolayı sıvı retansiyonu oluşur. Bundan dolayı kan basıncında artış görülür (86).

### **2.5.2. Ağrının Değerlendirilmesi**

Ağrıyı değerlendirirken doğru bilgi ve etkin bir tedavi için gerekli bilgileri hastadan almak gerekir.

**Genel öykü;** hastanın sosyo-demografik bilgileri, mevcut olan hastalığın öyküsü, kullandığı ilaçlar, ilaç alerjisinin olup olmadığı, geçmiş tıbbi öyküsü alınır. Hastanın ağrı öyküsü ve bunu için kullandığı tedavi ve bu tedavinin etkileri değerlendirilmelidir (87,88).

**Ağrı öyküsü;** ağrının başlangıç zamanı ne kadar sürdüğü, şiddeti, özellikleri, ağrıyı azaltan ve arttıran etmenler değerlendirilir (87,88).

**Klinik muayene;** ağrıya verilen cevap değerlendirilerek gözlemlenir. Ağrıyı yaşam bulguları üzerindeki etkileri gözlemlenir.

İdeal bir akut ağrı değerlendirilmesi şu basamakları içerir:

1. Hasta ağrısını değerlendirmeye aktif olarak katılması sağlanmalıdır.
2. Hastanın ağrısı düzenli olarak sorgulanmalıdır.
3. Hastanın ağrısı, hem dinlenme hem de hareket halinde değişiklik gösterebildiği için her iki durumda da değerlendirilmelidir.
4. Ağrı şiddetinde beklenmedik bir artış yeni bir ağrı nedeni veya postoperatif bir komplikasyon nedeni olarak değerlendirilmeli, dikkatlice bir anamnez alınmalıdır.
5. Ağrının çok fazla ya da prognozun kötü olması halinde uygulanan ağrı tedavisi tekrar gözden geçirilmelidir (89,90).

Uluslararası Ağrı Çalışma Grubu (IASP) ağrıyı "kuvvetli bir doku harabiyetine bağlı olan veya olmayan duygusal ve duyusal bir yaşantı" olarak tanımlamaktadır (68). Lomber disk hernisi ağrısında ağrıyı tanımlamak, ağrıyı kontrol altına almada öncelikli ve en önemli aşamadır. Bunun için doğru ve etkili bir tedavi yöntemini elde etmek gerekir (69). Erişkinlerde bel ağrılarının bir yıllık prevalansı %15-56 arasında değişmektedir (68). Ağrı yönetiminde amaç ağrıyı önlemek ve ortadan kaldırmak düşüncesiyle kontrolü sağlamaya çalışmak temel esastır. Farmakolojik yöntemler etkili yöntem olmasının yanı sıra farmakolojik olmayan yöntemlerden olan gevşeme egzersizleri, ağırlı uyarını ortadan

kaldırma, pozisyon, dokunma, konuşma gibi yöntemlerinde etkili olduğu açıklanmaktadır. Hemşirenin ağrıyı kontrol etmedeki rolü oldukça fazladır. Bu nedenle farmakolojik olmayan yöntemler hususunda da kendini eğiterek üst düzey ağrı kontrolü bilgisine sahip olması gerekmektedir (70). LDH Ameliyatı sonrasında oluşan ağrının tedavisi için hem farmakolojik yöntemler hem de farmakolojik olmayan yöntemler ayrı ayrı kullanılabilirdiği gibi beraber de kullanılabilir. Ameliyat sonrası standart olarak uygulanan bir analjezik tedavi yoktur. Her iki tedavi yönteminin olumlu tarafları olduğu gibi olumsuz tarafları da vardır. Bu yöntemlerden hangisinin seçilmesi gerektiği hususunda; hastanın genel durumu, cerrahi tipi ve yeri, kullanılan yöntemin yan etkileri, sağlık personelinin niteliği ve teknik imkanlar yönüyle değerlendirilmelidir (30).

### **2.5.3. Farmakolojik Yöntemler**

Cerrahi girişim sonrasında oluşan akut ağrı tedavisinde en yaygın olarak kullanılan yöntem uygulanabilirliği ve kolaylığı yönüyle farmakolojik ilaç tedavisi yöntemidir. Ameliyat sonrasında farmakolojik yöntemler kullanılırken daha çok intramüsküler, intravenöz, subkutan, oral gibi yöntemler kullanılır. Analjezik ajanlar kullanılırken dikkat edilmesi gereken;

- Ağrı kesici tedavisinin etkili olması için ilk 24 saat boyunca düzenli olarak verilmesine dikkat edilmelidir.
- Ameliyat sonrası ağrının ilk 24 saatten fazla sürdüğü düşünülen durumlarda analjezinin sürekliliğini sağlamak amacıyla hasta kontrollü ilaçların düzenli olarak alınması gerektiği hastaya bildirilmeli ve bu konuda gerekli eğitim verilmelidir.
- Özellikle narkotik ilaçlar kullanılırken ilaç dozuna dikkat edilmeli oluşabilecek narkotik toleransına karşı hasta takip edilmelidir (64).
- Düzenli ve başarılı bir ağrı yönetimi hastanın tedaviye yanıt vermesini olumlu etkilemektedir (30).

### **Narkotik Analjezikler**

LDH operasyonu sonrasında erken dönemde hastanın ağrısı fazla olmaktadır. Bunun için narkotik analjezikler tercih edilmektedir. Bunlar; morfin, metadon, meperidin, fentanil ve kodein gibi analjeziklerdir. Morfin ve meperidin güçlü etkili kodein ise zayıf etkili

narkotiklerdendir. Narkotikler yapılan çalışmalar sonucunda uzun süre kullanımında bağımlılık geliştirdikleri bilgisi elde edilmiştir (64). Opioid alan hastaların solunum sistemi ve bağırsak sistemi, bakım veren hemşireler tarafından yakından takip edilmeli ve oluşabilecek yan etkiler karşısında gerekli bilgi ve beceriye sahip olmaları gerekmektedir (30).

### **Narkotik Olmayan Analjezikler /Nonsteroid Antienflamatuar İlaçlar (NSAİ) ve Parasetamol**

Narkotik olmayan ilaçlardan olan diklofenak, ibuprofen, indometazin, naproksen gibi nonsteroid ilaçlar daha çok hafif ve orta dereceli ağrılarda kullanılır. Genellikle ameliyat sonrası ağrıların kontrolünde yetersiz kaldıkları için narkotik ilaçlarla beraber kullanılarak bu ilaçların yan etkilerini minimize ederler (64).

Parasetamol grubu ilaçlar ise merkezi sinir sistemi(MSS) yoluyla spinal kanalda ve beyinde siklooksijenaz enzimi üzerinden prostaglandin sentezine baskı yaparak ameliyat sonrası ağrıya etki etmektedir (65).

#### **2.5.4. Farmakolojik Olmayan Yöntemler**

Farmakolojik olmayan yöntemler ağrının giderilmesi için ilaç dışı yöntemleri barındıran dolayısıyla ilaçların oluşturabilecek yan etkilerini de ortadan kaldıran herhangi bir invaziv işlem gerektirmeyen yöntemdir. Farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanım amacı ilaçların kullanım oranını azaltıp hastanın yaşam kalitesini arttırmaktır. İlaç dışı tedavi ağrının bilişsel-davranışsal ve sosyokültürel yönlerini tedavi eder (65). Farmakolojik olmayan yöntemler ister tek başına uygulanmasıyla isterse farmakolojik yöntemlerle beraber uygulanmasıyla ağrıyı giderdiği veya ağrının şiddetini azalttığı birçok araştırmada ortaya atılmıştır (66). En sık kullanılan farmakolojik olmayan yöntemler kognitif(bilişsel)/davranışsal ile periferal/fiziksel tekniklerdir.

*Kognitif(bilişsel)/davranışsal teknikler* ağrıyı gidermede duyuşsal faktörlerle oluşturdukları değişiklik yoluyla etki gösterirler. Kognitif-davranışsal teknikler, gevşeme, dikkati başka yöne çekme, müzik, hayal kurma ve bilişsel stratejilerden oluşur.

*Periferal teknikler* ise sıcak-soğuk uygulamalar, mentollü uygulamalar, tens (transkütanöz elektrik sinir stimölasyonu), masaj, akupunktur, refleksoloji ve terapötik dokunmaktan oluşmaktadır (30,65,67).

#### **2.5.5. Cerrahi Yöntemler**

Farmakolojik yöntemler ve farmakolojik olmayan yöntemlerin yetersiz kaldığı durumlarda ameliyat sonrası dönemde merkezi sinir sistemine (MSS) giden ağrı iletilerinin bazı yerlerde kesilmesi işlemine denir (30).

*Rizotomy:* Dorsal sinir köklerinin spinal korda girdiği yerden kesilmesiyle hastanın ağrı duyusunu ortadan kaldırılır. Hastanın motor fonksiyonları devam etmektedir. Özellikle bölgesel akut ağrıyı iyileştirmede etkili yöntemlerdendir.

*Kordotomy:* Spinotalamik traktın kesilmesi sonucu ağrı ve sıcaklık duyusunun kaybedilmesi sağlanır. Dayanılmaz boyuttaki ağrıların tedavisinde kullanılmaktadır (71).

### **2.5.6. Ağrının Psikososyal Yönü**

Ağrı fiziksel olduğu gibi aynı zamanda da ruhsal bir olgudur. Ağrının varlığı vücutta bir hasarın varlığı ile ilişkilidir. Bireyin anlattığı şekilde tanımladığımız ve kabul ettiğimiz ağrı kişiden kişiye farklılık gösterip öznel nitelik taşıyabilir. Ağrı duyarlılığı kişinin maruz kaldığı bir durum, yaşadığı bir olay ile değişiklik gösterebilir. Anksiyete ve ağrıdan kaçmamak gibi durumlar ağrı eşiğini arttırdığı gibi uyarıların arttığı şiddet içeren bir olay da ağrı eşiğini azaltabilir (71).

Ağrıya uzun süre maruz kalan ve ağrıyla baş edemeyen birey ya da hastalar bir süre sonra öfkeli, sürekli ağrıdan şikayet edip sorumluluklardan kaçmaya çalışan bir birey haline dönüşebilirler. Bu durum kişide anksiyete ve depresyon ile sonuçlanabilir. Kişi anksiyete ya da depresyona girmişse tedaviye uyum sağlama ve ağrıyla başa çıkma mekanizmaları bozulduğu için bireyin ağrıdan kurtulması gittikçe zorlaşır. Ağrıyla başa çıkamayan anksiyete ve depresyondan dolayı sürekli değişen ağrı tedavisi yanıtı veren, hastayı destekleyen sosyal çevrenin azlığı gibi sebeplerden dolayı hastalar uyum açısından daha riskli hale gelir (71).

### **Depresif Bozukluklar**

Depresyon uzun süren ağrıların kaçınılmaz sonucudur. Aynı zamanda hastaların depresyona girmesi ve vücutta bir ağrının oluşmasına neden olabilir. Dolayısıyla depresyon ile kronik ağrı arasında ikili bir ilişkinin varlığından söz edilebilir. Depresyon soyut bir kavram olduğu için tanımlamak zor olabilir. Hasta depresyonu bazen tembellik hayattan tad alamama ya da tedaviye etkin katılamama gibi durumlarla anlatmaya çalışabilir. Yapılan araştırmalarda kronik ağrılı hastalarda depresif belirtilerin oranı %20-80 arası değişiklik gösterildiği ortaya koyulmuştur. Sonuç olarak depresyon bireyde mutsuzluk, umutsuzluk, hayattan tad alamama, özgüven eksikliği, uyku bozukluğu, iştahta azalma, unutkanlık

halsizlik yorgunluk gibi durumlara neden olarak kişinin aile, yaşam, para gibi konulardaki anksiyetesini arttırır (71).

### **Anksiyete Bozuklukları**

Anksiyete ağrıya sebep olduğu gibi ağrı da anksiyeteye sebep olur. Ağrının tedavi edilmesiyle anksiyete de ortadan kalkar. Anksiyete yaşayan bireylerde halsizlik, yorgunluk, rahatsızlık, baş dönmesi, sinirlilik, sırt ve baş ağrıları görülür. Ayrıca sıcak-soğuk basmaları, çarpıntı, solgunluk, nefes darlığı, ishal, bulantı kusma gibi sebepler de aksiyeteye sebep olabilir (71).

### **Ağrı Bozuklukları(Psikojenik)**

Ağrı bozukluklarında hasta bedeninde oluşan belirtilerden daha fazla yoğunlukta bir ağrıdan bahseder. Bu ağrı hastaya göre tedavi ile geçmez şiddeti ise azalmaz. Hastalar ağrıyı açıklamak istemeyip sürekli var olan bir ağrıdan bahsedip ağrılarını olduğundan fazla göstermek isterler (71).

## **2.6. Kas İskelet Sisteminde Ağrı**

Kas iskelet sistemi hastalıkları (KİSH) dünyada yaygın görülen hastalıklar arasındadır. İnsan ömrünün uzamasına bağlı olarak yaşlı nüfusunun da artması, kas iskelet sistemi hastalıklarını da arttırmaktadır (72).

KİSH'nın çoğunun temelinde kronik ağrı vardır. Kronik ağrı ise bireyin hayatının birçok alanını etkilediği için ağrıyı tedavi ederken çok yönlü bir araştırma ve değerlendirme söz konusudur (73). KİSH kaynaklı kronik ağrılar kişinin fiziksel sağlığının bozulmasının yanı sıra sosyal işlevlerinin de bozulmasına neden olur. Hastaların ağrıdan kurtulmak için sürekli hastaneye başvurmaları, kullandığı ilaçların yan etkileri gibi durumlar kişinin ailesi ve sevdikleriyle daha az vakit geçirmesine neden olmaktadır (72).

### **Kas iskelet Sisteminde Kronik Ağrı**

Kronik ağrı beklenenden daha uzun süren, iyileşme evresinde de devam eden, bazı kaynaklarda 3 ay bazı kaynaklarda ise 6 aydan fazla süren ağrıdır. Kronik ağrıda doku hasarı mevcuttur ve bu doku hasarının iyileşmesinden sonra bile devam eder. Aynı zamanda biyolojik, fizyolojik, davranışsal, çevresel ve sosyal durumlardan etkilenen karmaşık bir yapı gösterir.

Modern tıp kronik ağrının temelinde psikolojik, sosyal ve kültürel sebeplerin yer aldığını vurgulamaktadır. Ağrının meydana gelmesinde biyomedikal ve biyopsikososyal modelden bahsedilmektedir.

Kronik kas iskelet sistem ağrıları ise; kemiklerdeki ağrılar, kaslardaki ağrılar ve eklemlerdeki ağrılardan oluşmaktadır. Bu ağrı kas iskelet sisteminde yapı ve fonksiyon bozukluğu ya da hareket kısıtlılığı ile karakterizedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) genellikle baş, boyun, eklem ağrılarında kronik ağrı oluştuğunu belirtmiştir. Kronik kas iskelet sistemi ağrısı yaşayan hastaların şikayetlerinin genelini; baş ağrıları, artritler, bel ağrıları ve eklem dışı romatizmal hastalıklar oluşturmaktadır (72).

### **Spesifik Olmayan Kronik Bel Ağrısı**

Kronik bel ağrısı 12 haftadan fazla süren, mekanik veya mekanik olmayan nedenlere bağlı oluşan ağrıya denir. Kronik bel ağrısının birçok nedeni olmakla birlikte Nachemson bel ağrısının % 90'nın mekanik olduğunu belirtmektedir. Mekanik bel ağrısının nedeni posterior fasetlerin kronik instabilizasyonu ile birlikte intervertebral diskin dejenerasyonudur (72).

Bel ağrısı süreye göre 3 farklı grupta sınıflandırılabilir.

- 7-12 haftadan daha uzun süren, kişiyi belli/belirsiz aralıklarla rahatsız eden, iyileşme sonrasında bile devam eden kronik bel ağrısı.
- 6 hafta ile 3 ay arasında süren subakut bel ağrısı.
- 12 haftadan da kısa süren akut bel ağrısı (74).

Bel ağrısını ağrının olduğu bölge, ağrıyı etkileyen faktörler ve ağrının oluşma zamanı olarak 3 bölüme ayırabiliriz.

**Yayılan Ağrı:** Ağrı oluşuktan bir süre sonra kaybolur. Bu ağrının yoğunluğu sabit olmayıp değişiklik gösterebilir. Başlangıçta bel bölgesinde başlayarak gittikçe alt ekstremitelerden olan kasıklara, kalçalara ve üst uyluklara kadar inme şeklinde bir yayılım gösterir.

**Aksiyal Ağrı:** Genellikle bel ve sırt bölgesinde oluşur. Bazı fiziksel hareketler ve pozisyonlara bağlı olarak ağrı seviyesinde değişiklik gösterir.

**Radiküler Ağrı:** Sabit olmakla beraber derindir. Bacağa yayılıp, uyuşukluk, kas güçsüzlüğü ve karıncalanma ile beraber oluşur. Bu ağrının nedenleri arasında en önemlileri disk herniasyonu ve foraminal stenozdur (75).

## 2.7. Ağrı Tedavisinde Hemşirenin Rolü

Çeşitli nedenlerin dolayı hastaneye yatışı yapılan hastanın serviste hem yaşamsal bulgularının hem de diğer parametrelerinin takibi hemşire tarafından yapılmaktadır. Dolayısıyla hemşirenin ağrıyı takibi, ağrının değerlendirilmesi ve ağrının kontrolü konusunda yeterince bilgi, beceri ve deneyime sahip olması gerekmektedir (80). Hemşirenin sahip olduğu bu deneyim sayesinde ağrının kontrolünü sağlamak, oluşabilecek komplikasyon ve yan etkilere daha hızlı, ekip halinde ve profesyonelce müdahale etme imkanı sağlamaktadır (77).

### Ağrı Gidermede/Azaltmada Uygulanabilecek Uygulamalar

- Sık sık pozisyon değişikliği sağlamak,
- Masaj yapmak, sıcak ve soğuk uygulama yapmak,
- Ilık banyo yapmak,
- Ağız bakımı vermek,
- Lavman ya da rektal tüp uygulamak,
- Yatak istirahati uygulamak,
- Havalı yatak kullanmak,
- Hastayı parlak ışık ve gürültüden uzak tutarak, hastanın rahat edebileceği

bir ortam oluşturmak.

- Gevşeme tekniklerini öğretmek,
- Dikkati başka tarafa çekmek,
- Hastanın istediği kişilerle görüşmesini sağlamak,
- Hasta ile ağrıyı, nedenlerini ve diğer sorunlarını konuşmak, bu hususta gerekli açıklamaları yaparak hastanın rahatlatılması önemli yöntemler arasındadır (77).

Hastanın ağrısı konusundan en güvenilir ve etkin bilgiyi doğrudan hastaya ağrısının olup olmadığını sormakla elde edilir. Hastadan alınan evet ya da hayır cevabı ağrıyı değerlendirmek için yeterli olmamakla beraber ağrının yeri şiddeti, sıklığı ve süresi gibi ağrı özellikleri hakkında da bilgi sahibi olmak önemlidir. Ağrıyı değerlendirmenin en kolay yolu hastaya ağrısı olup olmadığını sormaktır. Ancak cevabın evet veya hayır olması ağrıyı değerlendirmek için yeterli değildir. Değerlendirmede ağrının yeri, şiddeti, sıklığı, süresi, ağrıyı arttıran ve azaltan faktörler gibi özelliklerin de bilinmesi gerekir (88).

Hemşire hastaya etkin bir tedavi için verdiği bilgilerin önemini anlatmalıdır. Hemşire ağrı tedavisinde etkin olarak katılması, farmakolojik yöntemler ve farmakolojik olmayan yöntemler kullanarak ağrıyı kontrol altına alabilmesiyle mümkündür.

Hemşire; ağrı kontrolünde hastayla en uzun süre muhatap olan ve hastaya en yakın sağlık personeli olması yönüyle büyük ve önemli bir role sahiptir. Bu özelliklerinden dolayı hemşire diğer sağlık personellerinden farklı bir yer tutar. Hemşire tüm bu sebeplerden dolayı ağrı deneyimi konusunda yeterli bilgi beceri ve deneyime sahip olması, hastaya ağrıyla baş etme hususunda eğitim verebilecek kapasiteye sahip olması gerekir. Ayrıca hastaya ağrıyla baş etme durumunda rehberlik yapması, belirtilen tedaviyi uygulaması, etkilerini ve sonuçlarını gözlemlemesi diğer önemli stratejiler arasında gösterilebilir (77).

## **2.8. Ağrı Tedavisinde Hemşirelik Süreci**

### **Tanılama ve Değerlendirme**

Hemşire tanılamada, ağrının yeri, şiddeti, niteliği, başlama zamanı, hastanın ağrısını ifade etme şekli, ağrıyı azaltan veya arttıran durumlar ve ağrının hasta üzerindeki etkilerini göz önünde bulundurarak, sözsüz ve otonomik ağrı yanıtlarını değerlendirmelidir.

### **Ağrı İle İlgili Hemşirelik Tanıları**

Ağrı hastanın yaşam alanının büyük bir kısmını doğrudan ya da dolaylı olarak etkilediği için bazı sorunlara neden olabilir. Bunlar;

- Anksiyete ve korku,
- Baş etme mekanizmalarının yetersizliği veya bilinmezliği,
- Fiziksel hareketlerde azalma,
- Kendi kendine beslenememe,
- Halsizlik,
- Boş vakitlerin değerlendirilmek istenmemesi,
- Kişisel bakım ve hijyeni sağlamada yetersizlik,
- Ağrıdan dolayı oluşan hareketsizlik ve bu nedene bağlı olan konstipasyon,
- Cinsel isteksizlik,
- Uykuda düzensizliği,
- Sosyal izolasyon,
- Bilgi eksikliği,

- Düşünme yapısında bozulmalar (77).

### **Hemşirelik Bakım Planları**

Ağrıdan dolayı hastalar genellikle korku ve öfkeli bir tutum içinde olabilirler. Bundan dolayı hastaya nazik davranılmalı ve hastayı rahatlatarak sözel ifadelerle yer verilmelidir. Tüm işlemler hakkında hastaya gerekli bilgiler verilir hastanın sorduğu sorular anlaşılır şekilde açıklanmalıdır.

Hastanın bakım planını yaparken;

- Hasta bir bütün olarak ele alınmalıdır.
- Hastanın korkuları tanımlanmalı, bunları gidermek için girişimler planlanmalıdır.
- Hasta ve hasta yakınlarının bilgi eksikliği giderilmelidir.
- Ağrının kaynağı bulunmalı ve ağrıyı azaltmak için masaj, sıcak-soğuk uygulama, uygun pozisyon verme gibi önlemler alınmalıdır.
- Ağrının artmasına neden olan sebepler (iştahsızlık, konstipasyon, dizüri gibi) için planlama yapılmalıdır.
- Uygulanan analjeziklerin yan etkileri en aza indirilmeli ya da giderilmelidir.
- Hastanın ağrısını gidermek için daha önce uygulanan ağrıyı azaltma girişimleri konusunda hastadan bilgi alınmalı ve buna benzer bilgiler için hastanın kayıtları incelenmelidir.
- Hasta ve hasta yakınlarının bakıma katılması sağlanmalıdır.
- Hasta, hasta yakınları ya da ekip üyelerinin hastanın bakımı konusundaki yanlış inançları ve nedenleri saptanmalı, yanlış bilgiler düzeltilmeli, bu konuda gerekli eğitim verilmelidir.
- Ağrı kontrolü sağlanırken farmakolojik olmayan ağrı giderme yöntemlerine de başvurmak gerekir.
- Ağrının yardıma ihtiyaç duygusundan oluşan bir neden olduğu unutulmamalıdır (87,88,91).

### **Değerlendirme**

Ağrıyı gidermek için kullanılan yöntemlerin ne derece başarılı olduğu sonuç olarak değerlendirilmelidir. Ağrı tedavisinden önce hastadan alınan bilgiler ile elde edilen sonuçlar kıyaslanmalıdır. Hastaya tedaviden sonra ağrı durumu sorularak nihai cevap alınır. Eğer tedaviye yanı olumsuz ise tüm veriler tekrar değerlendirilip yeni bir planlama yöntemine

başvurulmalıdır.

Özer ve ark. (92), hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi ve davranış skorunun orta düzeyde olduğunu, ağrı fizyolojisi ve ağrının farmakolojik yönetimi konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını göstermiştir. Hastaya bakım veren sağlık çalışanlarının ağrı kontrolünde uyguladıkları girişimleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılan bir çalışmada ise, bilgi yönetimi puanının en yüksek bulunduğu, bunu ağrıyı değerlendirmenin takip ettiği; en düşük puana ise fiziksel rahatlığın sağlanması olduğu saptanmıştır. 6-9 yıldır çalışanların bilgi yönetimi ve ağrı tanılama puanları, 6 yıldan az çalışanlardan anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmış, bu durum 6-9 yıldır çalışan hemşirelerin bilgi birikimi ve deneyimiyle açıklanmıştır (93).

## **2.9. Lomber Disk Hernisi Ameliyatı Sonrası Ağrı Yönetimi ve Hasta Memnuniyeti**

Lomber disk hernisi ameliyatı sonrası oluşabilecek ağrı hastanın beklemediği, istemediği dolayısıyla hastanın memnun olmadığı bir durumdur. Hastanın ağrısını gidermek ya da azaltmak ve erken dönemde ayağa kalkmasını sağlamak iyileşmesini hızlandırır. Böylece cerrahi başarı ile sonuçlanmış olur ve hasta memnuniyet düzeyi yükselir (50).

Etkin ve doğru bir ağrı tanılaması için ağrının uygun bir şekilde yönetilmesi ve kontrol altına alınabilmesi gerekir (51).

Ağrı çok boyutlu ve karmaşık olmasından dolayı multidisipliner bir yaklaşım gerekmektedir. Bu yaklaşım için ameliyat sonrası bir ekip oluşturulur. Bu ekip içerisinde hemşirelerin rolü daha fazladır. Hemşireler hastayla daha fazla zaman geçirmesi nedeniyle hastanın ağrı deneyimini, ağrıyla baş etme sürecini ve yaptığı tedavi sonrasında ağrı yanıtını daha somut ve güvenilir bir şekilde bilgiler elde etmesine olanak sağlar (52,53). Hemşire ağrıyla başa çıkması için bağımsız fonksiyonunu kullanarak hastaya fiziksel bilişsel ve davranışsal ağrıyla baş etme yöntemlerini öğretmelidir. Ayrıca hemşire hekimin düzenlediği tedaviyi doğru bir şekilde uygulayarak hastanın ağrısının tedaviye karşı yanıtını ölçerek değerlendirmesinin yanı sıra olası komplikasyonları da hekime haber vermesi gerekmektedir (54).

Ağrı Sağlık Bakım Organizasyon Komitesi (JCHAO) tarafından beşinci yaşam bulgusu olarak kabul edilmektedir. Ağrı hemşirelik bakımında önemli yer tutar. Bu nedenle ağrıyı tanılama değerlendirme ve hastanın yaşam kalitesini yükselterek memnuniyet

düzeyini arttırmak hemşirenin önemli sorumluluklarındandır. Ayrıca kanıta dayalı ilaç dışı yöntemler, hekimin planladığı tedaviyi uygulamak yine hemşirelerin diğer önemli sorumluluklarındandır. Bütün bunların etkinliğini arttırmak için hemşirelerin doğru bilgi ve beceriye sahip olmalarını gerektirir (54).

Hastanın ağrısının değerlendirilmesinde birçok yöntem vardır. Bunlar içerisinde en güvenilir olanı hastanın kendisinin bu ağrısını belirtmesidir. Hastaya bu hususta ağrının şiddeti, yeri, sıklığı, başlama zamanı, ağrıya sebep olan durumlar, ağrıyı artıran ve azaltan etmenler nelerdir gibi sorular sorularak bilgi elde edilmeye çalışılmalıdır. Ağrıyı ifade edemeyen hastalardan bu konuda hasta yakınlarından ya da hasta anamnezinden yararlanılabilir (30,55).

Ağrı şiddetini ve niteliğini belirlemek, kanıta dayalı bilgiler elde etmek ve bireysel yorumlardan uzak bir ağrı tanılması yapmak için çeşitli ölçekler geliştirilmiştir.

Bu ölçekler tek ya da çok boyutlu olmak üzere 2 çeşittir:

### **1. Tek Boyutlu Ağrı Skalaları**

**Sözel Kategori Ölçeği:** “Basit tanımlayıcı ölçek” olarak da adlandırılan bu ölçek “Ağrı yok” ile “şiddetli ağrı” arasında değişen beş sözel ifadeden hastaya uygun olan kelimeyi seçmesine dayanmaktadır.

**Sayısal Ölçekler:** Hastadan ağrısının olmamasını sıfır (0), en kötü ağrısını ise on ya da yüz (10 ya da 100) puan olarak kabul ederek, sözü edilen skalada sayısal olarak ifade etmesi istenir.

**Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ/VAS):** Hastadan, bir ucuna “ağrı yok” öteki ucuna ise “dayanılmaz ağrı” yazılan 10 cm uzunluğunda ölçeklendirilmemiş yatay ya da dikey bir cetvel üzerinde ağrısının şiddetini en iyi ifade eden noktayı işaretlemesi istenir.

**Yüz İfadeleri Ölçeği:** Wong ve Baker (1988) tarafından geliştirilen ölçekte tebessüm eden yüz ifadesinden, ağlayan yüz ifadesine kadar kademeli olarak değişen altı yüz imgesi yer almaktadır. Yaşlı ve çocuk hastalarda, bilinç düzeyi bozulmuş hastalarda ve dilinin farklı olması nedeniyle iletişim kurulamayan hastalara uygulanmaktadır (30,55).



Şekil 2.5. Yüz İfadeleri Ölçeği  
Çöçelli L. ve ark. (99)' dan alınmıştır.

## 2. Çok Boyutlu Ağrı Skalaları:

Hastaya ağrıyı tanımlaması ve ifade etmesini sağlayan çeşitli soruların yer aldığı geniş kapsamlı bir ağrı skalasıdır (30,55).

### 2.10. Hasta Memnuniyeti

Hasta memnuniyeti hastanın ya da kişinin hastaneye yattığı süre içerisinde kendisine sunulan hizmetin niteliğinden memnun olması durumunu ifade eder. Hasta memnuniyeti kişilerin hizmeti algılama ve beklentilerinin farklı olmasından dolayı zaman ve mekanın aynı olması durumunda bile farklı şekillerde tanımlanabilir. Bu değişkenliğin temelinde kişinin sosyoekonomik durumu, yaşam konforu, yaşam beklentileri ve bireyin kültürel değerleri yatmaktadır (56).

Hasta memnuniyeti daha çok hasta ile hemşire ilişkisine dayanmaktadır. Hemşirenin gün içerisinde hastanın tedavi ve bakımlarından dolayı hastayla daha fazla zaman geçirmesi yaptığı bu işlemlerin hastayı ne kadar etkilediğini daha yakından gözlemlene imkanı sunar ve hemşirenin hastanın memnuniyeti noktasından birinci derecede rol üstlendiği gerçeğini ortaya koymaktadır (56,57,58,59).

Birey/hasta tedavisi hakkında bilgilendirildiğinde sağlık personeline daha fazla güvenerek kendilerini daha değerli hissederler. Bu durum hastanın tedaviye katılımını da artırır. Hastaların memnuniyet düzeyinin belirlenmesi; hemşirelik bakımının planlanması, uygulanması değerlendirilmesine, sağlık hizmetlerinde kalitenin belirlenmesine, sağlık bakım hizmeti sunan hemşirelere daha yeterli ve etkili danışmanlık ile nitelikli hizmet verme olanağı sağlamaktadır (56).

Yapılan çalışmalarda ağrının başarılı bir şekilde yönetilmesi hastanın memnuniyetini etkilemektedir. Ağrıyı yönetmek için hastaya yöneltilen sorular ve kanıta dayalı yapılan

çalışmalar memnuniyet derecesinin temelini oluşturmaktadır. Nitekim ağrının var olması durumu hoşnutsuzluk sebebi olarak çalışmalarda ortaya çıkmıştır (60).

### **Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler**

#### *Hastaya ilişkin faktörler:*

Yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyoekonomik durum, kronik hastalığın varlığı, refakatçinin olup olmaması, hastanın hastanede kalış süresi, daha önce herhangi bir hastane tecrübesinin varlığı gibi etmenler kişinin hastane ve sağlık hizmetlerinden memnuniyet derecesini ve algısını etkilemektedir. Yapılan araştırmalara göre eğitim düzeyi düşük, evli, refakatçisi olan, orta yaş üzerinde olan ve ağrısı olmayan bireylerin hemşirelik bakımından memnuniyetlerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (50,94).

#### *Bakım verene ilişkin faktörler:*

Hemşirelerin hastalarla olan iletişim beceri ve boyutu, hastalara karşı yardımsever ve güler yüzlü yaklaşım, yapılan her girişim ve tedavi konusunda hastaya gerekli bilginin verilerek endişelerinin giderilmesi gibi unsurlar hastanın memnuniyetini olumlu olarak etkilemektedir. (Kayrakçı ve Özşaker) (2014). Tedavi içeriği ve bakım uygulamaları, servis işleyişi, klinik ortam ve kuralları ile ilgili bilgi verilen hastaların hemşirelik bakımı memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğunu bildirmişlerdir (50,95,96). Yapılan çalışmalar hasta memnuniyetini en fazla etkileyen faktör hemşire hasta ilişkisi olduğu saptanmıştır. Bunun nedeni hemşirenin hastayla daha fazla zaman geçirmesi öz bakım ve ihtiyaçlarının karşılanması gibi hastayla günün her anında beraber olmasını gerektiren durumlardan kaynaklı olduğuna ulaşılmıştır (58).

Ağrı yönetiminin hasta memnuniyetiyle ilişkili olduğu yapılan çalışmalarda belirtilmiştir. Ağrı yönetimini sorgulama çalışmaları hasta memnuniyetinin temelini oluşturmaktadır. Yani hasta memnuniyeti ağrı yönetimi ile sıkı bir ilişki gösterdiği saptanmıştır. Daha önce yapılan bu tarz çalışmalarda elde edilen memnuniyetsizliğin temel nedeni ağrı yönetimi kontrolünün sağlanamamasıdır. Bundan dolayı hastane ortamında ağrıyı yönetmek için kanıta dayalı uygulamaların ne derece önem arz ettiği belirtilmektedir. Haugli ve ark. (2004) yaptıkları çalışmada hastanede yattıkları süre boyunca hastaların ağrı kontrolü ile ilgili beklentileri yeterince karşılanmadığında kanıta dayalı ağrı tedavisi alsalar bile daha düşük memnuniyet puanına sahip olduklarını göstermişlerdir (97). Hanna ve ark. (2012) yaptığı çalışmada ise; hasta memnuniyet puanının hastaların ağrılarının yoğun

olmasından etkilenmediğini ancak hastaya bakım verenlerin hastanın ağrısına yaklaşımlarının hastanın memnuniyet algısını etkilediği belirlenmiştir (98).

*Fiziksel ve çevresel faktörler:*

Hastaneye ulaşım kolaylığı ve klinik fizik şartları, hastalara sağlanan yemek hizmetlerinin niteliği, kliniğin aydınlatma, ısı, ses, havalandırma ve güvenlik şartlarının kalitesi hasta memnuniyetini etkileyen fiziksel ve çevresel faktörler arasında gösterilebilir. Bu faktörler aynı zamanda genel hizmet kalitesini etkilemektedir.

## **2.11. Taburculuk Eğitimi**

Taburculuk eğitimi hastanın servise yatışı tarih ile taburcu olduğu tarih arasında kapsayan bir süreçtir. Taburculuk eğitimi verilirken hastanın ve yakınlarının bu eğitime hazır olması gerekir. Taburculuk eğitiminde dikkat edilmesi gereken husus hastanın ihtiyaçlarına uygun olarak planlanmalıdır. Bu süreç içerisinde hasta yakınları da dahil edilerek hastanın öz bakım gereksinimlerini karşılanıp iyileşme sürecine olumlu katkı yapması sağlanır (64).

Taburculuk eğitimi; beslenme, ilaçlar, egzersiz, yara bakımı, cinsel aktivite, seyahat ve araba kullanma, banyo ve kontrollerden oluşur.

*Taburculuk sonrası dikkat edilmesi gereken hususlar;*

- İnsizyon bölgesinde oluşan kızarıklık ve ödem zamanla iyileşir. Bu oluşumun tekrarlaması durumunda en kısa zamanda hekime başvurulmalıdır.
- Birey beslenmesine dikkat etmesi gerekip, fazla kiloların herni açısından risk oluşturması bakımından diyetine önem vermesi gerekir.
- Çok yüksek ve çok alçak topuklu ayakkabılar giyilmeyip çorap ve ayakkabılar oturularak giyilmelidir.
- Taburculuk sonrasında hastaların egzersizlerine dikkat etmesi gerekir. Hastanın vücudunu zorlayan hareket ve egzersizlerden kaçınması gerekmektedir. Yürüyüş ve yüzme gibi sporlar tercih edilebilir.
- LDH ameliyatı olan hastalar taburcu olduktan sonra hayatının geri kalanında tuvalet ihtiyacı için alafanga tuvalet kullanmaktan uzak durmalı, konstipasyon gibi basıncı artıran durumlar engellenmelidir.

- Hekimin belirttiği süre içerisinde araç kullanılmamalıdır. Olası seyahat durumunda ise bel desteklenerek araç kullanılmalı, 2 saatte bir mola verilmelidir.
- Hasta kontrollerine zamanında gitmelidir. Olası bir şikayet durumunda ise hekime başvurulmalıdır (61,62,64).

### **Lomber Disk Hernisi Ameliyatı Sonrası Taburcu Olan Hastalarda Hemşirelik Yaklaşımı ve Eğitimi**

Amerika Hemşireler Birliği taburculuk eğitimini “Hastayı kendisi, aile üyeleri ya da bir kurum tarafından bakılmak üzere bir sonraki bakım aşamasına hazırlamak ve bu aşama için gerekli düzenlemelerin yapılmasına yardımcı olmak için tasarlanmış bir süreç” olarak tanımlamıştır. Taburculuk eğitiminde amaç hasta ve yakınlarının bakım konusunda gerekli bilgi ve becerilere sahip olmasını sağlamaktır (40,46). Planlanan bu eğitimin içeriğinde hastanın tanısı ve sağlığı hakkında bilgilendirilmesi, tedavi uygulamasına etkin olarak katılımının sağlanması, komplikasyonların minimize edilmesinin amaçlanması ve hastanede kalış süresini azaltarak hem enfeksiyon riskini azaltmak hem de hastanın hızlı bir şekilde sosyal hayatına dönüşünü sağlamak gibi faktörler yer almaktadır (100).

Ameliyat olacak hastalarda temel olarak belli başlı korkular vardır. Bunlar; sakat kalma, anesteziye uyanamama, ameliyat sonrasında ağrının devam etme endişesi, eski haline tekrar dönememe ve ölüm korkusudur. Hasta ve yakınlarına ilgili eğitimin yeterli verilememesi de önemli bir stres kaynağıdır (46). Hasta geçireceği ameliyatı konusunda hemşirenin gerekli bilgilere sahip olması bu eğitimin nasıl olması gerektiği hususunda da önemli bir etken olarak kabul edilmelidir (101).

LDH ameliyatları hastaların doğrudan hareket sistemini etkilediği için hastanın bu süre içerisinde kişisel gereksinimlerini ve günlük yaşam aktivitelerini yapmakta zorluk çekmesi, yardıma ihtiyaç duyması gayet tabidir. Hasta taburcu olup evine gittiğinde bu hizmet aile üyeleri tarafından karşılanır. Bu durumdan dolayı taburculuk eğitimi hem hastayı hem de aile üyelerini kapsayacak nitelikte olmalıdır (40,46).

LDH ameliyatı sonrası verilecek eğitim: ağrı kontrolü, yara bakımı, beslenme, ilaç kullanımı, günlük yaşam aktiviteleri, egzersiz, banyo yapma, araba kullanımı, olası

komplasyonlar, kontrol, hastanın işine başlama zamanı gibi konulardan oluşmalıdır (46,63). Taburcu eğitimi almayan hastaların sonraki süreçte kilo kaybı, boşaltım, giyinme, kişisel hijyen gibi konularda sıkıntı yaşadıkları belirtilmiştir (102).

Hastanın kendisi ve aile üyelerine verilen ameliyat öncesi, ameliyat esnası ve ameliyat sonrası dönemlerini kapsayan hemşirelik eğitimi hastanın taburcu olduktan sonrası yaşam konforunu yükseltmesinde etkili olduğu açıklanmıştır (103).

Ameliyat sonrası ağrı yönetimi ve kontrolünde hemşirelerin rolü oldukça önemlidir. Ağrı konusunda hemşirelerin bilgi tutum ve becerileri, hastadan daha güzel ve olumlu sonuçlar elde etmekte etkilidir (104).

Postoperatif ağrı hemen hemen tüm hastalar için anksiyete kaynağıdır. Hemşire tarafından sağlanan düzenli ağrı kontrolü hastanın bu endişelerden kurtulmasını sağlayarak hastanın tekrar etmesinden korktuğu ağrı ve endişesi, ihtiyaç duyulduğunda yardım alamama korkusu azalır buna bağlı olarak yaşam kalitesi artar. Hemşirelerin hastaya verdiği bilgiler geri dönüşümün oldukça yüksek olması için anlaşılır, açıklayıcı ve güven hissini oluşturacak nitelikte olmalıdır (30,68).

### **3.GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma lomber disk hernisi(LDH) ameliyatı olup beyin cerrahi servisinde yatan hastaların ağrılarının değerlendirilmesi ve hemşirelik bakım memnuniyet durumunu belirlemek amacıyla yapılmış kesitsel bir çalışmadır.

### **3.2. Araştırmanın Soruları**

LDH ameliyatı olan hastaların ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları ağrı düzeyi nasıldır?  
LDH ameliyatı geçiren hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet durumu nasıldır?

### **3.3. Varsayımlar**

Beyin cerrahi servisinde lomber disk hernisi(LDH) ameliyatı sonrası yatan hastaların ağrılarının değerlendirilmesi ve hemşirelik bakımı memnuniyet düzeyinin belirlenmesi ve bunlara yönelik yaklaşımların hayata geçirilmesi ‘hastaların lomber disk hernisi ameliyatına karşı olan önyargılarını ortadan kaldırır’ varsayımından yola çıkılmıştır.

### **3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın örneklemini Bingöl Devlet Hastanesi Beyin Cerrahi Servisinde 15.01.2021-30.06.2021 tarihleri arasında lomber disk hernisi ameliyatı olup serviste yatan 50 hasta oluşturdu.

Bingöl Devlet Hastanesi Beyin Cerrahi Servisi 24 yataktan oluşmaktadır. Serviste aylık LDH ameliyatı sayısı ortalama 12-15 arasında değişiklik göstermektedir. COVİT-19 küresel salgın nedeniyle elektif vakaların alınamamasından dolayı bu oran ortalama 8-10 hasta seviyelerine kadar düşmüştür. Bu durum araştırmanın daha az sayıda hasta ile tamamlanmasına neden olmuştur.

### **3.5. Araştırmanın Evren ve Örnekleme**

Araştırmanın evrenini Bingöl Devlet Hastanesi beyin cerrahi servisinde lomber disk hernisi ameliyatı olmak için yatan hastalar oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmeyip evrenin tümüne ulaşılması hedeflenmiştir.

### **3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri**

Bağımsız Değişkenler:

Hastalarla ilgili demografik veriler (yaş,cinsiyet, boy, kilo, medeni durum, sosyal güvence, gelir-gider durumu)

Hastalığa ve sağlığa ilişkin değişkenler; kronik hastalık varlığı, kronik hastalığa bağlı ilaç kullanımı, sigara alkol kullanımı, daha önce geçirilen herhangi bir ameliyat, evde kullanılan sürekli ağrı kesici durumu, bel fitiği ağrısı ile yaşanan süre, ameliyat öncesi ağrı şiddeti tanımlamaları, ameliyat olmaya sebep olan etken, ailede başka bireyde bel fitiği varlığı, evde ağrı varlığında başvuru yöntemi, ameliyat öncesi ve sonrasında refakat edenin olması, ameliyatta kullanılan anestezi türü, ameliyat süresi, ameliyattan sonra hastanede kalış süresi gibi bilgiler olup, bu bilgiler ‘Kişisel Bilgi Formu’nda yer almaktadır.

#### Bağımlı Değişkenler:

Araştırma kapsamındaki hastaların ağrı deneyimleri ve ölçüsü, ameliyat sonrası hemşirelik bakım memnuniyeti puanları, cerrahi sonrası kullanılan analjezikler, ameliyat sonrası hastanede kalış süresidir.

### 3.7. Veri Toplama ve Verilerin Analizi

Veriler, “Kişisel Bilgi Formu”, “Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği(NHBMÖ)” ve “Sayısal Ağrı Ölçeği” ile birebir görüşme sonucunda elde edilmiştir.

Literatüre uygun olarak araştırmacı tarafından oluşturulan 24 soruluk Kişisel Bilgi Formu’nda sosyodemografik özellikler ve hastalıkla ilişkili bilgiler yer almaktadır. Araştırmada hemşirelik bakım memnuniyeti için “Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği(NHBMÖ)” ve hastaların ameliyat sonrası dönemde ağrı seviyesini belirlemek için “Sayısal Ağrı Ölçeği” kullanılmıştır.

1. Kişisel Bilgi Formu (EK 3)
2. Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği(NHBMÖ)(EK 3)
3. Sayısal Ağrı Ölçeği (EK 3)

#### 3.7.1. Kişisel Bilgi Formu

Literatüre uygun olarak araştırmacı tarafından oluşturulan 24 soruluk formda yaş, cinsiyet, boy, kilo, medeni durum, sosyal güvence, gelir-gider durumu gibi sosyodemografik

özellikler ve hastalıkla ilişkili olarak kronik hastalık varlığı, kronik hastalığa bağlı ilaç kullanımı, sigara alkol kullanımı, daha önce geçirilen herhangi bir ameliyat, evde kullanılan sürekli ağrı kesici durumu, bel fitiği ağrısı ile yaşanan süre, ameliyat öncesi ağrı şiddeti tanımlamaları, ameliyat olmaya sebep olan etken, ailede başka bireyde bel fitiği varlığı, evde ağrı varlığında başvuru yöntem, ameliyat öncesi ve sonrasında refakat edenin olması, ameliyatta kullanılan anestezi türü, ameliyat süresi, ameliyattan sonra hastanede kalış süresi gibi bilgiler yer almaktadır (EK 3).

### **3.7.2. Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği(NHBMÖ)**

Hastaların ameliyat sonrası hemşirelik bakım ve uygulamalarından memnuniyetini değerlendirmek için Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği(NHBMÖ) kullanılmıştır. Bu ölçek hastaların, hemşirelik bakım ve uygulamalarından memnuniyetini değerlendirmek amacıyla 1995 yılında Thomas ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup Türkçe geçerlik güvenirliği ise 2003 yılında Uzun Ö. tarafından yapılmıştır. Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği toplam 19 maddeden oluşmaktadır. Her madde (1) hiç memnun değilim, (2) biraz memnunum, (3) oldukça memnunum, (4) çok memnunum, (5) fazlasıyla memnunum olmak üzere 5 seçenekten oluşmaktadır. Toplamda ham puan 95'tir ve toplam ham puan 100 e dönüştürülerek ölçek sonucu hesaplanır (EK 3).

#### **Kullanım Alanları**

- Servisler, klinikler veya hastaneler arasında hastaların hemşirelik bakımına ilişkin deneyim ve memnuniyetlerinin karşılaştırılmasında kullanılır
- Hemşirelik girişimlerinin etkinliğini değerlendirmede kullanılır.
- Standartların geliştirilmesinde kullanılır.

#### **Çalışmanın Yapıldığı Ortam**

Bingöl Devlet Hastanesi Beyin Cerrahi Servisi 2 Beyin ve Sinir Cerrahi Uzmanı ve 10 Hemşire' den oluşmaktadır. Hemşirelerin 8' i lisans mezunu, 2' si lise mezunu olmaktadır. Çalışma şartları 24 ve 16 saatlik nöbet (vardiya) ve 8 saatlik mesai şeklinde olup nöbetlerde 2 Hemşire çalışmaktadır.

## Hasta Seçim Kriterleri

- Hastanede en az iki gece yatan,
- Taburculuk aşamasında olan,
- 18 yaş ve üzerinde olan,
- Türkçe okuyup yazabilen,
- Sağlık durumu araştırmaya katılmak için sakınca oluşturmayan,
- Bilinci açık olan,
- Bu çalışmaya katılmayı kabul eden.

## Uygulama Öncesi Dikkat Edilmesi Gerekenler

- Hastaya verilen formlarda araştırma ve ölçeğin doldurulması ile ilgili bilgi verildi.
- Ölçek maddeleri ve soru formlarında hiçbir değişiklik yapılmadı.
- Ölçeğin uygulanmasında rol alacak kişilere ölçek ve uygulanması ile ilgili bilgi verildi.
- Hastalardan araştırmaya katılmak üzere bilgilendirilmiş onam sözel olarak alındı.
- Elde edilen her bir verinin özenle saklanacağı, kimlik bilgilerinin kimse ile paylaşılmayacağı hastaya belirtildi.

## Formların Doldurulması

- Formlar hastalara taburcu olduğu gün, servis veya üniteden ayrılmadan önce verildi ve doldurması için hastaya yeterli zaman tanındı.
- Formları dağıtan ve çalışma hakkında açıklama yapan hemşire, daha önce hastanın bakımında doğrudan rol almadı.

- Hastanın ölçeği tek başına ve yardımsız olarak doldurması sağlandı.
- Hastanın görme veya yazma ile ilgili bir sorunu varsa formları dağıtan kişinin ölçek maddelerini yüksek sesle okuması ve hastanın cevaplarını ölçek kağıdı üzerine kaydetmesi gerektiği dikkate alındı.

Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hastaların çalışmaya katılmama nedeni (nedenleri) belirtildi.

### 3.7.3. Sayısal Ağrı Ölçeği

Ağrı şiddetini belirlemeye yönelik olan bu yöntem, hastanın ağrısını sayılarla açıklamasını amaçlar. Sayısal ölçeklerde ağrı yokluğu (0) ile başlayıp dayanılmaz ağrı (10-100) düzeyine kadar ulaşır. Sayısal ölçeklerin, ağrı şiddeti tanımını kolaylaştırmasında, puanlama ve kayıta kolaylık sağlamasında, tavan ve taban etki değerlendirmesinde yararlı oldukları için daha çok benimsenir ve genellikle daha çok kullanılan bir yöntemdir (EK 3).

## 4.BULGULAR

Bu bölümde, Beyin Cerrahi Servisi' nde Lomber Disk Hernisi (LDH) Ameliyatı Sonrası Yatan Hastaların Ağrılarının Değerlendirilmesi ve Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Düzeyinin Belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular sunulmuştur.

**Tablo 4.1. Çalışmaya Katılan Hastaların Tanıtıcı Özellikleri (N=50)**

Özellikler	n	%
<b>Yaş Grupları*</b>		
≤ 50 yaş	27	54
> 50 yaş	23	46
<b>Cinsiyet</b>		

Kadın	20	40
Erkek	30	60
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	46	92
Bekâr	4	8
<b>BKİ</b>		
Normal kilolu	23	46
Fazla kilolu	21	42
I.derece obez ve üzeri	6	12
<b>Eğitim Düzeyi</b>		
Okur-yazar	18	36
İlköğretim	25	50
Lise ve üzeri	7	14
<b>Sosyal Güvence Varlığı</b>		
Evet	43	86
Hayır	7	14
<b>Çocuk Sayısı</b>		
0-2	16	32
3 ve üzeri	34	68
<b>Aile Gelir Durumu</b>		
Gelir giderden az	19	38
Gelir gidere denk	25	50
Gelir giderden fazla	6	12

\*Hastaların yaş ortalaması  $49.16 \pm 12.49$  olarak belirlendi.

Tablo 4.1’ de hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Hastaların %54’ ünün 50 yaş ve altı olduğu ve hastaların yaş ortalamasının  $49.16 \pm 12.49$  olduğu, % 60’ ının erkek olduğu ve % 92’ sinin evli olduğu, % 68’ inin 3 ve üzeri çocuk sahibi olduğu, % 46’ sının normal kilolu olduğu, % 50’ sinin ilköğretim eğitim düzeyinde olduğu ve % 86’ sının sosyal güvencesinin olduğu, % 50’ sinin de aile gelir durumunun “gelir gidere denk” olduğu bulundu.

**Tablo 4.2. Çalışmaya Katılan Hastaların Sağlık-Hastalığa İlişkin Özellikleri (N=50)**

Özellikler	n	%
<b>Kronik Hastalık Varlığı</b>		
Yok	41	82
Var*	9	18
<b>Kronik Hastalığa Bağlı Sürekli Kullanılan İlaç Varlığı</b>		
Yok	43	86
Var	7	14
<b>Sağlıksız Alışkanlıkları</b>		
Sağlıksız alışkanlığı yok.	28	56
Sigara	22	44
<b>Daha önce ameliyat olma durumu</b>		
Yok	33	66
Var	17	34
<b>Sürekli Kullanılan Analjezik Varlığı</b>		
Yok	3	6
Var	47	94
<b>Sürekli Kullanılan Analjezik Türü</b>		
1.Basamak ağrı tedavisi	45	95.7
2.Basamak ağrı tedavisi	2	4.3
<b>Bel Fıtığı Nedeni İle Ağrı Yaşama Süresi</b>		
1 yıl ve altı	20	40
1 yıl üzeri	30	60
<b>Ameliyat Olmadan Önceki Ağrı Şiddeti</b>		
Dayanılmaz	39	78
Şiddetli	11	22
<b>Ameliyat Olmaya Sebep Olan En Büyük Etken</b>		
Ağrı çekmek	46	92
Günlük işleri yapmakta zorlanmak	4	8
<b>Evde Bel Ağrısı Olduğunda İlk Yapılan Uygulama</b>		
Ağrı kesici alma.	37	74
Belime masaj yaptıрма.	13	26
<b>Ailede Başka Birinde Bel Fıtığı Olma Durumu</b>		
Evet	26	52
Hayır	24	48
<b>Ameliyat Süresi</b>		
0-1 saat	4	8
2 saat ve üzeri	46	92
<b>Ameliyat Sonrası Hastanede Kalış Süresi</b>		
0-2 gün	40	80
3 gün ve üzeri	10	20

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. Var olan kronik hastalıklar: Hipertansiyon, Epilepsi, Kalp Yetmezliği, Romatoid Artrit, Diyabetes Mellitüs, Guatr,SVO, Anemi

Tablo 4.2’ de hastaların sağlık-hastalığa ilişkin özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Hastaların % 82’ sinin kronik hastalığı olmadığı, % 86’ sının kronik hastalığa bağlı ilaç kullanmadığı, %56’ sının herhangi bir sağlıksız alışkanlığı olmadığı, % 66’ sının daha önce ameliyat olmadığı , % 94’ ünün sürekli kullanılan analjezik kullanımı olduğu, bunların %

95.7' sinin DSÖ 1. Basamak ağrı tedavisi kullandığı belirlendi. Hastaların % 60' ının 1 yıldan fazla süredir bel fitiği nedeniyle ağrı yaşadığı, % 78' inin ameliyat olmadan önceki ağrı şiddetinin dayanılmaz düzeyde olduğu, % 92' sinin ameliyat olmaya sebep olan en büyük etkenin ağrı çekmek olduğu, % 74' ünün evde bel ağrısı olduğunda yaptıkları ilk uygulamanın ağrı kesici almak olduğu, % 52' sinin aile üyelerinde bel fitiği olduğu, % 92' sinin ameliyat süresinin 2 saat ve üzeri olduğu ve % 80' inin ameliyat sonrası hastanede kalış süresinin 0-2 gün olduğu bulundu.

**Tablo 4.3. Hastaların Sayısal Ağrı Ölçeği ve Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği Puan Ortalamaları (N=50)**

	n	Min. Puan-Max. Puan	X ±SS
Sayısal Ağrı Ölçeği	50	0-8	2.66±1.69
NHBMÖ Toplam Puanı	50	60-100	92.31±9.87

X:Ortalama, SS:Standart sapma

Tablo 4.3' de hastaların Sayısal Ağrı Ölçeği ve Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği puan ortalamaları ve ölçeklerden alınan minimum ve maksimum puan değerleri verilmiştir. Hastaların Sayısal Ağrı Ölçeği' nden minimum 0, maksimum 8 puan aldığı ve ölçek puan ortalamalarının 2.66±1.69 olduğu bulundu. Hastaların Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği' nden minimum 60, maksimum 100 puan aldığı ve katılımcıların ölçek puan ortalamalarının 92.31±9.87 olduğu bulundu.

**Tablo 4.4. Hastaların Sayısal Ağrı Ölçeği Puan Ortalamaları ile Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (N=50)**

		Sayısal Ağrı Ölçeği Puanı	NHBMÖ Toplam Puanı
Sayısal Ağrı Ölçeği Puanı	Correlation Coefficient	1.000	-0.008
	Sig. (2-tailed)	.	0.957
	N	50	50
NHBMÖ Toplam Puanı	Correlation Coefficient	-0.008	1.000
	Sig. (2-tailed)	0.957	.
	N	50	50

Tablo 4.4' te Hastaların Sayısal Ağrı Ölçeği Puan Ortalamaları ile Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki verilmiştir. Tabloya göre hastaların Sayısal Ağrı Ölçeği Puanı ile NHBMÖ toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki ( $p>0.05$ ) bulunmadı.

**Tablo 4.5. Hastaların Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği Maddelerine Verdikleri Cevapların Dağılımları (N=50)**

	NHBMÖ Maddeleri	Hiç Memnun Değilim	Biraz Memnunum	Oldukça Memnunum	Çok Memnunum	Fazlasıyla Memnunum	X±SS
1.	Hemşirelerin size ayırdığı süreden	0 (%0)	0 (%0)	4 (%8.0)	8 (%16.0)	<b>38 (%76.0)</b>	4.68±0.62
2.	Hemşirelerin işlerinde gösterdikleri yeterlilikten	0 (%0)	1 (%2)	4 (%8.0)	5 (%10.0)	<b>40 (%80.0)</b>	4.68±0.71
3.	Birine ihtiyaç duyduğunuz zaman etrafınızda daima bir hemşirenin bulunmasından	0 (%0)	0 (%0)	1 (%2.0)	9 (%18.0)	<b>40 (%80.0)</b>	4.78±0.46
4.	Hemşirelerin bakımınız konusundaki bilgi düzeyinden	0 (%0)	0 (%0)	4 (%8.0)	12 (%24.0)	<b>34 (%68.0)</b>	4.60±0.63
5.	Hemşireleri çağırdığınız zaman yanınıza olabildiğince çabuk gelmelerinden	0 (%0)	1 (%2.0)	3 (%6.0)	6 (%12.0)	<b>40 (%80.0)</b>	4.70±0.67
6.	Hemşirelerin sizi evinizdeymiş gibi rahat ettirmelerinden	0 (%0)	0 (%0)	2 (%4.0)	7 (%14.0)	<b>41 (%82.0)</b>	4.78±0.50
7.	Hemşirelerin durumunuz ve tedaviniz hakkında sizi bilgilendirmelerinden	0 (%0)	2 (%4.0)	4 (%8.0)	20 (%40.0)	<b>24 (%48.0)</b>	<b>4.32±0.79</b>
8.	Hemşirelerin iyi olup olmadığını kontrol etme sıklığından	0 (%0)	2 (%4.0)	4 (%8.0)	13 (%26.0)	<b>31 (%62.0)</b>	4.46±0.81
9.	Hemşirelerin yardımseverliğinden	0 (%0)	0 (%0)	3 (%6.0)	10 (%20.0)	<b>37 (%74.0)</b>	4.68±0.58
10.	Hemşirelerin size açıklama yapma biçiminden	1 (%2)	0 (%0)	3 (%6.0)	13 (%26.0)	<b>33 (%66.0)</b>	4.54±0.78
11.	Hemşirelerin yakınlarınızın ve arkadaşlarınızın sizinle ilgili endişelerini gidermesinden	1 (%2.0)	1 (%2.0)	6 (%12.0)	15 (%30.0)	<b>27 (%54.0)</b>	4.32±0.91
12.	Hemşirelerin işlerini yaparken gösterdikleri tavırdan	0 (%0)	0 (%0)	3 (%6.0)	8 (%16.0)	<b>39 (%78.0)</b>	4.72±0.57
13.	Durumunuz ve tedaviniz hakkında size verdikleri bilginin içeriğinden	1 (%2.0)	2 (%4.0)	2 (%4.0)	17 (%34.0)	<b>28 (%56.0)</b>	4.38±0.90
14.	Hemşirelerin size karşı bir birey olarak davranış tarzlarından	0 (%0)	1 (%2.0)	2 (%4.0)	7 (%14.0)	<b>40 (%80.0)</b>	4.72±0.64
15.	Hemşirelerin sizin üzüntü ve endişeleriniz dinlemesinden	1 (%2.0)	0 (%0)	3 (%6.0)	13 (%26.0)	<b>33 (%66.0)</b>	4.54±0.78
16.	Serviste size sağlanan özgürlükten	0 (%0)	0 (%0)	1 (%2.0)	4 (%8.0)	<b>45 (%90.0)</b>	<b>4.88±0.38</b>
17.	Hemşirelerin isteklerinizi karşılamada istekli olmalarından	0 (%0)	0 (%0)	3 (%6.0)	11 (%22.0)	<b>36 (%72.0)</b>	4.66±0.59
18.	Hemşirelerin mahremiyetinize (bireysel ve bedensel sınırlarınıza) saygı göstermesinden	0 (%0)	1 (%2.0)	2 (%4.0)	4 (%8.0)	<b>43 (%86.0)</b>	4.78±0.61
19.	Hemşirelerin ihtiyaçlarınızın farkında olmasından	0 (%0)	0 (%0)	6 (%12.0)	14 (%28.0)	<b>30 (%60.0)</b>	4.48±0.70

X: Ortalama, SS: Standart sapma.

Tablo 4.5’ te hastaların Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği maddelerine verdikleri cevapların dağılımları verilmiştir. Hastaların Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği sıklık dağılımlarına bakıldığında ölçek puan ortalamalarının sağa doğru eğilimli olduğu ve hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetlerinin yüksek olduğu bulundu. Hastaların ‘‘Hemşirelerin durumunuz ve tedaviniz hakkında sizi bilgilendirmelerinden’’ maddesinden en düşük puan aldığı ( $4.32\pm 0.79$ ) ve ‘‘Serviste size sağlanan özgürlükten’’ maddesinden en yüksek puan aldığı ( $4.88\pm 0.38$ ) bulundu.



**Tablo 4.6. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin NHBMÖ Puan Ortalamaları ve Sayısal Ağrı Ölçeği Puan Ortalamaları**

	NHBMÖ Puan Ortalaması				Sayısal Ağrı Ölçeği Puan Ortalaması			
	n	X±SS	Test	p	n	X±SS	Test	p
<b>Yaş Grupları</b>								
≤ 50 yaş	27	91.11±11.02	U=269.00	0.416	27	2.74±1.67	U=293.50	0.735
> 50 yaş	23	93.73±8.33			23	2.56±1.75		
<b>Cinsiyet</b>								
Kadın	20	94.42±8.82	U=222.50	0.123	20	3.20±2.04	U=223.50	0.122
Erkek	30	90.91±10.42			30	2.30±1.34		
<b>Medeni Durum</b>								
Evli	46	92.03±10.17	U=78.50	0.627	46	2.60±1.67	U=74.00	0.511
Bekâr	4	95.52±4.89			4	3.25±2.06		
<b>BKİ</b>								
Normal kilolu	23	93.59±7.45	KW=0.485	0.486	23	2.30±1.49	KW=0.747	0.387
Fazla kilolu	21	91.27±10.70			21	2.90±1.92		
I.derece obez ve üzeri	6	91.05±15.45			6	3.16±1.60		
<b>Eğitim Düzeyi</b>								
Okur-yazar	18	95.49±4.41	KW=1.579	0.454	18	2.61±2.03	KW=1.744	0.418
İlköğretim	25	90.61±11.33			25	2.88±1.61		
Lise ve üzeri	7	90.22±13.40			7	2.00±0.81		
<b>Sosyal Güvence Varlığı</b>								
Evet	43	92.21±9.97	U=137.00	0.704	43	2.79±1.68	U=98.50	0.137
Hayır	7	92.93±9.94			7	1.85±1.67		
<b>Çocuk Sayısı</b>								
0-2	16	91.44±10.82	U=243.00	0.544	16	2.00±1.26	U=185.00	0.065
3 ve üzeri	34	92.72±9.53			34	2.97±1.80		
<b>Aile Gelir Durumu</b>								
Gelir giderden az	19	89.03±13.87	KW=6.786	<b>0.034</b>	19	2.89±2.13	KW=1.120	0.571
Gelir gidere denk	25	95.91±3.96			25	2.40±1.44		
Gelir giderden fazla	6	87.71±7.49			6	3.00±1.09		

X: Ortalama, SS: Standart sapma, U: Mann Whitney U testi, KW: Kruskal Wallis testi

Tablo 4.6'da hastaların tanıtıcı özelliklerine göre NHBMÖ puan ortalamaları ve Sayısal Ağrı Ölçeği puan ortalamalarına ilişkin bulgular yer almaktadır. Hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, BKİ, eğitim düzeyi, sosyal güvence varlığı ve çocuk sayısı ile NHBMÖ puan ortalamaları ve Sayısal Ağrı Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0.05$ ).

Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre NHBMÖ puan ortalamalarına bakıldığı zaman; yaş gruplarına göre 50 yaş üzeri hastaların daha yüksek puan aldıkları, cinsiyet gruplarına göre kadınların daha yüksek puan aldıkları, medeni duruma göre bekarların daha yüksek puan aldıkları, BKİ gruplarına göre normal kilolu olanların daha yüksek puan aldıkları, eğitim düzeyi gruplarına göre okur-yazar olanların daha yüksek puan aldıkları, sosyal güvence varlığı gruplarına göre sosyal güvencesi olmayanların daha yüksek puan aldıkları, çocuk sayısı gruplarına göre 3 ve üzeri çocuğu olan hastaların daha yüksek puan aldıkları

belirlendi. Hastaların aile gelir durumları ile NHBMÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ( $p<0.05$ ) olup, geliri gidere denk olan hastaların daha yüksek puan aldıkları bulundu.

Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre Sayısal Ağrı Ölçeği puan ortalamalarına bakıldığı zaman; yaş gruplarına göre 50 yaş ve altı hastaların daha yüksek puan aldıkları, cinsiyet gruplarına göre kadınların daha yüksek puan aldıkları, medeni duruma göre bekârların daha yüksek puan aldıkları, BKİ gruplarına göre I.derece obez ve üzeri olanların daha yüksek puan aldıkları, eğitim düzeyi gruplarına göre ilköğretim olanların daha yüksek puan aldıkları, sosyal güvence varlığı gruplarına göre sosyal güvencesi olanların daha yüksek puan aldıkları, çocuk sayısı gruplarına göre 3 ve üzeri çocuğu olan hastaların daha yüksek puan aldıkları, aile gelir durumuna göre geliri giderden fazla olanların daha yüksek puan aldıkları belirlendi.

**Tablo 4.7. Hastaların Sağlık-Hastalığa İlişkin Özelliklerinin NHBMÖ Puan Ortalamaları ve Sayısal Ağrı Ölçeği Puan Ortalamaları**

	NHBMÖ Puan Ortalaması				Sayısal Ağrı Ölçeği Puan Ortalaması			
	n	X±SS	Test	p	n	X±SS	Test	p
<b>Kronik Hastalık Varlığı</b>								
Yok	41	92.11±40.30	U=174.50	0.799	41	2.65±1.72	U=174.50	0.796
Var	9	93.21±8.08			9	2.66±1.65		
<b>Kronik Hastalığa Bağlı Sürekli Kullanılan İlaç Varlığı</b>								
Yok	43	91.77±10.36	U=114.00	0.305	43	2.69±1.69	U=140.00	0.764
Var	7	95.63±5.45			7	2.42±1.81		
<b>Sağlıksız Alışkanlıklarınız</b>								
Sağlıksız alışkanlığı yok.	28	89.96±12.20	U=246.50	0.227	28	2.67±2.03	U=281.00	0.590
Sigara	22	95.31±4.39			22	2.63±1.17		
<b>Daha önce ameliyat olma durumu</b>								
Yok	33	93.17±7.83	U=272.00	0.861	33	2.48±1.62	U=230.50	0.296
Var	17	90.65±13.09			17	3.00±1.83		
<b>Sürekli Kullanılan Analjezik Varlığı</b>								
Yok	3	94.73±4.82	U=68.50	0.934	3	2.66±0.57	U=62.00	0.723
Var	47	92.16±10.12			47	2.65±1.74		
<b>Sürekli Kullanılan Analjezik Türü</b>								
1.Basamak ağrı tedavisi	45	92.16±10.30	U=35.00	0.596	45	2.66±1.78	U=42.50	0.893
2.Basamak ağrı tedavisi	2	92.10±6.69			2	2.50±0.70		
<b>Bel Fıtığı Nedeni İle Ağrı Yaşama Süresi</b>								
1 yıl ve altı	20	92.84±8.73	U=276.50	0.640	20	2.40±1.53	U=267.00	0.504
1 yıl üzeri	30	91.96±10.70			30	2.83±1.80		
<b>Ameliyat Olmadan Önceki Ağrı Şiddeti</b>								
Dayanılmaz	39	93.44±8.74	U=166.00	0.253	39	2.69±1.73	U=210.00	0.914
Şiddetli	11	88.32±12.82			11	2.54±1.63		
<b>Ameliyat Olmaya Sebep Olan En Büyük Etken</b>								
Ağrı çekmek	46	91.89±10.15	U=60.50	0.257	46	2.56±1.55	U=71.00	0.443
Günlük işleri yapmakta zorlanmak	4	97.10±3.58			4	3.75±2.98		
<b>Evde Bel Ağrısı Olduğunda İlk Yapılan Uygulama</b>								
Ağrı kesici alma.	37	91.03±10.98	U=176.50	0.154	37	2.70±1.76	U=229.00	0.795
Bele masaj yaptırma.	13	95.95±4.07			13	2.53±1.56		

<b>Ailede Başka Birinde Bel Fıtığı Olma Durumu</b>								
Evet	26	92.46±8.72	U=280.50	0.538	26	2.88±1.63	U=255.50	0.262
Hayır	24	92.14±11.17			24	2.41±1.76		
<b>Ameliyat Süresi</b>								
0-1 saat	4	86.05±9.23	U=46.00	0.098	4	2.50±1.29	U=91.50	0.985
2 saat ve üzeri	46	92.86±9.83			46	2.67±1.73		
<b>Ameliyat Sonrası Hastanede Kalış Süresi</b>								
0-2 gün	40	92.36±10.35	U=167.50	0.428	40	2.70±1.80	U=195.50	0.911
3 gün ve üzeri	10	92.10±8.11			10	2.50±1.26		

X:Ortalama, SS: Standart sapma, U: Mann Whitney U testi

Tablo 4.7’de hastaların sağlık-hastalığa ilişkin özelliklerinin NHBMÖ puan ortalamaları ve Sayısal Ağrı Ölçeği puan ortalamalarına ilişkin bulgular yer almaktadır. Hastaların kronik hastalık varlığı, kronik hastalığa bağlı sürekli kullanılan ilaç varlığı, sağlıksız alışkanlıkları, daha önce ameliyat olma durumları, sürekli kullanılan analjezik varlığı, sürekli kullanılan analjezik türü, bel fitiği nedeni ile yaşanan ağrı süresi, ameliyat olmadan önceki ağrı şiddeti, ameliyat olmaya sebep olan en büyük etken, evde bel ağrısı durumunda ilk yapılan uygulama, aile üyelerinde bel fitiği olma durumu, ameliyat süresi ve ameliyat sonrası hastanede kalış süresi ile NHBMÖ puan ortalamaları ve Sayısal Ağrı Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0.05$ ).

Hastaların sağlık-hastalığa ilişkin özelliklerine göre NHBMÖ puan ortalamalarına bakıldığı zaman; kronik hastalık varlığına göre kronik hastalığı var olanların daha yüksek puan aldıkları, kronik hastalığa bağlı sürekli kullanılan ilaç durumuna göre kronik hastalığı bağlı ilaç kullananların daha yüksek puan aldıkları, sağlıksız alışkanlıklara göre sigara içenlerin daha yüksek puan aldıkları, daha önce ameliyat olma durumuna göre daha önce ameliyat olmayanların daha yüksek puan aldıkları, sürekli analjezik kullanma durumuna göre sürekli analjezik kullanmayanların daha yüksek puan aldıkları, sürekli kullanılan analjezik türü gruplarına göre 1. Basamak ağrı tedavisi alanların daha yüksek puan aldıkları belirlendi.

Hastaların bel fitiği nedeni ile ağrı yaşama süresine göre 1 yıl ve altı ağrı yaşayanların daha yüksek puan aldıkları, ameliyat olmadan önceki ağrı şiddetine göre dayanılmaz ağrı yaşayanların daha yüksek puan aldıkları, ağrının ameliyat olmaya sebep olan en büyük etken oluşuna göre günlük işleri yapmakta zorluk yaşayanların daha yüksek puan aldıkları, evde bel ağrısı olduğunda yapılan ilk uygulamaya göre beline masaj yaptıranların daha yüksek puan aldıkları, ailede başka birinde bel fitiği olma durumuna göre bel fitiği öyküsü olanların daha yüksek puan aldıkları, ameliyat süresine göre 2 saat ve üzeri olanların daha yüksek puan aldıkları ve ameliyat sonrası hastanede kalış süresine göre 0-2 gün olanların daha yüksek puan aldıkları belirlendi.

Hastaların sağlık-hastalığa ilişkin özelliklerine göre Sayısal Ağrı Ölçeği puan ortalamalarına bakıldığı zaman; kronik hastalık varlığına göre kronik hastalığı var olanların daha yüksek puan aldıkları, kronik hastalığa bağlı sürekli kullanılan ilaç durumuna göre kronik hastalığı bağlı ilaç kullanmayanların daha yüksek puan aldıkları, sağlıksız alışkanlık değişkenlerine göre sağlıksız alışkanlığı olmayanların daha yüksek puan aldıkları, daha önce

ameliyat olma durumuna göre daha önce ameliyat olanların daha yüksek puan aldıkları, sürekli kullanılan analjezik varlığına göre sürekli analjezik kullanmayanların daha yüksek puan aldıkları, sürekli kullanılan analjezik türü gruplarına göre 1. Basamak ağrı tedavisi alanların daha yüksek puan aldıkları bulundu.

Hastaların bel fitiği nedeni ile ağrı yaşama süresine göre 1 yıl üzeri ağrı yaşayanların daha yüksek puan aldıkları, ameliyat olmadan önceki ağrı şiddetine göre dayanılmaz ağrı yaşayanların daha yüksek puan aldıkları, ameliyat olmaya sebep olan en büyük etkene göre günlük işleri yapmakta zorluk yaşayanların daha yüksek puan aldıkları, evde bel ağrısı olduğunda yapılan ilk uygulamaya göre ağrı kesici alanların daha yüksek puan aldıkları, ailede başka birinde bel fitiği olma durumuna göre bel fitiği öyküsü olanların daha yüksek puan aldıkları, ameliyat süresine göre 2 saat ve üzeri olanların daha yüksek puan aldıkları ve ameliyat sonrası hastanede kalış süresine göre 0-2 gün olanların daha yüksek puan aldıkları belirlendi.

## 5.TARTIŞMA

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2016 verilerine göre Türkiye’de bel ağrısı ile ilgili yaşanan sorunların %27 oranıyla ilk sırada yer aldığı, erkeklerin %21.4’ünün, kadınların ise %32.8’inin bel ağrısıyla ilgili sorun yaşadıkları görülmektedir (3).

Lomber disk hernisi ameliyatı olmak istemeyen hastalar genellikle ameliyat sonrası komplikasyonlardan duyduğu endişeden dolayı cerrahi müdahaleye yanaşmak istememektedirler. Bu durum hastaların daha uzun süre ağrıyı çekme, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlamaya gitme ve ileri derecedeki lomber disk hernilerinde ise kısmi felce neden olmaktadır. Bu doğrultuda yapılan bu çalışma hastaların ameliyat sonrası komplikasyon nedeniyle endişe duymaması, bakım şartlarının beklenen düzeyde olmadığını düşünmesi sonucu oluşan endişeleri ortadan kaldırma amacını taşımaktadır (6).

Hastanın hastanede yattığı süre içerisinde hastayla daha fazla süre geçiren hemşire; hastanın ağrısını kontrol etmede en önemli role sahiptir. Bu özellik, hemşireyi diğer sağlık personellerinden ayırt etmektedir. Özellikle postoperatif dönemde ağrısı fazla olan hastanın ağrısını kontrol altında tutabilmek için hemşirenin gerekli bilgi, beceri ve deneyime sahip olması gerekir. Ayrıca hastaya ağrıyla baş etmesi için ağrı yönetiminde rehberlik yapması, hekim tarafından düzenlenen tedaviyi uygulaması, etkilerini takip edip sonuçlarını gözlemlemesi diğer önemli görevleri arasında gösterilebilir (77).

Bu çalışma beyin cerrahi servisinde lomber disk hernisi ameliyatı sonrası yatan hastaların ağrılarının değerlendirilmesi ve hemşirelik bakımı memnuniyet düzeyinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışma 50 hasta üzerinde yapılmış olup bu bölümde dört başlık altında tartışılmıştır.

1. Hastaların bireysel özellikleri ile ilgili bulguların tartışılması
2. Hastaların sağlık-hastalığa ilişkin özelliklerinden elde edilen bulguların tartışılması
3. Ameliyat sonrası dönemde ağrı düzeyleri ile ilgili bulguların tartışılması
4. Ameliyat sonrası dönemde hastaya verilen hemşirelik bakımının memnuniyet düzeyini saptamak için kullanılan ölçekten elde edilen bulguların tartışılması

### **1. Hastaların Bireysel Özellikleri İle İlgili Bulguların Tartışılması**

Ldh ameliyatı olan hastaların % 54' ünün 50 yaş ve altı olduğu, yaş ortalamasının ise 49.16±12.49 olduğu saptandı. Çalışmaya katılan hastaların % 60' ının erkek olduğu, % 92' sinin evli olduğu, % 68' inin 3 ve üzeri çocuk sahibi olduğu, % 46' sının normal kilolu olduğu, % 50' sinin ilköğretim mezunu olduğu ve % 86' sının sosyal güvencesinin bulunduğu, % 50' sinin aile gelir durumunun "gelir gidere denk" olduğu bulundu.

Ldh oluşumundan etkilenen risk gruplarını saptamak için yapılan çalışmalar incelendiğinde en yüksek yaş aralığı 30-50 dir (2). Aydoğan (2005)' in ldh nedeniyle operatif girişim yapılan hastalarda yaptığı çalışmasında da hastaların % 63' ünün 30-50 yaş grubunda olduğu saptanmıştır (23). Ldh ameliyatı geçiren hastalarla alakalı yapılan diğer çalışmalarda hastaların yaş ortalamasının 46 ile 50 arasında değişiklik gösterdiği ortaya koyulmuştur (Dönmez ve ark., 2010; Karabekir ve Yayıoğlu, 2007) (2, 35). Sınmaz (2018)' in ldh ameliyatı geçiren hastalar üzerinde yaptığı çalışmada yaş ortalamasını 48.60 olarak bulmuştur (1). Bu çalışmada ldh görülen hastaların yarısından fazlasının (%54) yaş ortalaması 49.16 olup daha önce yapılmış olan çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Ldh' ın bu yaş aralığında daha sık görülmesinin en büyük nedeni bu yaşların üretkenliğin fazla olup, iş hayatının en yoğun olduğu yaşlar olması ve bu nedenle stres ve psikolojik etkilere daha fazla maruz kalınabileceği olarak değerlendirilebilir (27).

Ldh' ın cinsiyet üzerindeki etkisi incelendiğinde; bu çalışmada erkek hastaların oranının % 60 olduğu saptandı. Literatüre bakıldığında bazı çalışmalarda erkek hasta oranının bazı çalışmalarda ise kadın hasta oranının daha fazla olduğu görülmektedir (Heider ve ark., Petr ve ark., Dönmez ve ark.) (105, 106, 2). Literatürde cinsiyetin ldh üzerindeki oranlarının farklı çıkmasının sebebini araştırmaya katılan erkek hastaların veya kadın hastaların oranıyla ilişkili olduğu şeklinde açıklanabilir.

Bu çalışmada ldh ameliyatı geçiren hastaların % 92' sinin evli olduğu bulundu. Bu çalışma ile benzerlik gösteren Sınmaz (2018)' in ldh ameliyatı geçiren hastaların ameliyat sonrası erken dönemde yaşadıkları ağrıyı saptamak için yaptığı çalışmada hastaların % 92' sinin evli olduğunu, Irmak (2016)' in ldh nedeniyle ameliyat olan hastalarda hastalık kavramının öz bakım gücüne etkisi adlı araştırmasında da evli hastaların oranını % 93.5 olarak bulmuştur. Bu çalışmadan elde edilen bulgular literatür ile benzerlik göstermektedir (1, 107).

Fazla kilolu olmak omurgaya binen yükü arttırmaktadır. Bu da disklerin dejenere olup herniye sebep olmasının en büyük nedenlerinden biridir. Ldh oluşumunun risk

faktörleri içinde fazla kilolu ya da obez olmak da yapılan çalışmalarda belirlenmiştir (Akça ve ark., 2013, İlhan 2007) (108, 109). Bu çalışmada hastaların % 54' ünün fazla kilolu olduğu saptandı. Ldh ameliyatı geçiren hastalarla yapılan diğer çalışmalarda da hastaların büyük çoğunluğunun fazla kilolu olduğu bulunmuştur (Dönmez ve ark., 2010; Yıldırım, 2013; Köse ve Hatipoğlu, 2012) (2, 110, 111).

Bu araştırmada sosyal güvencesi olan hasta oranının % 86 olduğu sonucuna ulaşıldı. Sınmaz (2018), Aydoğan (2005) ve Irmak (2016) bu oranları % 96,3, % 97 ve % 96 olarak bulmuşlardır (1, 23, 107). Bu çalışmanın bulguları literatürle uyumlu olup diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Ayhan, 2015) (112).

Hastaların % 50' sinin aile gelir durumunun gelir gidere denk olduğu belirtildi. Bu çalışmaya benzer şekilde Irmak (2016) bu oranı % 66, Sarıtaş (2011) ise % 70 olarak bulmuştur. Bu çalışmadan elde edilen değerler literatürdeki diğer çalışmalarla benzerlik gösterdiğini belirtmiştir (107, 113).

## **2. Hastaların Sağlık-Hastalığa İlişkin Özelliklerinden Elde Edilen Bulguların Tartışılması**

Bu araştırmada ldh operasyonu geçiren hastaların kronik hastalık oranı % 18 dir. Yapılan diğer çalışmalara bakıldığında Aydoğan (2005) bu oranı % 41, Sınmaz (2018) % 44, Amir ve Qadir (2018) % 16 olarak bulmuşlardır. Bu çalışmada elde edilen bulgular diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir (23, 2, 114).

Ldh oluşumunda sağlıksız alışkanlıklardan olan sigara kullanmanın risk faktörleri içerisinde bulunduğu yapılan çalışmalarla belirlenmiştir (Nasto ve ark., 2014; Huang ve ark., 2016) (115, 116). Bu araştırmada sağlıksız alışkanlıklardan olan sigara kullanım oranı % 44 olarak bulundu. Bu çalışmaya benzerlik gösteren diğer çalışmalardan olan Sınmaz (2018), Aydoğan (2005), Miwa ve ark. (2015)' nin yaptığı ldh konulu çalışmalarda ise sırasıyla bu oranı % 40.1, %34, %36.5 olarak bulunmuştur (1, 23, 117). Literatüre uyum gösteren bu oranlara bakıldığında sonuç olarak sigara kullanımının ldh oluşumunda önemli etkenler arasında olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada hastaların daha önce ldh ameliyatı geçirme oranı % 34 olarak bulundu. Diğer çalışmalara bakıldığında Sınmaz (2018) ldh ameliyatı geçirme oranını %18,7 olarak bulmuştur. Moliterno ve ark. (2010) ldh ameliyatı geçiren hastalar üzerinde yaptığı çalışmada nükseden ldh oranını % 9.5 olarak bulmuştur (1, 118). Bu araştırmada nükseden ldh oranının yüksek çıkmasının nedeni olarak taburculuk eğitiminin sağlık personeli

tarafından yetersiz verilmesi ve özellikle taburculuk sonrası normal hayat döneminde hastanın risk faktörlerine dikkat etmemesi gibi durumlarla açıklanabilir.

Bu araştırmada hastaların ldh ameliyatı öncesi dönemde analjezik ilaç kullanım oranının % 94 olduğu ve bunların % 95.7' sinin DSÖ 1. Basamak ilaç tedavisi grubunda olan ilaçlar olduğu saptandı. Benzer çalışmalardan olan Yıldırım (2013)' in deney ve kontrol grubundan oluşan çalışmasında bu oranı deney grubunda % 63.2, kontrol grubunda % 70 olarak bulmuştur (110). Literatürdeki diğer çalışmalarda da bu oran genelde yüksek olarak bulunmuştur (Sınmaz, 2018; Ayhan, 2015; Çelik, 2013) (1, 112, 119). Ayrıca çalışmaya katılan hastaların % 74' ünün evde ağrısı olduğunda ilk olarak ağrı kesici ilaç aldıkları sonucu bulundu. Bu çalışmalarda analjezik kullanım oranının yüksek çıkmasının sebebi hastaların bilinçsizce ilaç kullanması, farmakolojik olmayan yöntemlerden çok farmakolojik yöntemleri tercih etmeleri olarak düşünülebilir (Koçoğlu ve Özdemir, 2011; Yılmazer, 2011) (123, 124).

Bu araştırmada hastaların % 60' ının bir yıldan fazla süreyle ldh nedeniyle bel ağrısına maruz kaldığı saptandı. Sınmaz (2018)' in ldh nedeniyle opere olan hastaların üzerinde yaptığı çalışmada bel ağrısına maruz kalma süresi oranını ortalama 5.5 yıl olarak bulmuştur (1). Tuna (2007)' in yaptığı çalışmada ldh ameliyatı öncesi hastaların yaklaşık 8.2 yıl bel ağrısı çektiğini bulmuştur (120). Literatürden elde edilen bulgulara bakıldığında hastaların genelde uzun bir süre ldh nedeniyle bel ağrısına maruz kalıp daha sonra ameliyat oldukları görülmektedir. Bunun nedeni olarak da hastaların son çare olarak ameliyat düşündükleri öngörülmektedir. Bu nedenle ldh tanısı konulup hekim tarafından ameliyat önerisi yapılan hastaların uzun süre ağrıya maruz kalmayıp ameliyat olmaları gerektiği hususuna paralel olarak literatüre kazandırmak amacıyla uygun çalışmaların yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Araştırmada hastaların % 78' inin ameliyat öncesi dönemde yaşadıkları ağrı şiddetinin dayanılmaz olduğu ifade edildi. Ağrı çeken hastanın hayat konforunun da düştüğü yapılan çalışmalarda belirlenmiştir (Deyo ve ark., 2001) (33). Hastanın ameliyattan önce ağrısının dayanılmaz olmasının sebebi herniasyonun sinirlere baskı yaptığı, oluşan ağrının bu baskı ile ortaya çıktığı sonucuna ulaşılmıştır (Müslümanoğlu, 2002) (121).

Ldh ameliyatı geçiren hastaların ameliyat olmasının en büyük sebebinin % 92 gibi büyük bir oranla ağrı çekmek olduğu bulundu. Atlas ve ark. (1996)' nin yaptığı çalışmada da ldh ameliyatı olmadaki en büyük nedenin ağrı çekmek olduğu bulunmuştur (122). Sınmaz

(2018) bu oranı % 35.3 olarak bulmuştur. Elde edilen bulgular Atlas ve ark. (1996)'nın sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Weinstein ve ark. (2006) ldh operasyonunun ortalama olarak 70 dakika sürdüğünü belirtmişlerdir (34). Bu araştırmaya katılan hastaların % 92 sinin ortalama 2 saat ve üzerinde ameliyathanede kaldıkları bulundu. Tuna (2007) ldh ameliyatı geçiren hastalar üzerindeki yaptığı çalışmada ameliyat süresini ortalama 100 dakika bulmuştur (120). Sınmaz (2018) bu süreyi ortalama 117 dakika olarak bulmuştur (1). Bu çalışmadaki bulgular literatürdeki diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

### **3. Ameliyat Sonrası Dönemde Ağrı Düzeyleri İle İlgili Bulguların Tartışılması**

Bu araştırmada ldh ameliyatı geçiren hastaların ameliyat sonrası ilk 24 saat içindeki ağrı deneyimlerinde minimum 0 maksimum 8 puan aldıkları ve ağrı ortalamalarının  $2.66 \pm 1.69$  olduğu bulundu. Sınmaz (2018) ldh ameliyatı sonrası ilk 24 saatte hastaların ağrı ortalamalarını 3.71 olarak bulmuştur. Tuna (2007) ldh operasyonu geçiren hastaların ameliyat sonrası ağrı ortalamalarını 1.7 olarak bulmuştur. Ulutaş ve ark. (2017) yaptığı çalışmada hastaların ameliyat sonrasında yaşadıkları ağrı şiddeti ortalamasını 4.07 olarak saptamışlardır. Sherwood ve ark. (2003) cerrahi alanda bazı operasyon geçiren hastalarla yaptığı çalışmada ilk 24 saat içindeki ağrı ortalamasını 4.1 olarak bulmuşlardır (1, 120, 125, 126). Çalışmalarda genel olarak ameliyat sonrasında ağrı ölçeği ortalamalarının farklı çıkmasının sebebinin; hastaların sosyo-demografik özellikleri, ağrı eşikleri farklılığı, sağlık-hastalık kavramının bireydeki çağrışımı, ameliyat bölgesi ve ameliyat şekli, ameliyat sonrası kullanılan farmakolojik yöntemler ve ağrı yönetimindeki yeterlilik ve yetersizlik durumu ile ilişkili olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada hastaların sayısal ağrı ölçeği ile bireysel özellikleri arasında ve sayısal ağrı ölçeği ile hastaların sağlık hastalığına ilişkin özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ( $p > 0.05$ ). Literatüre baktığımızda Sınmaz (2018), Heider ve ark. (2007), Strömquist ve ark. (2017) sayısal ağrı ölçeği ile hastaların cinsiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulmuşlardır (1, 105, 127). Bu çalışmanın literatürle paralellik göstermemesinin sebebi hastaların ağrı algısı ve ağrı eşiği düzeyi, yaşam koşulları, kültür gibi nedenler gösterilebilir.

#### **4. Ameliyat Sonrası Dönemde Hastaya Verilen Hemşirelik Bakımının Memnuniyet Düzeyini Saptamak İçin Kullanılan Ölçekten Elde Edilen Bulguların Tartışılması**

Ameliyat girişimleri hastaların vücut bütünlüğü ve psikolojilerini doğrudan etkilediği için ameliyat sonrası dönem; hemşirelik bakımının önem arz ettiği hassas bir dönemdir (128). Bu araştırmada ameliyat sonrası hemşirelik bakımı memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu sonucu saptandı. Hastaların “Hemşirelerin durumunuz ve tedaviniz hakkında sizi bilgilendirmelerinden” maddesinden en düşük puan aldığı ( $4.32 \pm 0.79$ ) ve “Serviste size sağlanan özgürlükten” maddesinden en yüksek puan aldığı ( $4.88 \pm 0.38$ ) saptandı. Özşaker ve ark. (2019)’ nın yapmış oldukları cerrahi hastalarının hemşirelik bakımını algılayışı ve memnuniyet düzeyleri çalışmasında memnuniyet düzeyini yüksek olarak bulmuşlardır (129). Yine Kersu ve ark. (2018)’ nin cerrahi hastalarında hemşirelik bakımı araştırmasında memnuniyet düzeyinin iyi olduğu sonucuna varmışlardır (130). Literatürdeki diğer çalışmalar baktığımızda Fındık ve Yeşilyurt (2017), Hajinezhad ve Azodi (2017), Kılıç ve Öztunç (2015) hemşirelik bakım düzeyi ortalamalarını iyi olarak bulmuşlardır (131, 132, 133). Kayrakçı ve Özşaker (2014)’ ın yaptığı cerrahi hastalarının hemşirelik bakımından memnuniyeti adlı çalışmalarında bakım oranını orta düzeyde bulmuşlardır (50). Literatüre uygun olan bu araştırma sonuçları diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Bu araştırmada yaş ile hemşirelik bakım memnuniyeti arasında anlamlı değişkenler olmadığı saptandı. Literatüre baktığımızda Arslan ve Gürsoy (2021)’ un araştırmasında yaş ile hemşirelik bakım memnuniyeti arasında anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir (134). Benzer çalışmalardan olan Kuzu ve Ulus (2014)’ un yaptığı çalışmada da istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunamamıştır (96). Bu da çalışma sonuçlarının literatüre uygun olduğu şeklinde düşünülebilir.

Araştırmaya katılan hastaların %60’ ının erkek % 40’ ının kadın olduğu ve cinsiyet ile hemşirelik bakım memnuniyetleri arasında istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunmadı. Benzer çalışmalara bakıldığında Arslan ve ark. (2012), Kuzu ve Ulus (2014)’ un yaptığı çalışmalarda da cinsiyetin memnuniyet üzerinde anlamlılık ifade etmediği bulunmuştur (135, 96).

Hastaların medeni durum, BKİ, eğitim düzeyi, sosyal güvence varlığı ve çocuk sayısı ile hemşirelik bakım memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel bir anlamlılık bulunamadı. Benzer çalışmalardan olan Akın ve Erdoğan (2007), Alhusban ve Abualrub (2009), Fındık ve ark. (2010), Kayrakçı ve Özşaker (2014), Kuzu ve Ulus (2014), Akgöz ve ark. (2017)’

nın çalışmalarında da anlamlı değişkenler saptanmamıştır (139, 136, 95, 94, 97, 137). Yıldız ve ark. (2014), Kuzu ve Ulus, (2014), Akgöz ve ark. (2017) yaptığı çalışmalarda sosyal güvence varlığı ile bakım memnuniyet düzeyi arasında bir ilişkinin olmadığı sonucuna varmışlardır (138, 97, 137). Araştırmadan elde edilen bulgular literatürdeki diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Bu araştırmada hastaların sağlık-hastalığa ilişkin özellikleri ile Newcastle hemşirelik bakımı memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Literatürde bu konuda çalışmaya rastlanılmadı. İlerleyen süreçte sağlık hastalık değişkenleri ile NHBMÖ arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların yapılmasının literatüre olumlu katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırma süresi içinde çalışan hemşirelerin COVİT-19 salgınına yakalanmasından dolayı zaman zaman hemşire sayısında düşüş yaşanmıştır. Bu durum hastaların hemşirelik bakımı memnuniyet düzeyini etkileyebileceği gerçeğini ortaya koymaktadır.

## **6.SONUÇ VE ÖNERİLER**

### **6.1. SONUÇLAR**

Beyin cerrahi servisinde lomber disk hernisi (ldh) ameliyatı sonrası yatan hastaların ağrılarının değerlendirilmesi ve hemşirelik bakımı memnuniyet düzeyinin belirlenmesi adlı çalışma 50 hasta üzerinde yapılmış olup elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir.

- Araştırmaya katılan hastaların yarısından fazlasının (%54) 50 yaş ve altı olduğu, % 60' ının erkek olduğu belirlendi.
- Araştırmaya dahil olan hastaların % 92' sinin evli olduğu ve % 54' ünün fazla kilolu olduğu saptandı.
- Hastaların % 86' sının sosyal güvencesinin olduğu ve % 50' sinin aile gelir durumunun gelir gidere denk olduğu belirlendi.
- Hastaların % 18' inin kronik hastalığı olduğu ve bu hastalıkların Hipertansiyon, Diyabetes Mellitus, Kalp Yetmezliği, Romatoid Artrid, Anemi, Epilepsi gibi hastalıklar olduğu saptandı.
- Hastaların % 44' ünün sağlıksız alışkanlıklardan olan sigara kullanımının olduğu belirlendi.
- Hastaların % 34' ünün daha önce ldh ameliyatı geçirdiği saptandı.
- Hastaların % 94' ünün ldh ameliyatı öncesi analjezik ilaç kullandığı ve kullanılan analjeziklerin % 95.7' sinin DSÖ 1. Basamak ilaç tedavisi grubunda olan ilaçlar olduğu saptandı.
- Hastaların % 74' ünün evde ağrısı olduğu zaman ilk olarak yaptığı şeyin ağrı kesici almak olduğu belirlendi.
- Çalışmaya katılan hastaların % 60' ının bir yıldan fazla süreyle ldh ağrısına maruz kaldığı saptandı
- Hastaların % 78' inin ameliyat öncesi dönemde yaşadıkları ağrı şiddetinin dayanılmaz olduğu ve hastaların % 92' sinin ameliyat olma sebebinin ağrı çekmek olduğu saptandı.
- Araştırmaya dahil edilen hastaların % 92' sinin ortalama ameliyat süresi 2 saat ve üzeri olduğu belirlendi.
- Hastaların ameliyattan sonraki ilk 24 saat içindeki ağrı ortalamaları  $2.66 \pm 1.69$  olduğu saptandı.
- Bu çalışmada hastaların sayısal ağrı ölçeği ile bireysel özellikleri arasında ve sayısal ağrı ölçeği ile hastaların sağlık hastalığına ilişkin özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ( $p > 0.05$ ) (Tablo 4.6, Tablo 4.7).

- Bu araştırmada ameliyat sonrası hemşirelik bakımı memnuniyet düzeyinin "yüksek" olduğu sonucu saptandı.
- Bu araştırmada yaş ile hemşirelik bakım memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunmadığı saptandı.
- Araştırmaya katılan hastaların %60' ının erkek % 40' ının kadın olduğu ve cinsiyet ile hemşirelik bakım memnuniyetleri arasında istatistiksel olarak bir anlamlılık olmadığı belirlendi.
- Hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, BKİ, eğitim düzeyi, sosyal güvence varlığı ve çocuk sayısı ile NHBMÖ puan ortalamaları ve arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı saptandı ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.6).
- Bu araştırmada hastaların sağlık-hastalığa ilişkin özellikleri ile newcastle hemşirelik bakımı memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel anlamlılık saptanmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.7).

## 6.2. ÖNERİLER

- Ldh tanısı konulan hastalara gerek tanısı ve ldh ameliyatı hakkında eğitim verilmelidir.
- Ldh ameliyatı sonrasında özellikle ayağa kalkamama ve ağrısının artacağı şeklinde anksiyetesi olan hastalara ameliyat öncesi dönemde hemşireler tarafından gerekli bilgi ve desteğin verilmesi sağlanmalıdır.
- Hastalara ameliyat öncesi ve sonrası dönemde memnuniyet düzeyini artırmak için rahat, sorularını rahatça sorabileceği güvenli bir ortam oluşturulmalıdır.
- Taburculuk sonrası dönemde yaşam konforunu arttırmak ve hızlıca normal hayata dönmek için gerekli eğitim verilmelidir.
- Ldh ameliyatı nüksetme riski olan bir ameliyat olduğu için hastalara taburculuk sonrası normal yaşam dönemindeki risk faktörleri anlatılmalıdır.
- Hastalara verilen eğitimlerin etkili olması için hemşirelere yönelik olarak konu ile ilgili hizmet içi eğitim programları planlanmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Sınmaz T. (2018). *Lomber disk hernisi ameliyatı geçiren hastaların ameliyat sonrası erken dönemde yaşadıkları ağrı deneyimi ve ağrı yönetiminden duydukları memnuniyetin*

*belirlenmesi*, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü, Bursa.

2. Dönmez YC., Dolgun E., Kabataş M., Özbayır T.(2010). Lomber disk hernili hastalarda risk faktörlerinin incelenmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilgileri Tıp Dergisi* 24(2): 89–92.

3. Türkiye İstatistik Kurumu (2016). Bireylerin son 12 ay içinde yaşadığı başlıca hastalık/sağlık sorunlarının cinsiyete göre dağılımı anketi, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24573>, 05/06/2018.

4. Gökçek E, Kaydu A.(2018). Erişkinlerde lomber disk hernisinin anksiyete/depresyon üzerine etkisi. *Van Tıp Dergisi*, 312-316.

5. Baran M. (2018). *Lomber disk ameliyatı olan hastalarda öğrenim gereksinimlerinin saptanması*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü, Gaziantep.

6. İlik, F. (2015). Lomber Dejeneratif Disk Hastalıklarında Elektro Fizyolojik Tanı. *Türkiye Klinikleri Neurosurgery-Special Topics*, 5(3): 25-27.

7. [https://cnx.org/contents/NgXkXQtA@1.1:2G\\_nuwn0@1/Skeletal-System-Module-9-The-Vertebral-Column](https://cnx.org/contents/NgXkXQtA@1.1:2G_nuwn0@1/Skeletal-System-Module-9-The-Vertebral-Column)

8. Koç K. R. Lomber dejeneratif disk hastalığı. *Türk Kardiyoloji Derneği Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi Grubu Yayınları*. No:8.

9. Öktenoğlu T. (2011). Lomber Omurganın ve Lomber Diskin Biyomekanigi <http://www.turknorosirurji.org.tr/TNDDData/Books/196/lomberomurganinelomberdiskin-biyomekanigi.pdf>, (05.06.2018).

10. <https://pubs.rsc.org/en/content/articlelanding/2020/bm/c9bm01288e#!divAbstract>

11. Oğuz, H. (2004). Bel Ağrıları. Oğuz H, Dursun E, Dursun N. (Ed.), *Tıbbi Rehabilitasyon* içinde (s. 1131-1171). Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.

12. Karataş, M. (2000). Lomber omurganın fiziksel özellikleri ve fonksiyonel biyomekaniği. M. Beyazova, YG. Kutsal (Ed.), *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon* (s. 459-477). Ankara: Güneş Kitabevi.
13. Çakmak, EM. (2007). *Mikrodiskektomi sonrası erken dönem egzersiz tedavisinin etkinliği*. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara.
14. Taner, D. (2011). *Fonksiyonel Anatomi*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 214-225.
15. Çetinalp, N. E. (2007). Servikal Dejeneratif Disk Hastalığında Matriks Metalloproteinazların Ekspresyonunun İmmünohistokimyasal Olarak Araştırılması.
16. Toplamaoğlu H., Ofluoğlu AE. (2010). Lomber Disk Hernileri. Korfalı E., Zileli M.(Ed.), *Temel Nöroşirürji*. İstanbul: Türk Nöroşirürji Derneği Yayınları. 1489-1496.
17. Özbayır T. (2011). (in) Nörolojik Travmalar, Karadakovan, A. ve Eti Aslan, F. (Ed.), *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, Adana: Nobel Kitabevi, 2. Baskı: 1280-1284.
18. Öktenoğlu T. (2011). Lomber Omurganın ve Lomber Diskin Biyomekaniği <http://www.turknorosirurji.org.tr/TNDDData/Books/196/lomberomurganinelomberdiskin-biyomekanigi.pdf>, (05.06.2018).
19. Akyolcu N., Uğraş GA. (2017) Sinir Sisteminin Cerrahi Hastalıkları ve Bakımı. Akyolcu N., Kanan N., Aksoy G.(Ed.), *Cerrahi Hemşireliği*. Cilt 2, 1. baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri. 565-574.
20. Greenberg, M. (2012). Omurga ve Omurilik. Hakan Oruçkaptan (Ed.), *Nöroşirürji El Kitabı* (s. 289-318), Güneş Kitabevi.
21. Zileli, M., Gülmen, V.(2002). Lomber Disk Hernisinde Yakınma ve Bulgular, ‘Omurilik ve Omurga Cerrahisi’ Zileli M., Özer F.(Ed.), İzmir: 635- 646.

22. Naylor, M.D., Brooten, D., Champbell, R., Jacobsen, B.S., Mezey, M.D., Pauly, M.V. (1999). Comprehensive Discharge Planning and Home Follow up of Hospitalized Elders- A Randomized Clinical Trial. *Journal of the American Medical Association*, 281: 613-620.
23. Aydoğan N. (2005). *Lomber disk hernisi nedeniyle cerrahi girişim uygulanan hastaların taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimleri*, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü, Ankara.
24. Zileli, M., Özer, F. (2014). Lomber Dejeneratif Disk Hastalığı:1307-1339.
25. Özbayır T. (2014). Nörolojik Travmalar. Karadakovan A., Aslan E.F. (Ed.), *Dâhili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
26. Korkmaz FD. (2014). Baştan Ayağa Sistematik Değerlendirme. Aslan FE. (Ed.).*Sağlığın Değerlendirilmesi*. İstanbul: Acıbadem Üniversitesi Yayını. S:197-219.
27. Özbayır T. (2014). Nörolojik Travmalar. Karadakovan A., Aslan FE.(Ed.), *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. 3. baskı, Akademisyen Tıp Kitapevi, Ankara:1217.
28. Sarı S., Aydoğan M. (2015). Bel ağrısının önemli bir sebebi: Lomber Disk Hernisi. *Totbid Dergisi*, 14: 298–304. DOI: 10.14292/totbiddergisi.2015.47
29. Uğraş GA., Akyolcu N.(2017). Sinir Sisteminin Cerrahi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Akyolcu N., Kanan N.(Ed.), *Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği II*, 2. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri. 515-612.
30. Çavdar İ, Akyüz N. (2017). Ameliyat Sonrası Ağrı ve Yönetimi. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N (Ed.), *Cerrahi Hemşireliği I*, 2. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri. 367-88.
31. Polat Ö, Uçkun A. (2018)Lomber disk hastalığında konservatif tedavi yöntemleri. *Türk Nöroşirürji Dergisi* 28(2): 185-9.

32. Aldemir K, Gürkan A. (2018). Lumbar disk cerrahi sonrası rehabilitasyon ve hemşirenin rolü. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 1(2): 63-71.
33. Deyo RA, Weinstein JN.(2001). Low back pain. *New England Journal of Medicine* 344(5): 363-7.
34. Weinstein JN, Lurie JD, Tosteson TD.(2007). Surgical versus nonsurgical treatment for lumbar degenerative spondylolisthesis. *N Engl J Med*, 356: 2257-70.
35. Karabekir HS, Yayıcıoğlu S (2007) Lomber Disk Hernileri ve Tedavisi. *Türk Omurga Cerrahisi Dergisi*, 18(2): 67-80.
36. Bayraktar N. (2016). Nöroşirürjide bakım. Elbaş N.Ö. (Ed.). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Akıl Notları. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
37. Chou R, Baisden J, Carragee EJ, Resnick DK, Shaffer WO, Loeser JD. Surgery for low back pain: A review of the evidence for an american pain society clinical practice guideline. 2009, 34: 1094–109.
38. Açıbay E. (2019). *lomber disk hernisi olan bireylerde mikrodiskektomi cerrahisinin erken dönemde ağrı, yaşam kalitesi ve fonkiyonelliğe etkisi.*(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü, Ankara.
39. [https://cnx.org/contents/NgXkXQtA@1.1:2G\\_nuwn0@1/Skeletal-System-Module-9-The-Vertebral-Column#fig-ch07\\_03\\_04](https://cnx.org/contents/NgXkXQtA@1.1:2G_nuwn0@1/Skeletal-System-Module-9-The-Vertebral-Column#fig-ch07_03_04)
40. Karadakovan, A., Eti Aslan F. (Ed.), *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Ankara: Akademisyen Kitabevi. 389-560.
41. Erdil, F., Özhan E.N. (2001). *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*. 4.baskı. Ankara: Aydoğdu Ofset.

42. Erdil F. (2012). Sinir Sistemi Cerrahisi ve Hemşirelik Bakımı. Erdil F, Elbaş NÖ.(Ed.), *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*. Ankara: Aydoğdu Ofset. 270-293.
43. Özbayır T. (2014). Nörolojik Travmalar. Karadakovan A., Aslan E.F. (Ed.). *Dâhili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
44. Akca NK., Aydın G., Gümüş K. (2013). Lomber disk hernili hastaların vücut mekanikleri bilgi düzeyleri ile ağrı şiddeti arasındaki ilişki. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1): 66-77.
45. Ignatavicius, D. D. (2010). Introduction to medical-surgical nursing. Medical-surgical nursing: Neurologic disorders. [https://books.google.com.tr/books?id=mi3uBgAAQBAJ&lpq=PA731&ots=Rzwwj0RIiux&dq=Ignatavicius%2C%20D.D.%20\(2010\).%20Introduction%20to%20Medical-Surgical%20Nursing.&hl=tr&pg=PA429#v=onepage&q&f=true](https://books.google.com.tr/books?id=mi3uBgAAQBAJ&lpq=PA731&ots=Rzwwj0RIiux&dq=Ignatavicius%2C%20D.D.%20(2010).%20Introduction%20to%20Medical-Surgical%20Nursing.&hl=tr&pg=PA429#v=onepage&q&f=true)
46. Öztekin, S.D. (2015). *Nöroşirürji Hemşireliği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
47. Büyükyılmaz F., Astı T. (2009). Ameliyat Sonrası Ağrıda Hemşirelik Bakımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12: 84-94.
48. Akyüz N. (2015) Nöroşirürjide cerrahi girişim öncesi, sırası ve sonrası hemşirelik bakımı. Öztekin S.D. (Ed.). *Nöroşirürji Hemşireliği*. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul: 271-280.
49. Çetinkaya MY. (2015). Disk hernisi cerrahisi ve hemşirelik bakımı. *Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics 1(2)*: 100-106.
50. Kayrakçı F., Özşaker E. (2014) .Cerrahi hastalarının hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 22(2): 105-113.

51. Aslan FE., Öntürk ZK. (2015). Ağrı Ölçümü ve Değerlendirilmesi. İçinde: Aslan FE (Ed.), *Ağrının Doğası ve Kontrolü*, 2. Baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara: 67-100
52. Aygin D., Var G. (2012) Travmalı hastanın ağrı yönetimi ve hemşirelik yaklaşımları. *Sakarya Medical Journal*, 2: 61-70.
53. Ersek M, Irving GA (2007) Pain. Lewis MS, Heitkemper MM and Dirksen RS (Eds.) *Medical Surgical Nursing Assesment and Management of Clinical Problems*, Mosby, St. Louis, 60: 125-150.
54. Aygin D., Var G. (2012). Travmalı hastanın ağrı yönetimi ve hemşirelik yaklaşımları. *Sakarya Medical Journal*, 2: 61-70.
55. Aslan FE, Öntürk ZK. (2015). Ağrı Ölçümü ve Değerlendirilmesi. İçinde: Aslan FE (Ed.), *Ağrının Doğası ve Kontrolü*, 2. Baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara: 67-100
56. Acaroğlu R., Şendir M., Kaya H. ve ark (2007). Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının hasta memnuniyeti ve sağlığa ilişkin yaşam kalitesine etkisi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 15(59): 61-67.
57. Koşgeroğlu N., Acat MB., Karatepe Ö. (2005). Kemoterapi hastalarında hemşirelik bakımı memnuniyet ölçeği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6: 75-83.
58. Aksakal T, Bilgili N (2004). Hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetin değerlendirilmesi; Jinekoloji servisi örneği. *Erciyes Tıp Dergisi*. 30(4): 242-249.
59. Demirtaş B. (2004). Jinekoloji kliniğinde yatan hastaların aldıkları hemşirelik hizmetlerinden memnun olma durumları ve beklentileri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(1): 34-47.
60. Glowacki, D. (2015). Effective pain management and improvements in patients outcomes and satisfaction. *Critical Care Nurse*, 35(3), 33-43. DOI:10.4037/ccn2015440

61. Çetinkaya, M. Y. (2015). Disk hernisi cerrahisi ve hemşirelik bakımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Surgical Nursing-Special Topics*, 1(2):100-106.
62. Soyer, Ö., Dönmez, Y. C., Van Giersbergen, M. Y. (2018). Ameliyat Olan Hastaların Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(3).
63. Aydoğan N (2005) *Lomber Disk Hernisi Nedeniyle Cerrahi Girişim Uygulanan Hastaların Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü, Ankara.
64. Aslan FE., Çavdar İ. (2015). Cerrahi Ağrı. İçinde: Aslan FE (Ed.), *Ağrının Doğası ve Kontrolü*, 2. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi. 185-212.
65. Dikmen Y. (2014). Ağrı ve Yönetimi. İçinde: Hemşirelik esasları. Ataberk Aştı T., Karadağ A. (Ed.), 1. Baskı. İstanbul: Akademi basın ve yayıncılık: 633-667.
66. Özeren H. (2011). Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler. *Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*: 83-92.
67. Yavuz M. (2015). Ağrının İlaç Dışı Yöntemlerle Kontrolü. Aslan FE. (Ed.), *Ağrının Doğası ve Kontrolü*. 2. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.161-174.
68. Eti Aslan, F.(2014). *Ağrı Doğası ve Kontrolü*. Ankara: Akademisyen.
69. Aslan Eti F.(2006). *Ağrı Doğası ve Kontrolü*. 1. Baskı, İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti. 11-147.
70. Özer S., Akyürek B., Başbakkal B.(2006). Hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi, davranış ve karar verme yeteneklerinin incelenmesi. *Ağrı*. 18: 36-43
71. Elbi Mete H., Noyan A., Önen Sertöz Ö.(2006). Ağrının psikososyal yönü, *Ağrı*. 18(1), 20-25.

72. Aytar A. (2007). *Kas iskelet sistemi hastalıklarına bağlı kronik ağruların yaşam kalitesi üzerine olan etkileri*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü, Ankara
73. Çeliker R.(2005). Kronik ağrı sendromları. *Türk Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*.51: 14–18.
74. Yazar T., Altun N.(2007). Dejeneratif omurga hastalıkları. *Türk Omurga Derneği Yayınları-2*. 401-428.
75. Boos N, Aebi M. *Spinal disorders: Fundamentals of diagnosis and treatment*. First edition, New York, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2008.
76. Öztürk H.(2002). Cerrahi ağrı nedeni, etkileri ve cerrahi ağrı neden geçirilmeli. 1.Ulusal Cerrahi Hemşireliği Sempozyumu, Bursa.117-125.
77. Pirbudak Çöçelli L., Bacaksız B.D., Ovayolu N. (2008). Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. *Gaziantep Tıp Dergisi(14)*: 53-58.
78. Karaçay P., Aslan FE., Selimen D.(2006). Acil travma ünitelerinde ağrı geçirme yaklaşımlarının belirlenmesi. *Ağrı*. 8: 44-51.
79. Baran G, Göz F.(2001). Ağrı ve ağrılı hastada hemşirelik süreci. *Sendrom*. 13: 110-114.
80. Berker E, Dinçer N.(2005). Kronik ağrı ve rehabilitasyonu. *Ağrı*. 17:10-16.
81. Gürkök S, Dakak M, Özuslu BA, Genç O, Gözübüyük A, Görür R, ve ark.(2000). Pektus deformitesi düzeltilmesi sonrası epidural kateter bolus, epidural kateter devamlı infüzyon ve parenteral sistemik analjezi etkinliğinin karşılaştırılması. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 8: 701-702.

82. Barış S, Sarıhasan B, Tür A.(1999). Preemptif analjezi: postop eratif ağrı tedavisindeki yeri. *Sendrom. 11*: 110-113.
83. Bilen A. Travma ve ağrı. Sözüer E., *Acil Yardım ve Travma El Kitabı*. (1997). Ankara: Feryal Matbaacılık.425-437.
84. Erdine S.(2007). Ağrı mekanizmaları ve ağrıya genel yaklaşım., *Ağrı*. 3. Baskı. İstanbul: Nobel Kitapevi. 37- 48.
85. Rawal N.(2000). Postoperatif ağrı tedavisi. Erdine S. Ağrı. 1. Baskı. İstanbul: Alemdar Ofset. 121-141.
86. İnan N., Takmaz S., Özcan A., Dikmen B.(2004). Yansıyan omuz ağrısı. *Ağrı*. 16: 44-46.
87. Eti Aslan F., Özyalçın NS. (2005). Akut ağrı kontrolünde hemşirenin rolü. *Akut Ağrı*. Ankara: Güneş Kitap Evi. 303-329.
88. Eti Aslan F.(2002). Ağrı değerlendirme yöntemleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 6: 9-16.
89. Uyar M., Özyalçın NS. (2005). Akut ağrılı hastanın değerlendirilmesi ve ölçümü. *Akut Ağrı* . Ankara: Güneş Kitap Evi. 37- 53.
90. Şahin U.(2005). Postoperatif ağrı tedavisi. Türk Anesteziyoloji Derneği (TARD) Anestezi Uygulama Kılavuzları. 3-5.
91. Yücel A., Erdine S. (2000). Ağrı kontrolünde hemşirenin rolü. *Ağrı*.. 1. Baskı. İstanbul: Alemdar Ofset. 695-698.
92. Özer S, Akyürek B, Başbakkal B.(2006). Hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi, davranış ve klinik karar verme yeteneklerinin incelenmesi. *Ağrı*. 18: 36-43.

93. Bacaksız BD, Pirbudak Çöçelli L, Ovayolu N, Özgür S.(2007). Hastaya bakım veren sağlık çalışanlarının ağrı kontrolünde uyguladıkları girişimlerin değerlendirilmesi. 41. *Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği Dergisi*, 35(ek sayı):72.
94. Fındık ÜY., Ünsar S., Süt N.(2010). Patient satisfaction with nursing care and its relationship with patient characteristics. *Nurs Health Sci ;12(2)*: 162-9.
95. Özer A., Çakıl E. (2007). Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörler. *Tıp Araştırmaları Dergisi*. 5(3):140-3.
96. Kuzu C, Ulus B. (2014). Cerrahi kliniklerde tedavi gören hastaların aldıkları hemşirelik bakımından memnuniyet durumlarının belirlenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2): 129-34.
97. Haugli L., Strandt A., Finset A. (2004). How do patients with rheumatic disease experience their relationship with their doctors? A qualitative study of experiences of stress and support in the doctor-patient relationship. *Patient Education and Counseling* 52: 169–74.
98. Hanna M., González-Fernández M., Barrett A et al. ( 2012 ). Does patient perception of pain control affect patient satisfaction across surgical units in a tertiary teaching hospital? *American Journal of Medical Quality* 27, 411 – 416.
99. <https://www.slideshare.net/anisaribogan/agri-sedasyon-ve-paralizi-monitorizasyonungre-adana-2008>. [06/08/2014].
100. Yıldırım B., Özkahraman G.(2011). Hasta eğitiminde hemşirenin rolü. *Sağlık ve Toplum*. 21(1): 7-14.
101. Walker J.(2012). Care of patients undergoing joint replacement. *Nursing Older People*. 24(1):14-20.
102. Bayrak Y.B., Bağcıvan E., Mertoğlu D.A., Aslan D.B. (2013). Sivas Numune Hastanesi Hasta Bakım Planlama ve Eğitim Birimi Tarafından Lomber Disk Hernisi Ameliyatı Olan

Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin ve Evde Telefonla izlemin Değerlendirilmesi, T.C. Sağlık Bakanlığı, 3.Ulusal Kalite ve Güvenlik Ödülleri, Ankara.

103. Köçkar Ç, Uzun Ö.(2007). Lomber disk hernisi ameliyatı olan hastalarda algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(4): 30-41.

104. Abdalrahim MS., Majali SA., Stomberg MW., Bergbom I. (2011). The effect of postoperative pain management program on improving nurses' knowledge and attitudes toward pain. *Nurse Education Practice*, 11(4): 250-255.

105. Heider D., Kitze K., Zieger M et al. (2007). Health-related quality of life in patients after lumbar disc surgery: A longitudinal observational study. *Quality of Life Research*, 16(9): 1453-1460.

106. Petr O, Glodny B, Brawanski KR et al (2017) Immediate versus Delayed Surgical Treatment of Lumbar Disc Herniation for Acute Motor Deficits: The Impact of Surgical Timing on Functional Outcome. *Spine*. DOI: [10.1097/BRS.0000000000002295](https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000002295)

107. Irmak B (2016). *Lomber disk herni nedeniyle ameliyat olan hastalarda hastalık algısının öz-bakım gücüne Etkisi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü, Ordu.

108. Akça, Aydın G., Gümüş K. (2013). Lomber Disk Hernili Hastaların Vücut Mekanikleri Bilgi Düzeyleri İle Ağrı Şiddeti Arasındaki İlişki. *Gümüşhane University Journal Of Health Sciences*, 2(1): 66.

109. İlhan SE. (2007). İntervertebral Disk Herniler (Servikal ve Lomber). Akbayrak N., İlhan SE., Ançel G. ve ark (Ed.) *Hemşirelik Bakım Planları*. Ankara: Alter Yayıncılık. 907-914.

110. Yıldırım M. (2013). *Lomber disk hernisi ameliyatı olan hastalar için geliştirilen hasta güvenliği öğretim planının hastaların günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi üzerine etkisi.* (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
111. Köse G., Hatipoğlu S. (2012). The effect of low back pain on the daily activities of patients with lumbar disc herniation: A Turkish Military Hospital experience. *Journal of Neuroscience Nursing*, 44(2): 98-104.
112. Ayhan F. (2015). *Abdominal cerrahi girişim geçiren hastaların ağrı deneyimleri ve ağrı kontrolüne yönelik hemşirelik girişimleri.* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Konya.
113. Sarıtaş S. (2011). *Lomber disk hernisi ameliyatı olan hastalara verilen eğitimin yaşam kalitesi, öz-bakım gücü ve cinsel doyum üzerine etkisi.* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
114. Amir S., Qadir M. (2018). Lumbar disc herniation; demographic characteristic and etiology of patients presented in a teaching institute. *Professional Med J.* 25(1):63-66. DOI:10.29309/TPMJ/18.4148.
115. Huang W., Qian Y., Zheng K et al. (2016). Is smoking a risk factor for lumbar disc herniation? *Euro Spine J.* 25:168–176. DOI 10.1007/
116. Nasto LA., Ngo K., Leme AS et al. (2014). Investigating the role of DNA damage in tobacco smoking-induced spine degeneration. *Spine J.*14:416–423.
117. Miwa S., Yokogawa A., Kobayashi T et al. (2015). Risk factors of recurrent lumbar disk herniation: a single center study and review of the literature. *J Spinal Disord Tech*, 28(5):E265-9. DOI: 10.1097/BSD.0b013e31828215b3.
118. Moliterno J A., Knopman J., Parikh K, et al. (2010). Results and risk factors for recurrence following single-level tubular lumbar microdiscectomy. *Journal of Neurosurgery: Spine*, 12(6): 680-86.

119. Çelik S. (2013). Batın ameliyatından 24-48 saat sonra hastaların ağrı düzeyleri ve uygulanan hemşirelik girişimleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2: 325-30.
120. Tuna LB. (2007). *Lomber disk hernilerinin cerrahi tedavisinde Mikroforaminotomi yöntemi*. (Uzmanlık Tezi). Trakya Üniversitesi, Edirne.
121. Müslümanoğlu L. (2002). Bel ağrısının nedenleri. Özcan E. (Ed). *Bel ağrısı tanı ve tedavisinde*. Nobel Kitabevi: İstanbul. 147-77.
122. Atlas SJ., Deyo RA., Keller RB., et al. (1996). The Maine Lumbar Spine Study, Part II. 1-year outcomes of surgical and nonsurgical management of sciatica. *Spine (Phila Pa 1976)*, 21(15):1777-86.
123. Koçoğlu D., Özdemir L. (2011). Yetişkin nüfusta ağrı ve ağrı inançlarının sosyo-demografik ekonomik özelliklerle ilişkisi. *Ağrı*. 64-70.
124. Yılmazer T. (2011). *Ameliyat sonrası hastaların ağrı kontrolüne yönelik hemşirelerden beklentileri ve hemşirelerin ağrılı hastaya yönelik girişimleri*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi, Ankara.
125. Ulutaş M., Çınar K., Seçer M. (2017). The surgery and early postoperative radicular pain in cases with multifocal lumbar disc herniation. *Medicine*. 96:9(e6238).
126. Sherwood GD., McNeill JA., Starck PL. (2003). Changing acute pain management outcomes in surgical patients. *AORN Journal*. 77 (2): 374-395.
127. Strömqvist F., Strömqvist B., Jönsson B et al. (2016). Gender differences in patients scheduled for lumbar disc herniation surgery: a national register study including 15,631 operations. *Eur Spine J* 25: 162-167.

128. Karabulut N., Çetinkaya F. (2011). Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin hasta bakımında karşılaştıkları güçlükler ve motivasyon düzeyleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(1):14-23.
129. Özşaker E., Sevilmiş H., Özcan Y., Samast M.(2021). Cerrahi hastalarının hemşirelik bakımını algılayışı ve memnuniyet düzeyleri. *Journal of Contemporary Medicine*, 11(1):110-117
130. Kersu Ö., Mert Boğa S., Köşgeroğlu N., Aydın Sayılan A., İlder G., Baydemir C. (2020). Cerrahi servislerinde yatan hastaların hemşirelik bakım kalitesi algılamaları ile memnuniyet durumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 17(1):32-39
131. Fındık Yıldız Ü., Yeşilyurt Soydaş D. (2017). Cerrahi hastaların ameliyat sonrası hemşirelik bakım kalitesi algısı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 20(3):195-200.
132. Hajinezhad ME., Azodi P. (2017). Nurse caring behaviors from patients' and nurses' perspective: A comparative study. *European Online Journal of Natural and Social Sciences*. 3(4 ):1010-7.
133. Kılıç M., Öztunç G. (2015). Comparison of nursing care perceptions between patients who had surgical operation and nurses who provided care to those patients. *International Journal of Caring Sciences*, 8(3):625-32.
134. Arslan S., Gürsoy A. (2021). Hastaların hemşirelik bakım memnuniyetleri: Cerrahi hastaları örneği. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 4(1): 21-28
135. Arslan S., Nazik E., Tanrıverdi D., Gurdil S. (2012). Determining the level of satisfaction of patients in nursing care and health services. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(6):717-24.

136. Alhusban, M., Abualrub A. R. F. (2009). Patient satisfaction with nursing care in Jordan. *Journal of Nursing Management*, 17(6): 749-758. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00927.x>

137. Akgöz, N., Aslan, A., Özyürek, P. (2017). Noroşirurji hastalarının hemşirelik bakımı ile ilgili memnuniyet ve beklenti düzeylerinin incelenmesi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 9(9): 73-92.

138. Yıldız, T., Önler, E., Başkan, B., Koluçık, B., Malak, A., Özdemir, A., ve ark. (2014). Cerrahi birimlerde yatan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. *Uluslararası Temel ve Klinik Tıp Dergisi*, 2(3): 123-30.

139. Akin, S., Erdogan, S. (2007). The Turkish version of The Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale used on medical and surgical patients. *Journal of Clinical Nursing*, 16(4): 646-653. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01583.x>

## EKLER



**T.C.**  
**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ**

**Sayı** :E-97105791-804.01-2107070009

**Tarih**:07.07.2021

**Konu** :Tez Konu Başlığı Hk.

**Sayın Hasan ÇAKMAK**

Enstitü Yönetim Kurulunun 7.9.2020 tarih ve 2020/25 nolu kararına göre; tez konu başlığınız Tablo'da belirtilen şekilde uygun bulunmuş olup;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. İbrahim Halil GUZELBEY  
Müdür Vekili

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONU BAŞLIĞI
194101012 Hasan ÇAKMAK	Beyin Cerrahi Servisinde Lomber Disk Hernisi (LDH) Ameliyatı Sonrası Yatan Hastaların Ağrılarının Değerlendirilmesi ve Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Düzeyinin Belirlenmesi.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu:cefb5c20

Belge Doğrulama Adresi: <http://ebys.hku.edu.tr/Dogrulama/Index>

Adres :Havaalanı Yolu Üzeri 8.Km - Şahinbey / GAZİANTEP

İrtibat:0(342) 211 80 80

Tel / Fax :0(342) 211 80 80 / 0(342) 211 80 81

Web:www.hku.edu.tr

Kep Adresi :hasankalyoncu.univ@hs01.kep.tr

e-Posta:info@hku.edu.tr







T.C.  
BİNGÖL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-23234772-044  
Konu : Etik Kurulu (Hasan ÇAKMAK)

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 30/12/2020 tarihli ve 47933306-2012300023 sayılı yazı.

İlgi sayılı dilekçeye istinaden; “**Beyin Cerrahi Servisinde Lomber Disk Hernisi Ameliyatı Sonrası Yatan Hastaların Ağrıların Değerlendirilmesi ve Hemşirelik Bakımı Memnuniyeti Düzeyinin Belirlenmesi**” isimli çalışmaya onay verilmesi hususunu görüşmek üzere 11.01.2021 tarihinde Bingöl İl Sağlık Müdürlüğü Etik Kurulu toplanmış olup, Hasan ÇAKMAK'ın belirtilen hususlarda çalışma yapabilmesi, ekte gönderilen Bingöl İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırma Protokolü hükümlerine bağlı kalınması şartıyla uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.  
Uzm.Dr.Mehmet Emin GÜNDOĞDU  
İl Sağlık Müdürü

Ek: Kurum İzni ve Protokol

**KİŞİSEL BİLGİ FORMU**

Değerli Katılımcı;

Bu araştırma Beyin Cerrahi Servisinde lomber disk hernisi ameliyatı olan hastaların ağrı düzeylerinin ölçülmesi ve hemşirelik bakımı memnuniyet düzeyinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Bu ankette hastaların tanıtıcı bilgileri ile ilgili sorular yer almaktadır. Her soruyu dikkatlice okuduktan sonra size uygun seçeneği işaretleyiniz. Çalışmaya katılmak gönüllülük ilkesine bağlıdır. Bilgileriniz saklı kalacak ve veriler konu ile ilgili yapılacak yüksek lisans tezinde kullanılacaktır.

Katılımınız ve içtenlikle vereceğiniz yanıtlarla yapacağınız katkılar için şimdiden teşekkür ederiz.

Hasan ÇAKMAK

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelik Yüksek Lisans Programı

**1.Yaşınız? .....**

**2. Cinsiyetiniz:**

1.Kadın ( )            2.Erkek ( )

**3. Medeni Haliniz:**

1.Bekar ( )    2.Evli ( )    3. Eşi Ölmüş/Dul ( )

**4. Vücut ağırlığınız:.....**

**Boyunuz:.....**

**5. Eğitim Durumunuz nedir?**

1.Okuryazar ( )    2. İlköğretim ( )    3. Lise ( )    4.Üniversite ve üzeri ( )

**6. Sağlık güvenceniz var mı?**

1. Evet ( )            2. Hayır ( )

**7. Çocuğunuz var mı?**

1. Çocuğum yok ( )
2. 1-2 ( )
3. 3-5 ( )
4. 6 ve üzeri ( )

**8. Ailenizin gelir durumu nedir?**

- 1.Gelir giderden az ( )                      2.Gelir gidere denk ( )                      3.Gelir giderden fazla ( )

**9. Hangi kronik hastalığınız var?**

- 1.Kronik bir hastalığım yok ( )
2. Kronik Hastalığım.....

**10.Kronik hastalığa bağlı sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? Varsa belirtiniz.**

1. Herhangi bir ilaç kullanmıyorum.( )
- 2.Kullandığım ilaç .....

**11. Sağlıksız alışkanlıklarınız nelerdir?**

- 1.Sağlıksız alışkanlığım yok ( )
- 2.Sigara ( )
- 3.Alkol ( )
- 4.Sigara ve alkol birlikte ( )
- 5.Diğer (Belirtiniz): .....

**12.Daha önce herhangi bir ameliyat geçirdiniz mi?**

- 1.Herhangi bir ameliyat geçirmedim. ( )
- 2.Geçirdiğim ameliyat .....

**13. Evde sürekli kullandığınız hangi ağrı kesici var?**

- 1.Sürekli kullandığım ağrı kesici yok. ( )
- 2.Sürekli kullandığım ağrı kesici .....

**14. Ne kadar süredir bel fitiği nedeni ile ağrı yaşıyorsunuz?**

.....ay/yıl

**15. Ameliyat olmadan önce ağrı şiddetini nasıl tanımlarsınız?**

- 1.Dayanılmaz ( )
2. Şiddetli ( )
- 3.Orta ( )
4. Hafif ( )

**16. Ameliyat olmanıza sebep olan en büyük etken nedir?**

- 1.Ağrı çekmek ( )
- 2.Günlük işlerimi yapmakta zorlanmak ( )
- 3.Hareketlerimin kısıtlanması.( )
- 4.İş yaşantımı engellemesi ( )
- 5.Diğer (Belirtiniz).....

**17. Ailenizde başka bel fitiği olan kişi var mı?**

1. Evet ( )
2. Hayır( )

**18. Evde bel ağrınız olduğunda ilk yaptığınız şey nedir?**

1. Herhangi bir şey yapmam. ( )
2. Ağrı kesici alırım. ( )
3. Belime masaj yaptırırım. ( )
4. Çıkıkçıya giderim. ( )
5. Doktora giderim ( )
6. Diğer (Belirtiniz): .....

19. Ameliyat öncesi ve sonrası yanınızda refakat edecek biri var mı ?

1.Evet ( )            2.Hayır ( )

**BÖLÜM 2. (Hasta Dosyasından Toplanacak Veriler)**

20. Hastanın tanısı.....

21. Ameliyat süresi.....saat

22.Ameliyatta kullanılan anestezi çeşidi

1. Genel ( )            2. Spinal ( )            3. Epidural ( )

23. Ameliyat sonrasında yapılan analjezik(ler):

İlaç Adı	Dozu/veriliş yolu

24.Ameliyat sonrası hastanede kalış süresi.....saat/gün

## NEWCASTLE HEMŞİRELİK BAKIM MEMNUNİYETÖLÇEĞİ

Bu araştırma, sizin hastanede kaldığınız sürede aldığınız hemşirelik bakımına ait düşüncelerinizi belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen her bir soru için, düşüncenizi en iyi ifade eden sayıyı yuvarlak içine alınız. **Verdiğiniz cevaplar gizli tutulacaktır. Formlar üzerinize isminizi veya herhangi bir kimlik bilgisi belirtmeyiniz.** Gösterdiğiniz ilgi için teşekkür ederiz.

		<i>Hiç Memnun Değilim</i>	<i>Biraz Memnunum</i>	<i>Oldukça Memnunum</i>	<i>Çok Memnunu m</i>	<i>Fazlasıyla Memnunum</i>
1.	Hemşirelerin size ayırdığı süreden	1	2	3	4	5
2.	Hemşirelerin işlerinde gösterdikleri yeterlilikten	1	2	3	4	5
3.	Birine ihtiyaç duyduğunuz zaman etrafınızda daima bir hemşirenin bulunmasından	1	2	3	4	5
4.	Hemşirelerin bakımınız konusundaki bilgi düzeylerinden	1	2	3	4	5
5.	Hemşireleri çağırdığınız zaman yanınıza olabildiğince çabuk gelmelerinden	1	2	3	4	5
6.	Hemşirelerin sizi evinizdeymiş gibi rahat ettirmelerinden	1	2	3	4	5
7.	Hemşirelerin durumunuz ve tedaviniz hakkında sizi bilgilendirmelerinden	1	2	3	4	5
8.	Hemşirelerin iyi olup olmadığınızı kontrol etme sıklığından	1	2	3	4	5
9.	Hemşirelerin yardımseverliğinden	1	2	3	4	5
10.	Hemşirelerin size açıklama yapma biçiminden	1	2	3	4	5
11.	Hemşirelerin yakınlarınızın ve arkadaşlarınızın sizinle ilgili endişelerini gidermesinden	1	2	3	4	5
12.	Hemşirelerin işlerini yaparken gösterdikleri tavırdan	1	2	3	4	5
13.	Durumunuz ve tedaviniz hakkında size verdikleri bilginin içeriğinden	1	2	3	4	5
14.	Hemşirelerin size karşı bir birey olarak davranış tarzlarından	1	2	3	4	5
15.	Hemşirelerin sizin üzüntülerinizi ve endişelerinizi	1	2	3	4	5

	dinlemesinden					
16	Serviste size sağlanan özgürlükten	1	2	3	4	5
17	Hemşirelerin isteklerinizi karşılamada istekli olmalarından	1	2	3	4	5
18	Hemşirelerin mahremiyetinize (bireysel ve bedensel sınırlarınıza) saygı göstermesinden	1	2	3	4	5
19	Hemşirelerin ihtiyaçlarınızın farkında olmasından	1	2	3	4	5



## SAYISAL AĞRI ÖLÇEĞİ

Adınız Soyadınız: \_\_\_\_\_

Tarih: \_\_\_\_\_

Ağrı şiddetinizi aşağıdaki ölçek üzerinde işaretleyin.

## 0-10 Sayısal Ağrı Değerlendirme Ölçeği

