



T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI



**LOMBER DİSK HERNİSİ AMELİYATI GEÇİREN HASTALARIN
AMELİYAT SONRASI ERKEN DÖNEMDE YAŞADIKLARI AĞRI
DENEYİMİ VE AĞRI YÖNETİMİNDEN DUYDUKLARI
MEMNUNİYETİN BELİRLENMESİ**

TUĞBA SINMAZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BURSA-2018



T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK
ANABİLİM DALI



**LOMBER DİSK HERNİSİ AMELİYATI GEÇİREN HASTALARIN
AMELİYAT SONRASI ERKEN DÖNEMDE YAŞADIKLARI AĞRI
DENEYİMİ VE AĞRI YÖNETİMİNDEN DUYDUKLARI
MEMNUNİYETİN BELİRLENMESİ**

Tuğba SINMAZ

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

DANIŞMAN:

Doç. Dr. Neriman AKANSEL


BURSA-2018

T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ETİK BEYANI




Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum

“Lomber Disk Hernisi Ameliyatı Geçiren Hastaların Ameliyat Sonrası Erken Dönemde Yaşadıkları Ağrı Deneyimi Ve Ağrı Yönetiminden Duydukları Memnuniyetin Belirlenmesi” adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar geçen bütün süreçlerde bilimsel etik kurallarına uygun bir şekilde hazırlandığını ve yararlandığım eserlerin kaynaklar bölümünde gösterilenlerden oluştuğunu belirtir ve beyan ederim.


Tuğba Sınmaz
Tarih ve İmza
06.06.2018

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Tuğba Sınnmaz tarafından hazırlanan "Lomber Disk Hernisi Ameliyatı Geçiren Hastaların Ameliyat Sonrası Erken Dönemde Yaşadıkları Ağrı Deneyimi Ve Ağrı Yönetiminden Duydukları Memnuniyetin Belirlenmesi" konulu Yüksek Lisans tezi 22.06.2018 günü, 14:00-15:30 saatleri arasında yapılan tez savunma sınavında jüri tarafından oy birliği/oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

	<u>Adı-Soyadı</u>	<u>İmza</u>
Tez Danışmanı	Doç.Dr. Neman Atanıl	
Üye	Doç.Dr. Dilek AYGIN	
Üye	Doç.Dr. Ayşel İZDEMİR	
Üye		
Üye		

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulu'nun tarih ve sayılı toplantısında alınan numaralı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Ali Aydoğdu
Enstitü Müdürü

TEZ KONTROL ve BEYAN FORMU

22.06.2018

Adı Soyadı:

Anabilim Dalı:

Tez Konusu:

ÖZELLİKLER

UYGUNDUR

UYGUN DEĞİLDİR

ACIKLAMA

Tezin Boyutları

Dış Kapak Sayfası

İç Kapak Sayfası

Kabul Onay Sayfası

Sayfa Düzeni

İçindekiler Sayfası

Yazı Karakteri

Satır Aralıkları

Başlıklar

Sayfa Numaraları

Eklerin Yerleştirilmesi

Tabloların Yerleştirilmesi

Kaynaklar

DANIŞMAN ONAYI

Unvanı Adı Soyadı:

Doç. Dr. Neriman Akarsel

İmza:

Neriman Akarsel

İÇİNDEKİLER

Dış Kapak	
İç Kapak	
ETİK BEYANI	II
KABUL ONAY	III
TEZ KONTROL VE BEYAN FORMU.....	IV
İÇİNDEKİLER.....	V
ÖZET.....	VII
İNGİLİZCE ÖZET	VIII
1.GİRİŞ	1
1.1 TANIMLAR	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1 LOMBER DİSK HERNİSİ	4
2.1.1. Vertebral Kolon ve Diskin Yapısı.....	4
2.1.2 Lomber Disk Hernisi	6
2.1.3 Epidemiyoloji.....	6
2.1.4 Risk Faktörleri	7
2.1.5 LDH'de Fizyopatoloji	8
2.1.6 Klinik Belirti ve Bulgular	10
2.1.7. Tanı Yöntemleri ve Tedavi.....	10
2.2 AMELİYAT SONRASI AĞRI	15
2.2.1 Ameliyat Sonrası Ağrının Tanımı ve Ağrı Algısını Etkileyen Faktörler ..	15
2.2.2 Ameliyat Sonrası Ağrının Etkileri.....	17
2.2.3 Ameliyat Sonrası Ağrının Tanımlanması ve Ağrının Değerlendirilmesi	18
2.3. AMELİYAT SONRASI AĞRI YÖNETİMİ	20
2.3.1 Farmakolojik Yöntemler	20
2.3.2 Farmakolojik Olmayan Yöntemler	22
2.3.3 Cerrahi Yöntemler	23
2.4 LOMBER DİSK HERNİSİ AMELİYATI GEÇİREN HASTALARDA AĞRI YÖNETİMİ ve HEMŞİRELİK BAKIMI	24
2.4.1 Lomber Disk Hernisi Ameliyatı Sonrası Hemşirelik Bakımı.....	24
2.4.2 Lomber Disk Hernisi Ameliyatı Sonrası Ağrı ve Hasta Memnuniyeti	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	31
3.1 Araştırmanın Tipi	31
3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	31
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	31
3.4 Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	32

3.5. Veri Toplama Araçları	33
3.5.1 Bilgi Toplama Formu.....	33
3.5.2 Ameliyat Sonrası Ağrının Giderilmesinde Hastaya Verilen Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği.....	34
3.5.3 Hasta İzlem Formu	34
3.6 Veri Toplama Yöntemi	34
3.7 Verilerin Değerlendirilmesi.....	35
3.8 Etik Açıklamalar	35
3.9 Araştırmaya Sağlanan Destek.....	35
4.BULGULAR	36
4.1 Hastaların Bireysel Özellikleri.....	36
4.2.Ameliyat Sonrası Ağrının Giderilmesinde Hastaya Verilen Bakımın Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puanlarının İncelenmesi	42
4.3 Hastaların Ağrı Puanlarının İncelenmesi	51
4.4 Hastaların Ağrı Yönetiminden Duydukları Memnuniyet Puanlarının İncelenmesi	61
5.TARTIŞMA	67
5.1 Hastaların Bireysel Özellikleriyle İlgili Bulguların Tartışılması.....	68
5.2 Ameliyat Sonrası Ağrının Giderilmesinde Hastaya Verilen Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarından Elde Edilen Bulguların Tartışılması	73
5.4 Hastaların Ağrı Yönetiminden Duydukları Memnuniyete İlişkin Bulguların Tartışılması	80
6.KAYNAKLAR	88
7.SİMGELER VE KISALTMALAR	102
8.EKLER.....	103
9.TEŞEKKÜR	113
10.ÖZGEÇMİŞ.....	114

ÖZET

Lomber Disk Hernisi Ameliyatı Geçiren Hastaların Ameliyat Sonrası Erken Dönemde Yaşadıkları Ağrı Deneyimi Ve Ağrı Yönetiminden Duydukları Memnuniyetin Belirlenmesi

Çalışma LDH ameliyatı olan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde yaşadıkları ağrı deneyimini, kullanılan analjeziklerin hastaların ağrı şiddetini azaltmaya olan etkisinin incelenmesi ve hastaların uygulanan ağrı yönetiminden duydukları memnuniyetin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Çalışmanın evrenini 2016 yılı içinde Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nilüfer Ek Binası Cerrahi kliniğinde Lomber Disk Hernisi (LDH) ameliyatı geçiren hastalar oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise 8 Mayıs-8 Kasım 2017 tarihleri arasında ameliyat olan, araştırmaya katılmayı kabul eden, örnekleme dahil edilme kriterlerine uyan ve ameliyat sonrası dönemde en az 24 saat klinikte yatan hastalar oluşturmuştur. Çalışmanın verileri, bilgi toplama formu, Ameliyat Sonrası Ağrının Giderilmesinde Hastaya Verilen Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği ve Hasta İzlem Formu kullanılarak toplandı. Araştırma verilerinin toplanmasında yüz yüze görüşme tekniği kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerde; gruplararası farklılıkları değerlendirmek için Sample t testi, Anova, Mann Whitney U, Kruskal Wallis, Friedman testi uygulandı. İlişkileri belirlemek için Pearson korelasyon katsayısı analizi kullanıldı. Hastaların ameliyat sonrası ağrının giderilmesinde hastaya verilen bakım kalitesinin değerlendirilmesi ölçeği genel puan ortalaması $51,44 \pm 6,61$ (14-70), ağrı yönetiminden duydukları memnuniyet puan ortalaması ise $8,33 \pm 1,62$ (0-10) olarak bulundu. Sonuç olarak; LDH ameliyatı geçiren hastaların ameliyat sonrası ağrının giderilmesinden memnun olduğu belirlendi.

Anahtar Sözcükler: LDH ameliyatı, ağrı deneyimi, ağrı yönetimi, hemşirelik bakımı memnuniyet

İNGİLİZCE ÖZET

Determination of Pain Experiences During Early Post Operative Period in Patients Who Had Lumbar Disc Hernia Repair and Their Satisfaction With Pain Management Strategies

The study was conducted as a descriptive study to assess the pain experience experienced by the patients with LDH in the early postoperative period, the effect of the analgesics used to reduce the pain severity of the patients, and the satisfaction of the patients' pain management. This universe of the research consisted of patients who underwent Lumbar Disc Hernia (LDH) surgery in the department of surgery, Nilüfer Annex of Faculty of Health Sciences Bursa Yüksek İhtisas Educational Research Hospital University in 2016. The sample of the study consisted of patients who operated between May 8 and November 8, 2017, agreed to participate in the study, met the sampling inclusion criteria, and stayed in the clinic for at least 24 hours postoperatively. Data of work, information collection form was collected using the assessment of the quality of care given to the patient with post-surgery pain scale and patient monitoring form. Face-to-face interview techniques were used to collect research data. In statistical analysis; Sample t test, Anova, Mann Whitney U, Kruskal Wallis, Friedman test were used to evaluate group differences. Pearson correlation coefficient analysis was used to determine associations. In the postoperative pain relief of the patients, the average score of the assessment of the quality of care given to the patient was found to be 51.44 ± 6.61 (14-70), and the mean satisfaction score from pain management was found to be 8.33 ± 1.62 (0-10). As a result; patients who underwent LDH surgery were found to be satisfied with the relief of postoperative pain.

Key words: LDH surgery, pain experience, pain management, nursing care, satisfaction

1.GİRİŞ

Uzun süren ve ciddi fonksiyon kayıplarına neden olan bel ağrıları, aynı zamanda maddi kayıplara en fazla yol açan kronik hastalıklardan bir tanesidir. Bel ağrısı, endüstrileşmiş ülkelerde sık görülen ve sağlık hizmetlerine başvurma nedenleri arasında ikinci sırada yer alan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Genel iyilik halini bozarak veya sakatlıklara neden olarak iş performansını önemli ölçüde etkilemektedir. İşe devamsızlık nedenleri incelendiğinde, üst solunum yolu enfeksiyonlarından sonra hastane yatışlarında beşinci sırada ve cerrahi girişimlerin nedeni olarak üçüncü sırada bel ağrısının olduğu bildirilmektedir (Goetzel ve ark., 2015; Maniadakis ve Gray, 2000).

Amerika’da bireylerin en az %80’i hayatlarının bir bölümünde bel ağrısıyla ilgili sorun yaşadıkları belirtilmektedir (Chou ve ark., 2007; Hoy ve ark., 2010; Manchikanti, 2010). Kızılderililerde ve Alaska yerlilerinde bel ağrısı görülme sıklığı en fazlayken, Asya kökenli Amerikalılarda prevalansın düşük olduğu saptanmıştır (Deyo ve ark., 2006). 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.

Bel ağrısı prevalansı çocuk ve adölesanlarda yetişkinlerden daha az olmakla birlikte artış göstermektedir (Deyo ve Weinstein, 2001). Bel ağrısının en sık 35-55 yaşları arasında görüldüğü bilinmektedir (Hollingworth ve ark., 2001). Dünya nüfusunun yaşlanması nedeni ile yaşlandıkça, vertebralar arası disk harabiyetinin artmasına bağlı olarak bel ağrısında artış olacağı öngörülmektedir (Duthey, 2013).

Bel ağrısından kaynaklanan ağrıyı tedavi etme ve sakatlıkları önleme; bireylere, ailelere, endüstriye ve topluma getirdiği ekonomik yük nedeni ile özel bir önem taşımaktadır (Calvo-Munoz ve ark., 2013; Last ve Hulbert, 2009). Bel ağrısına bağlı semptomları azaltmak ve normal fiziksel aktiviteye erken geri dönmeyi sağlamak için;

farmakolojik tedavinin yanı sıra, fizik tedavi, korse kullanımı, cerrahi müdahale gibi birçok farklı seçenek bulunmaktadır (Laudahn ve Walper, 2001; Stam ve ark., 2001; Surjushe ve ark., 2008).

Bel ağrısının pek çok sebebi olmakla birlikte bunları genel olarak 4 sınıfta toplamak mümkündür. Bunlar; sebebi belli olmayan, mekanik nedenlere bağlı, spinal nedenli olmayan ve mekanik nedenli olmayan bel ağrılarıdır. Disk dejenerasyonları ve hernileri nedeniyle oluşan bel ağrıları %27 oranıyla ilk sırada yer almaktadır (Aydoğan, 2005; Deyo ve Weinstein, 2001).

Altı-sekiz hafta içinde konservatif tedavi ile iyileşmeyen, ağrıları şiddetlenen, nörolojik defisit gelişen, tanı testleri ile klinik bulguları uyumlu olan lomber disk hernili (LDH) hastaların tedavisinde cerrahi girişim önemli bir yere sahiptir (Akyolcu ve Uğraş, 2017; Bayraktar, 2016; Harvey, 2014; Öztekin ve Sunal, 2015; Strömqvist, 2016). Lomber disk hernisinin tedavisinde en sık uygulanan cerrahi girişimler; diskektomi, mikrodiskektomi, laminektomi, foraminotomi, spinal füzyondür (Akyolcu, 2017; Bayraktar, 2016; Karabekir ve Yayıoğlu, 2007; Lee ve ark., 2010). Ameliyat olan hastaların normal fonksiyonlarına kavuşmasında ağrı kesici ilaçların uygun dozda ve zamanında yapılması, hastayı rahatlatma, konforunu sağlama ameliyat sonrası hemşirelik bakımının önemli birer parçasıdır (Akyüz, 2015; Aslan ve Çavdar, 2015; Faydalı, 2010; Yılmaz ve Gürler, 2011). Çeşitli çalışmalarda hastaların ameliyat sonrası ağrıların yeterince giderilmediği hastaların hastanede kaldıkları sürede ciddi ağrı deneyimlediklerini göstermektedir (Gerbershagen ve ark., 2014; Maier ve ark., 2010; Svensson ve ark., 2000). Lomber disk hernisi ameliyatı geçiren hastaların yaşam kalitesi (Kayaga ve ark., 2005; Miller ve ark., 2015; Saban ve Penckofer, 2007), evdeki aktivitelerine uyum sağlamalarında hemşirelik eğitiminin etkinliğinin değerlendirilmesi (Aydoğan, 2015; Papanastassiou ve ark., 2011; Sarıtaş, 2011; Yıldırım, 2013) ile ilgili araştırmalar bulunmakla birlikte hastaların ameliyat sonrası ağrı deneyimlerini ve ağrı yönetiminden memnuniyetlerini belirleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu araştırmanın amacı, LDH ameliyatı olan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde yaşadıkları ağrı deneyimi, kullanılan analjeziklerin hastaların ağrı şiddetini azaltmaya olan etkisinin incelenmesi ve hastaların uygulanan ağrı yönetiminden duydukları memnuniyetin belirlenmesidir.

1.1 TANIMLAR

Lomber Disk Hernisi (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 tanımlanmaktadır (Fardon, 2001; NASS, 2012).

Ameliyat Sonrası Ağrı: Ameliyat sonrası ağrı; ani olarak cerrahi travma sonucu oluşan doku hasarının inflamatuvar süreci aktive etmesiyle başlayan, ameliyat sonrası ikinci ve üçüncü günlerde giderek azalan ve doku iyileşmesi ile kaybolan, insizyonun derecesi ve tipi ile doğru orantılı somatik ve visseral özellikli akut bir ağrı tipidir (Aslan ve Uslu, 2015; Çavdar ve Akyüz, 2017; Mac Lellan, 2004; Smeltzer ve ark., 2008).

Ağrı Yönetimi: Ameliyat sonrası beklenen bir semptom olan ağrıyı tamamıyla ortadan kaldırmak mümkün olmasada; farmakolojik, nonfarmakolojik ve cerrahi yöntemlerle olabilecek en düşük düzeye indirmek ve kontrol altına almak amacıyla yapılan tanılama, ölçme, değerlendirmeyi de içine alan bütün girişimlerin toplamı “ağrı yönetimi” olarak tanımlanmaktadır (Aslan, 2014; Çavdar ve Akyüz, 2017).

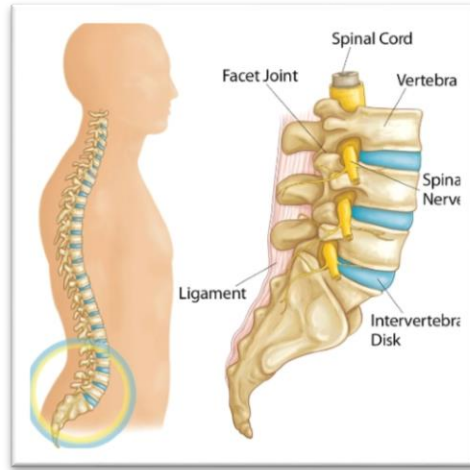
Hasta Memnuniyeti: Hasta bireyin ya da hizmetten yararlanan kişilerin hizmetin kendisinden, sunuluş biçiminden ve hizmetin verildiği ortamdan (temizlik, düzen, mahremiyet) hoşnut olması olarak tanımlanmaktadır. Hizmeti alan hasta bireylerin sorunlarına yönelik kendilerine özel planlanmış bakımın sonuçlarını algılaması ve hizmetten bekledikleri faydaların karşılanması ile ilişkili karmaşık bir kavram olan hasta memnuniyeti; farklı bireyler tarafından farklı zamanlarda, hatta aynı bireyler tarafından farklı zamanlarda değişik şekillerde tanımlanabilir (Acaroğlu ve ark., 2007; Aksakal ve Bilgili, 2004; Algıer ve ark., 2005; Koşgeroğlu ve ark., 2005; Yılmaz, 2001).

2. GENEL BİLGİLER

2.1 LOMBER DİSK HERNİSİ

2.1.1. Vertebral Kolon ve Diskin Yapısı

Vertebral kolon (omurga); vertebra (omur) adı verilen 33 omurun (7 servikal, 12 torakal, 5 lomber, 5 sakral ve 4 koksigeal) üst üste dizilerek oluşturduğu, vertebral ligamentler ve vertebral disklerle birlikte medulla spinalisi sararak onu koruyan ve destekleyen vücuda esneklik veren bir yapıdır (Morton ve Albertine, 2013). Lomber bölgede hareket kapasitesi olan 5 omur birbiriyle eklemleşerek, lomber vertebral kolonu oluşturmaktadır. Lomber vertebral kolon; yük taşıyan anterior parçayı oluşturan iki vertebra arasında yer alarak omurgaya binen yükü biyomekanik ihtiyaçlara uygun şekilde soğurarak dağıtan intervertebral disk ile, ağırlık taşımayıp sadece hareketlere destek sağlayan posterior faset eklemleri olmak üzere iki kısımdan oluşmaktadır (LeMone ve ark., 2015; Smeltzer ve ark., 2010).

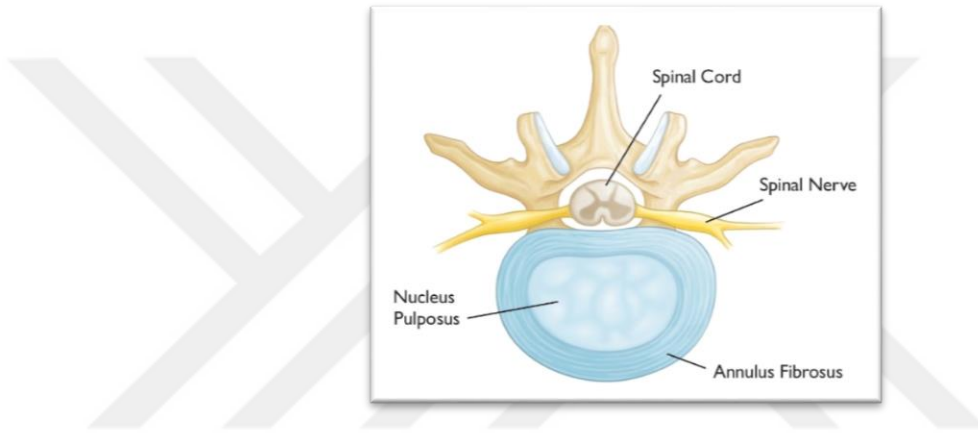


Şekil 1. Lomber vertebranın yapısı

<https://orthoinfo.aaos.org/link/7c6dd75cb4da4a1fa1907e8359f740fc.aspx> Erişim: 27/02/2018

İntervertebral diskler; iki vertebra arasında yer alan 9 mm kalınlığında (Erdoğan, 2013) hareket anında ya da zorlamalarda omurgaya yapılan ani basınç değişikliklerinde şok emici görev yaparak dengeyi sağlayan disk şeklinde fibröz kıkırdaktan oluşmaktadırlar. Yapılarında %85 oranında su, kollajen ve proteoglikan bulunan yastıkçıklardır (Öktenoğlu, 2011).

İntervertebral diskler; dışta sert ve esnek özellikte dış halkayı oluşturan ve diske uygulanan kuvvetin %75'ini taşıyan annulus fibrosus ile iç kısmı yumuşak jelatinöz yapıda olan nükleus pulposus olmak üzere 2 kısımdan meydana gelmektedir (AAOS, 2012).



Şekil 2. Sağlıklı bir intervertebral diskin kesitsel görünümü

<https://orthoinfo.aaos.org/link/7c6dd75cb4da4a1fa1907e8359f740fc.aspx> Erişim: 27/02/2018

Lomber vertebralar yerleşimleri ve hareketli yapıları nedeniyle vertebral kolonun en işlevsel olan ve yüke en sık maruz kalmaları sebebiyle stresten en fazla etkilenen yerleridir. İntervertebral 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 (Boos ve Aebi, 2008; Toplamoğlu ve Ofluoğlu, 2010; Zileli, 2002).

2.1.2 Lomber Disk Hernisi

North American Spine Society (NASS)'nin 2012 yılında yayımlamış 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 (Fardon, 2001; NASS, 2012).

Lomber disk hernisi bir hastalık değil, patolojik bir süreçtir. Gövdenin ağır yükünü taşıyan alt lomber omurların dejenerasyonu sonucu nükleus pulpozus zayıflamış ya da yırtılmış bir bölgeden annulus fibrozusa doğru çıkıntı yaparak herniye (fitiklaşma) olur. Disk hernisinin; çevredeki sinir kökü, ligament gibi yapılara baskı yapıp enflamasyon gelişmesine neden olarak; bel veya bacakta ya da her ikisinde ağrıya, uyuşukluğa yol açması lomber disk hastalığı olarak tanımlanır (Akyolcu ve Uğraş, 2017; Byrne, 2000; Özbayır, 2014; Weaver, 2015).



Şekil 3. Herniye olmuş disk

<https://orthoinfo.aaos.org/link/7c6dd75cb4da4a1fa1907e8359f740fc.aspx> Erişim: 27/02/2018

2.1.3 Epidemiyoloji

Lomber disk hernileri, intervertebral diskin içerdiği su yoğunluğunun azalmaya başladığı ve üretkenliğin artış gösterdiği yaşamın üçüncü ve beşinci on yılında en sık olmakla birlikte, erkeklerde kadınlara göre iki kat daha fazla görülmektedir (Erdoğan, 2013; Luchtman and Firsching, 2016; Massa ve Mesfin, 2017). Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT), Amerika' da bel ağrısı nedeniyle kliniğe başvuran

hastaların %52'sinin LDH tanısı aldığını, bu hastaların ortalama yaşının 41 olduğunu ve çoğunluğun (%57) erkeklerden oluştuğunu bildirmektedir (Amir, 2018; Cummins, 2006). Bel ağrısının oluşma sebeplerinden biri olan disk dejenerasyonları ve hernileri %27 oranıyla ilk sırada yer alırken (Deyo, 2001) cerrahi girişimlerin nedeni olarak üçüncü sırada lomber disk hernileri gösterilmektedir (Goetzel ve ark., 2015). Türkiye'de LDH prevalansı ile ilgili yeterli veri elde edilememekle beraber, TÜİK Sağlık Araştırması raporu (2016)'nda 15 yaş üstü bireylerde bel bölgesi problemleri %27.1 oranıyla ilk sırada yer aldığı belirtilmektedir (TÜİK, 2016).

2.1.4 Risk Faktörleri

Lomber disk hernisinin oluşumunda etkili olan risk faktörleri, mesleki, sportif, kişisel ve psikolojik olmak üzere dört grupta incelenmektedir (Irmak, 2016).

Mesleki Faktörler

Ağır kaldırma ve uzun süre ayakta durmayı gerektiren maden, tarım, inşaat, tersane işçiliği ile hemşirelik gibi fiziksel gücün yoğun olarak kullanıldığı mesleğe sahip olmanın disk harabiyetine neden olduğu araştırmalarla gösterilmiştir (Seidler ve ark., 2003). Dizleri bükmeden ağır yük kaldırma gibi biyomekanik ilkelere uygunsuz olarak yapılan hareketlerin sık tekrarlanması da LDH için bir risk faktörüdür (Amir ve Qadir., 2018; Dönmez ve ark., 2010).

Bunun yanı sıra iş makinesi, otomobil gibi titreşim yapan ve yayan motorlu araçları uzun süre kullanmanın omurganın fizyolojik sınırları aşan vibrasyona maruz bıraktığı ve bu durumun kas yorgunluğunu arttırıp anaerobik metabolizmaya sebep olarak disk beslenmesini bozduğu da düşünülmektedir (Dönmez ve ark., 2010). Amir ve Qadir (2018) yaptıkları çalışma sonucunda LDH'nin en sık uzun yol şoförlerinde görüldüğünü bildirmişlerdir. Büro gibi kapalı ortamlarda uzun süre oturarak çalışanlar da risk taşıyan bir diğer gruptur.

Spor Faaliyetlerine Bağlı Faktörler

Spor yaparken vücut mekaniğine uygun olmayan hareketlerin yapılması disk hernilerine yol açabilmektedir (Petering ve Webb, 2011). Futbol, halter, güreş, jimnastik, golf, kayak ve kürek gibi yüksek riskli sporlar, sıklıkla sporcularda görülen bel ağrısının nedenidir ve disk hernisi oluşumunda önemli bir yere sahip olduğu belirtilmektedir (Erhan ve ark., 2009).

Bireysel Faktörler

Otuz-elli (30-50) yaş grubunda olmak, obezite (Dönmez ve ark., 2010), diabetes mellitus ve hipertansiyon gibi sistemik hastalıklar ile genetik özellikler LDH için risk faktörüdür (Amir ve Qadir, 2018; Saftic ve ark., 2006). Sigara kullanımının disk dejenerasyonuna neden olan kimyasalların salınmasına neden olduğu, ayrıca sigara içmenin öksürmeyi sıklaştırarak lomber disklere yapılan basıncı artırdığı bir gerçektir (Huang ve ark., 2016). Hareketsiz yaşam tarzı (kaslarda güçsüzlüğe neden olduğundan), uygun olmayan postür, omurga ve diskleri etkileyen önceden geçirilmiş travma ve enfeksiyonlar disk harabiyetine neden olarak LDH oluşumuna zemin hazırlamaktadır (Erçelen, 2011).

Psikolojik Faktörler

Lomber disk hernisinin önemli bir semptomu olan ve ruhsal ve duygusal gerginliklerden etkilenen ağrı duyusu; işini sevmeme, övgü alamama gibi olumsuz durumlarda artış göstermektedir. Yapılan bir çalışmada bel ağrısı nedeniyle hekime başvuranlar arasında işinden memnun olmayanların oranı 2.5 kat daha fazla bulunmuştur (Sarıtaş, 2011). Miller ve ark. (2015) yaptığı bir araştırmada ise stres, anksiyete ve depresyon ile ağrı arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir.

Sonuç olarak; LDH patogeneğinde rol oynayan birçok faktör olduğu bilinmekte, mesleki nedenlerin ve duruş bozukluklarının bu süreçte önemli bir rol oynadıkları bilinmektedir.

2.1.5 LDH'de Fیزیopatoloji

Disk yapısının bozulması sıklıkla dejeneratif disk hastalıklarından kaynaklanmaktadır. Bu ilerleyici dejenerasyon yaşlanmanın doğal bir sürecidir ve intervertebral disklerin elastikiyetini, esnekliğini ve şok emici yeteneğini kaybetmesinin sonucu olarak ortaya çıkar. Disklerin incilmesi diskin merkezinde jelatinöz yapıda olan nükleus pulpozusun yapısındaki su oranının azalarak kurumasına ve küçülmesine yol açar (Öktenoğlu, 2011). Bu değişiklikler diskin, üzerindeki mekanik basıncı vertebralar arasında dağıtma yeteneğinin kısıtlar. Dağıtılamayan yükün; intervertebral diskin dışındaki sert tabaka olan annulus fibrozusa aktarılmasıyla, çekirdekten diskin ilerleyici yapısal harabiyetine yol açan biyokimyasal maddeler salınmasına neden olur. Diskin gördüğü yapısal zararlarla birlikte, nükleus pulpozus annulusteki bir yırtıktan ya da aralıktan dışarı sızabilir.

Spinal diskin şişerek omurların arasından çıktığı bu durum disk hernisi olarak adlandırılır (Fardon, 2001; Lopez ve ark., 2017).

Disk hernisi yaşlanmanın doğal bir sonucu olabildiği gibi, omurgaya sürekli kuvvet uygulanması ve tekrarlayan omurga travmaları nedeniyle de gelişebilir. Şişen ve herniye olan disk yakınında bulunan sinirlere basınç uygulayarak radikülopati denilen yansıyan ağrı, hissizlik, karıncalanma, güç kaybı gibi semptomları olan bir duruma neden olur. Lomber disk herniasyonları basınca en çok maruz kalan ve en hareketli segmentler olan L4-L5 ve L5-S1 seviyelerinde en sık (%95) görülmektedir (Akyolcu ve Uğraş, 2017; Harvey, 2014; Jordan ve ark., 2008; Özbayır, 2014; Luchtman and Firsching, 2016).

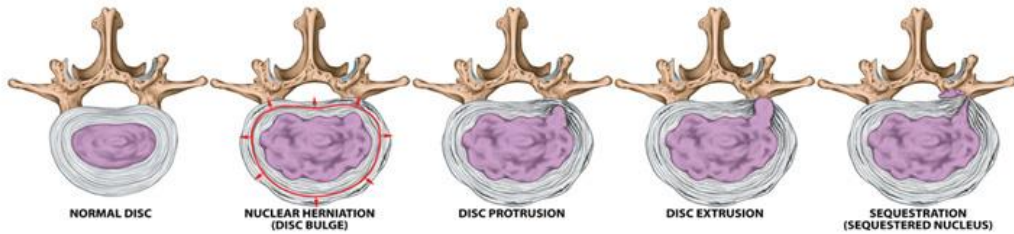
Lomber disk hernisinin oluşumu dört aşamada incelenmektedir (Şekil 4).

1. Bulging (Bombeleşme): Nükleus pulpozus (NP) dehidratasyona uğrayıp yoğunluğu azalınca annulüs fibrozus (AF) diske binen ağırlığın tamamının etkisinde kalarak spinal kanala doğru taşar. Ancak AF sağlam olduğundan ve vertebra sınırını 2 milimetreden az geçtiğinden bu aşama herniasyon olarak kabul edilmez.

2. Protrüzyon: Morfolojik olarak bütünlüğü devam eden nükleus pulpozusun, zorlanarak esneyen annulus fibrozusu iterek kavis oluşmasına neden olmasıdır.

3. Ekstrüzyon: Annülüsün tüm tabakalarının yırtılmasıyla nükleus pulpozusun (NP) dorsale herniye olduğu aşamadır. Herniye olan NP ile içerdeki NP arasında bağlantı vardır.

4. Sekestresyon: Ekstrüzyon sonrasında, NP'un annülüs fibrozusu tamamen yırtarak içerideki parçasıyla ilişkisini kestiği ve kanal içinde serbest kaldığı aşamadır (Erdoğan, 2013; Oğuz, 2004; Toplamaoğlu ve Ofluoğlu, 2010).



Şekil 4. Disk Hernisi Oluşumu

<https://www.jointconsciouschiro.com/single-post/What-is-a-Disc-Herniation> erişim:02/03/2018

2.1.6 Klinik Belirti ve Bulgular

Disk hernisinde klinik belirti ve bulguların şiddeti ve türü; herninin lokasyonuna, ilerleme hızına ve etkilenen sinir köküne göre değişim gösterir. Lomber disk hernisinde en sık (%62) görülen belirti bel ağrısıdır (Suri ve ark., 2010). Disk hernisi spinal sinir köklerine yaptığı basınçla ağrıya neden olur. Siyatik sinirin anatomik dağılımı boyunca kalçadan başlayarak bacadan aşağıya doğru ayak bileğine yayılan radiküler (sinir kökü kaynaklı) batıcı ve künt özellikli ağrı disk hernisinin en genel bulgusudur. Ağrı, spinal sıvının basıncını arttıran manevralarla (öksürme, aksırma, ıkınma, eğilme gibi) ya da uzun süre aynı pozisyonda kalmakla artarken dinlenmekle geçer. İlerleyen olgularda sinir kökünün tam irritasyonu nedeniyle ağrı duyusu baskılanır. Kas spazmları, bacaklarda, ayaklarda ve ayak parmaklarında kas zayıflığı ile parestezi (karıncalanma uyuşma, yanma) gibi duyuşal yakınmalar görülebilir. Spinal sinir hasarının olduğu durumlarda refleksler baskılanabilir ya da yok olabilir (Akyolcu ve Uğraş, 2017; Bayraktar, 2016; Harvey, 2014; Öztekin ve Sunal, 2015; Strömqvist ve ark., 2016). Bu belirti ve bulgular bireylerin aktivitelerini kısıtlayarak yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır (Heider, 2007; Weaver ve Bradford, 2015).

Cauda equina; herniye olmuş disk, tümör ya da epidural apsenin birden fazla sinir köküne baskı yaparak bağırsak ya da mesane inkontinansı gibi nörolojik defisitlere sebep olan ve nadir görülen (%1) bir sendromdur. Acil cerrahi gerektiren bir durumdur (Harvey, 2014; Shapiro, 2000).

2.1.7. Tanı Yöntemleri ve Tedavi

Kapsamlı sağlık öyküsü alma; her hastalıkta olduğu gibi lomber disk hernili hastayla karşılaşıldığı ilk anda öncelikli olarak yapılması gereken bir işlemdir. Bu kapsamda; rutinde olduğu gibi hastalığın etiyolojisinde rol alabilecek yaş, kilo, beden kitle indeksi (BKİ), sigara kullanımı, aile öyküsü, mesleği, eşlik eden sistemik hastalıkları ve daha önce geçirmiş olduğu travmalar, yaralanmaların değerlendirilmesine ek olarak en sık rastlanan bulgu olan (Karabacak ve Yılmaz, 2014; Korkmaz, 2014 Özbayır, 2014);

- Ağrının yeri (bacakta mı belde mi en fazla hissedildiği),
- Niteliği,
- Ağrı ataklarının ne zaman başladığı ve ne kadar sürdüğü
- Ağrının hareketle ve öksürme, ıkınmayla artıp artmadığı,
- Ağrıyı azaltan faktörler,
- Ayakta uyuşukluk, karıncalanma, güçsüzlük, soğukluk olup olmadığı,
- İdrar ve gaita kaçırma sorunları olup olmadığı sorgulanmalıdır (Zileli, 2002).

Fizik muayene; NASS (2014)'ın yayınlamış olduğu kanıta dayalı uygulamaları geliştirme komitesi rehberinde; omurganın anatomik yapısının ve postürünün incelendiği manuel kas değerlendirme testi, hastanın fiziksel aktivitelerini ve motor kusurlarını değerlendirmek amacıyla düz bacak kaldırma (DBK) testi yapılması kanıt A düzeyinde önerilmektedir. Hastada duyu kusurları (hipoaljezi) olup olmadığının değerlendirildiği duyu testi ile birlikte sayılan diğer yöntemler LDH tanılmasında altın standart olarak kabul edilmektedir (Korkmaz, 2014; NASS, 2014; Peterson, 2017).

Radyolojik görüntüleme yöntemleri

- Manyetik rezonans görüntüleme (MRG): Radyasyon içermeme, daha geniş bir alanın incelenmesine olanak sağlama, sıvı yoğunluğunu ve kanal darlığını saptayabilme gibi özellikleri nedeniyle en sık kullanılan noninvaziv bir yöntemdir. Yumuşak dokuyu tanımada bilgisayarlı tomografiden (BT) üstündür (Bono ve Schoenfeld, 2011; Greenberg, 2006; NASS, 2014; Toplamaoğlu ve Ofluoğlu, 2010; Weaver, 2015). Yapılan bir çalışmada gözlemciler MRG'nin LDH tanısını doğrulamada %97 oranıyla başarılı bir yöntem olduğunu tespit etmişlerdir (Kreiner ve ark., 2014).
- Bilgisayarlı Tomografi (BT): MRG'den sonra disk hernisinin tanılmasında en sık kullanılan yöntemlerden ikincisidir. Kemik yapıyı tanımada MRG'den üstün olmakla birlikte kapalı alan korkusu olan ve kohlear implant, kalp pili gibi protezleri olan hastalarda kullanımı tercih edilmektedir (Bono ve Schoenfeld, 2011; Toplamaoğlu, 2010).
- Myelografi; Subaraknoid mesafeye kontrast madde enjekte edilerek omuriliğin incelenmesiyle tümörü dışlamaya dayanan bir yöntemdir. Menenjit ve kontrast madde alerjisine sebep olabilmesi ile MRG ve BT kullanımının popülerleşmesi nedeniyle

daha az tercih edilmektedir (Akyolcu ve Uğraş, 2017; Özbayır, 2014; Sarı ve Aydoğan, 2015; Toplamaoğlu ve Ofluoğlu, 2014; Weaver ve Bradford, 2015).

- Direkt Grafi: Tanı koymada yetersiz olup disk hernisiyle ilgili direkt bilgi vermediği kabul edilmekle birlikte omurgadaki kırık, tümör, enfeksiyon gibi durumları saptayarak disk hernisinin bunlardan ayırt edilmesinde kullanılmaktadır. Ayrıca diskteki yapısal değişiklikler ve disk boşluklarındaki deformitelerin saptanmasında yararlıdır (Akyolcu ve Uğraş; 2017; Bono ve Schoenfeld, 2011).
- Diskografi: Annulus fibrozustaki yırtık ve çatlakların tespitinde kullanılmaktadır (Greenberg, 2006).
- EMG (elektromyografi): MRG ve BT sinir köküne yapılan basıncın etkisinin şiddetini göstermede başarısız olabilir. İskelet kaslarındaki elektrik sinyallerin gözlemlendiği ve yorumlandığı, radikülopatiyi belirlemede kullanılan bir yöntemdir (Akyolcu ve Uğraş, 2017; Greenberg, 2006; Toplamaoğlu, 2014).

Lomber disk herni tanısı kesinleşmiş hastalarda tedavi yaklaşımları konservatif (yatak istirahati, medikal tedavi, egzersiz, fizik tedavi, eğitim) ve cerrahi olmak iki başlık altında incelenebilir.

2.1.7.1 Konservatif Tedavi

Konservatif tedavide amaç; hastanın ağrısının azaltılması ile nörolojik iyileşmeyi uyararak hastanın günlük yaşam aktivitelerine ve iş hayatına erken dönmesini sağlamaktır (Boss ve Aebi, 2008). Konservatif tedavi 6 haftadan 6 aya kadar sürebilmektedir. Progresif güç yitimi ve sfinkter bozukluğu olmayan hafif disk dejenerasyonu ile hafif nörolojik defisiti olan genç hasta grubu konservatif tedaviden en çok fayda gören hastalardır. Disk hernisinde en çok önerilen konservatif tedavi yöntemi; dizlerin ve belin yastıkla desteklendiği semi fowler ya da yan fetal pozisyonu içeren kısa süreli yatak istirahatidir (Çetinkaya, 2005; Weaver, 2015). Omurga aktivitesinin kısıtlanması için kuşak, kemer, korse kullanımı, lokal ısı veya buz uygulaması, manipülasyon, traksiyon ile transkütanöz elektriksel sinir uyarımı (TENS) ise diğer koruyucu uygulamalardır (Demirdağ ve ark., 2011).

Ağrıyı gidermek için uygulanan medikal tedavi; hastalığın çeşitli dönemlerinde kullanılan NSAİ'ler, kısa etkili opioidler, analjezikler, kas gevşeticiler ile sedatifler ve parestetik sendromlarda B vitamini gibi ağrı kesicilerin etkisini arttıran (adjuvan)

ilaçlardan oluşmaktadır (Harvey, 2014; Çetinkaya, 2015; Mayo Clinic, 2016). Epidural kortikosteroid enjeksiyonlar; yumuşak dokularda baskıya neden olarak ağrıya ve inflamasyona yol açan ödemi azaltarak geçici olarak iyileşmede etkili olabilir. Altta yatan nedenler tedavi edilmezse, ağrı tekrarlama eğilimi gösterir (Harvey, 2014).

Semptomlar hafiflediğinde, günde iki kez önce pasif sırt güçlendirme egzersizleri yapılması, sonra ise kademeli olarak artan egzersizleri içeren fizik tedavi uygulamaları artırılarak hayat boyu devam edilmesi gerekmektedir (Boos, 2008). Bir haftadan daha uzun süren yatak istirahati kas gücünün zayıflamasına, olumsuz psikolojik durumlara yol açabileceğinden, hastalar erken aktiviteye teşvik edilmektedir (Zileli, 2002). Hastalara doğru vücut mekanikleri ve önemi anlatılmalı, intervertebral disk basıncını arttıracak eğilip bükülme, ağır taşıma gibi hareketlerden kaçınmaları önerilmelidir. Haftada iki- üç kez 20-30 dakika yapılan yürüyüş, yüzme, bisiklet sürme, aerobik gibi egzersizler beta endorfin düzeyini arttırarak ağrının giderilmesi ve sırt kaslarının güçlendirilmesi için uygun olan sporlardır (Özbayır, 2014; Toplamaoğlu, 2010). Çoğu hasta (%50) konservatif tedavi planıyla 6 ayda iyileşme göstermektedir (Harvey, 2014; Oliphant, 2004).

2.1.7.2 Cerrahi Tedavi

Disk hernisinde; en az altı hafta süreyle uygulanan konservatif tedaviye cevap vermeyen siyatik ağrısı, dirençli diskojenik ağrıya eşlik eden radikülopati ve nörolojik defisitlerin giderek kötüleşmesi ile spinal kanal darlığı cerrahinin göreceli endikasyonlarındandır. Sfinkter veya perianal duyu hasarı (cauda equina) ile düşük ayak gelişmesi, mutlak acil cerrahi gerektiren durumlar arasındadır (Akyolcu ve Uğraş, 2017; Özbayır, 2014). Lomber disk hernili hastaların %15'inin cerrahi tedaviye ihtiyaç duyduğu ve cerrahi tedavide %95 oranında başarı sağlandığı belirtilmektedir (Karabekir ve Yaycıoğlu, 2007).

Cerrahi tedavide amaç; hastanın 6 aydan fazla süren dirençli ağrısını gidermek, fonksiyonel durumunu iyileştirerek sosyal ve ekonomik yaşamına en kısa sürede geri dönmesini sağlamak, duyuusal sorunlarının düzelterek iyileşmesini hızlandırmak ve yaşam kalitesini arttırmaktır (Bayraktar, 2016; Çetinkaya, 2015).

Lomber disk hernisinin cerrahi tedavisinde uygulanan başlıca girişimler şunlardır;

Diskektomi: Disk hernisinin sinir köküne yaptığı basıncı azaltmak için nükleer disk materyalinin çıkarılması işlemidir.

Mikrodiskektomi: Herniye olan nükleus pulpozusun ve basınçtan etkilenen sinir köklerinin mikrocerrahi enstrümanları kullanılarak çıkarılmasıdır. Diskektomiye göre daha küçük bir insizyon alanı içermesi ve nöral dokuların skopi altında aydınlatılarak, büyütülerek daha iyi görülebilmesi ile daha iyi hemostaz sağlanması bu tekniğin sağladığı önemli avantajlardır. Cerrahi alanda minimum travmaya neden olması ve bu sayede erken iyileşmeyi sağlayarak hastanede yatış süresini kısaltması, hastanın günlük ve iş yaşamına dönmesini hızlandırması nedeniyle lomber disk hernisinin tedavisinde en sık kullanılan yöntemdir (Karabekir ve Yayıoğlu, 2007).

Laminektomi: Omurga kanalındaki sinirsel yapıları ortaya çıkarmak için laminanın tümünün ya da diskin herniye olduğu bölümün alınarak, cerraha geniş bir görüş açısı sağlayan ve sinir kökleri ile spinal korda yapılan basıncı hafifleten bir cerrahi işlemdir (Lee ve ark., 2010).

Spinal Füzyon: İki omur arasına omurganın hareketsiz kalmasını sağlayarak ağrıyı azaltmak için, hastanın fibula ile krista iliakasından alınabilen ya da kadavra donörlerden elde edilen kemik greftinin yerleştirilmesidir.

Foraminatomi: Spinal sinir kökü bölgesindeki açıklığı genişletmek için intervertebral foramenin alınmasıdır (Akyolcu, 2017; Bayraktar, 2016; Chou ve ark., 2009; Harvey, 2014; Öktenoğlu ve Özer, 2016; Öztekin ve Sunal, 2015; Toplamaoğlu ve Ofluoğlu, 2010; Weaver, 2015).

Lomber disk cerrahisine yönelik ameliyat teknikleri son 20 yılda önemli ölçüde gelişme göstermesine rağmen hastanın doğru seçilmemesi ve cerrahinin zamanının iyi planlanamaması sonucu komplikasyon oranı %2-4 arasındadır. Komplikasyonlar ameliyat sırası ve sonrası komplikasyonlar olmak üzere iki kısımda incelenebilir (Greenberg, 2006; Toplamaoğlu ve Ofluoğlu, 2010). Yanlış mesafeye müdahale edilmesi, dura zedelenmesi, retroperitoneal yaralanma, sinir kökü hasarı ameliyat sırasında gelişebilecek komplikasyonlardan bazılarıdır (Saxier ve ark., 2005; Wiese ve ark., 2005). Ameliyat sonrası ise radikülopati ağrısının benzer şiddetle devam etmesi, infeksiyon, BOS sızıntısı, tromboemboli, herninin tekrarlanması, vertebral kolonun

mekanik bütünlüğünün bozulması görülebilmektedir (Mastronardi ve ark., 2005; Öktenoğlu ve Özer, 2016; Weaver, 2015).

2.2 AMELİYAT SONRASI AĞRI

2.2.1 Ameliyat Sonrası Ağrının Tanımı ve Ağrı Algısını Etkileyen Faktörler

Ameliyat sonrası ağrı; ani olarak cerrahi travma sonucu oluşan doku hasarının inflamatuvar süreci aktive etmesiyle başlayan, ameliyat sonrası ikinci ve üçüncü günlerde giderek azalan ve doku iyileşmesi ile kaybolan, insizyonun derecesi ve tipi ile doğru orantılı somatik ve visseral özellikli akut bir ağrı tipidir (Aslan ve Uslu, 2015; Çavdar ve Akyüz, 2017; Mac Lellan, 2004; Smeltzer ve ark., 2008).

Her yıl dünya çapında 230 milyondan fazla insan cerrahi işlem geçirmekte ve bu sayı her yıl artış göstermektedir (Weiser, 2008). Yapılan çalışmalarda birçok hastanın (%45-%70) ameliyat sonrası şiddetli ağrı çektiği bildirilmektedir (Gan ve ark., 2014; Zaslansky ve ark., 2014). Yapılan çalışmalarda ameliyat sonrası ağrının etkin tedavi edilmediği takdirde kronik ağrıya dönüştüğü gösterilmiştir (Gerbershagen ve ark., 2014; Institute of Medicine, 2011; Maier ve ark., 2010).

Cerrahi girişim sonrası ağrı yönetimi, ağrı algısının hastayla ilgili pek çok subjektif değişkenden etkilenmesi nedeniyle kompleks bir süreçtir. Etkisiz yönetilen ameliyat sonrası ağrı; komplikasyonlara neden olarak iyileşmeyi geciktirir, hastanede kalma süresini uzatarak morbidite ve mortaliteyi arttırabilir. Hastanın ağrıyı algılamasına etki eden psikososyal faktörlerin bilinmesi hastaya uygun ağrı giderme yöntemlerinin belirlenerek ağrı tedavi planının yapılmasında önemli bir yere sahiptir (Aslan, 2014; Çavdar ve Akyüz, 2017; Kuşuoğlu, 2006). Hastanın ağrı algısını etkileyen hastaya ait faktörler aşağıda belirtilmektedir.

Yaş: Ağrı; mekanizması her yaş grubunda aynı olan evrensel bir deneyim olmakla birlikte, farklı yaş dönemlerinde ağrıya verilen tepkiler değişiklik gösterebilmektedir. Çocuklar ağrıyı davranışsal tepkilerle ifade ederken, yaşlılar ağrıyı; dini inançlar, soyluluk, iyi hasta olma isteği ve yaşlılığın olağan bir süreci olarak algıladıklarından bu durumu tolere edilmesi gereken bir deneyim olarak düşünebilmektedirler. Bu nedenle yaşlıların yaşadıkları ağrıları bildirmede isteksiz

oldukları bilgisi yapılan çalışmalarla desteklenmektedir (Horgas ve Elliott., 2004; Lautenbacher ve ark., 2005; Rittger ve ark., 2011).

Cinsiyet: Yapılan deneysel çalışmalarda erkeklerin ağrıyı kadınlara göre daha az yoğun deneyimlediği ve erkeklerin ağrı eşiğinin kadınlara göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Yazınalanda, sosyokültürel olarak ağrı toleransının yüksek olmasının takdir edilmesinin ve çocuklukta öğrenilen ailesel ağrı davranışlarının kişinin yetişkin dönem ağrı davranışlarında etkili olmasının bu farklılığa yol açan etmenlerden biri olduğu belirtilmektedir. Nosisepsiyonda etkili olan kimyasal maddelerin üretiminin hormonlara bağımlı olması da cinsiyete göre ağrı algılanmasındaki farklılığın bir diğer önemli sebebi olarak düşünülmektedir (Defrin ve ark., 2009; Robinson ve ark., 2001; Wise ve ark., 2002).

Kişilerin yetiştikleri topluluğun değer, yargı ve tutumlarına göre “hasta rolünü” öğrendikleri kültür, bireyin ağrıya verdiği cevabı, ağrıyı ifade etme şeklini ve ağrı algısını güçlü bir şekilde etkilemektedir. İçinde yaşanan topluluğun sosyokültürel özellikleri, bireyin statüsü ve kişilik özellikleri ağrının değerlendirilmesi ve tedavi edilmesinde dikkate alınması gereken önemli bileşenlerdir (Kuğuoğlu, 2006; Peacock ve Patel, 2008).

Özellikle yaşamında daha önceden cerrahi girişim geçirmiş ve ameliyat sonrasında yeterli ağrı kontrolü sağlanamamış olan hastaların anksiyete ve korku nedeniyle ağrı toleransı düşük olmaktadır. Bu nedenle ameliyat sonrası opioid gereksinimi artmakta, bireyler ağrıyı olumsuz algılamakta hatta bu nedenle cerrahi tedaviyi reddedebilmektedirler (Ayhan, 2015; Lin ve Wang, 2005).

Kişilik yapısı: Anksiyete, akut ağrı sınıfına giren ameliyat sonrası ağrıya en sık eşlik eden önemli bir duygusal tepkidir. Anksiyete ve ağrının birbirlerinin etkisini arttırdığına dair çalışmalar bulunmaktadır. Ameliyat öncesinde anksiyete seviyesi yüksek bulunan hastaların ameliyat sonrası dönemde yoğun ağrı deneyimledikleri belirlenmiştir (Güz ve ark., 2003; Korzon ve ark., 2016; Robledo ve ark., 2014; Woo, 2010).

Ağrıya yüklenen anlam, ağrıya odaklanma derecesi, yorgunluk, kullanılan baş etme yöntemleri, aile ve sosyal destek ile plasebo uygulanması ağrının algılanmasında etkili olan diğer etkenlerdir (Aslan, 2014; Çavdar ve Akyüz, 2017; Kuğuoğlu, 2006).

2.2.2 Ameliyat Sonrası Ağrının Etkileri

Akut ağrı sınıfına giren ameliyat sonrası ağrının etkileri; olumlu ve olumsuz (kısa dönemde olumsuz ve uzun dönemde olumsuz) olmak üzere sınıflandırılmaktadır.

Olumlu etki: Ameliyata bağlı ağrıların, ameliyattan hemen sonra başlayarak yedi güne kadar azalarak sürmesi normal kabul edilmektedir. Cerrahi işlem nedeniyle hasarlanan dokudan salınan uyarılar yardımıyla organizmanın iyileşmesi için gereken hareketsizliğin sağlanmasının fizyolojik açıdan olumlu olduğu düşünülmektedir (Aslan, 2014).

Kısa süreli olumsuz etki: Cerrahi girişim sonrası ağrı; fiziksel ve duygusal acıya neden olarak, organizmada stres oluşturan bir durumdur ve sistemleri olumsuz bir şekilde etkilemektedir (Akkaya, 2016).

Solunum sistemi: Cerrahi kesi yerinin diyafragmaya yakınlığı ölçüsünde pulmoner işlevler olumsuz etkilenir. Özellikle batın ve toraksa yapılan cerrahi girişimler sonucu oluşan ağrı derin solunumu ve öksürmeyi kısıtlayarak; atelektaziye, sekresyonların atılamamasına bağlı olarak pnömoniye ve oksijenlenmenin bozulmasına neden olabilmektedir (Beaussier ve ark., 2014, Cousins ve Power, 2006).

Endokrin sistem: Ağrının neden olduğu stres ve sempatik yanıt, böbreküstü bezlerinden kortizol, ACTH, glukagon salınımını arttırırken, insülin salgısını azaltır. Bu değişikliklerin vücutta uzun süre devam etmesi katabolizmayı hızlandırarak negatif nitrojen dengesinin artmasına ve glikoz dengesizliklerine neden olur (Çavdar ve Akyüz, 2017).

Kardiyovasküler sistem: Ağrıya verilen nöroendokrin yanıt sonucunda oksijen ihtiyacı ve kalbin iş yükü artar. Bu durumda oluşan hipertansiyon ve taşikardi, kronik arter hastalığı olan kişilerde miyokard infarktüsüne neden olabilir (Cousins ve Power, 2006).

İskelet ve kas sistemi: Ağrının neden olduğu uykusuzluk, yorgunluk ve anksiyete mobilizasyonu engelleyebilir. Bu durum venöz staza ve tromboembolitik komplikasyonlara yol açabilir. Obez hastalar ve kalça cerrahisi geçirenlerde derin ven trombozu oluşma riski daha yüksektir (Liu ve Wu, 2007).

Gastrointestinal sistem: Ağrı nedeniyle SSS'nin aktivitesinin artması bağırsak hareketlerinde yavaşlamaya, kusma ve bulantıya neden olarak aspirasyon riskini arttırabilmektedir (Liu ve Wu, 2007).

Üriner Sistem: Ağrı, üretra ve mesanenin motilitesisini azaltarak idrar yapmayı zorlaştırabilir (Aslan, 2014; Çavdar ve Akyüz, 2017).

Psikolojik etkiler: Etkin tedavi edilmeyen ağrı, agresif ve saldırgan davranışlara neden olabilir. Anksiyete, korku, uykusuzluk ve yorgunluk kontrol altına alınamayan ağrının hasta bireyde oluşturduğu bulgulardandır (Macintyre ve Schug, 2007).

Uzun süreli olumsuz etki: Üç saatten uzun süren ameliyatlar ve ameliyat sonrası etkin tedavi edilemeyen 2 aydan daha uzun süren akut ağrı, kronik ağrı gelişimi için önemli bir risk faktörüdür (Ceylan, 2017; Thamilselvan ve Pandurangan, 2017). Cerrahi işlem geçiren hasta bireylerin %5-60 kadarında kronik ağrı gelişmektedir. Cerrahinin neden olduğu ağrının kronikleşmesinde en önemli nedenlerden birinin cerrahinin türü olduğu düşünülmektedir. Amputasyon, mastektomi ve torakotomi sonrası cerrahi ağrının kronikleşme oranı %50 olarak bulunmuştur (Reddi, 2016). Kronik ağrının ayrıca depresyona neden olduğu da bildirilmektedir (Aslan, 2014).

2.2.3 Ameliyat Sonrası Ağrının Tanılanması ve Ağrının Değerlendirilmesi

Ağrı tanılanması cerrahi sonrası etkin ağrı yönetiminin temelini oluşturmaktadır. Kişiyi özgü özellikleri nedeniyle ağrı bulgusu öznelidir. Ağrı, hastada yalnızca duyuşal belirtilerin görülmesine neden olmamaktadır. Hastanın davranış ve düşüncesini bozarak, hastayı bunaltan, aynı zamanda hastanın bu rahatsız edici duyguya karşı koyması için otonomik refleksler göstermesine neden olan karmaşık bir algılama sürecidir. Dolayısıyla ağrının ölçülmesi ve değerlendirilmesi sırasında yalnızca fizyolojik belirtilerin göz önüne alınması, davranışsal ve bilişsel özelliklerin önemsenmemesi sorun çözümünde yetersiz kalmaktadır (Aslan ve Öntürk, 2015; Çavdar ve Akyüz, 2017).

Hastanın ağrısını değerlendirmede en güvenilir kaynak, hastanın kendi ağrı bildirimidir. Bu nedenle ağrı değerlendirmesine başlarken; hastadan ağrısını kendi kelimeleriyle ifade etmesi istenmeli, ağrının yeri, şiddeti, niteliği, başlama zamanı, ağrıyı azaltan ve arttıran faktörler sorgulanmalıdır. Bunun yanı sıra hastanın sözsüz ve fizyolojik ağrı yanıtları değerlendirilmelidir. Ağrısını ifade etmekte güçlük çeken hastaların ağrı tanılanması için kapsamlı sağlık öyküsü ile hasta yakınlarının görüşlerinden faydalanmak da yararlı olabilmektedir (Aslan ve Öntürk, 2015; Çavdar ve Akyüz, 2017; Dikmen, 2013; Weaver, 2015).

Tanımlama aşaması ameliyat öncesi dönemden itibaren başlayıp hasta taburcu oluncaya kadar düzeli aralıklarla tekrarlanmalıdır. Ağrı tedavisinin etkinliğini belirlemek için tedaviden önce ve sonra ağrı değerlendirilmelidir. Ağrı tanınması hasta hem dinlenirken hem de hareket halindeyken yapılmalıdır (Büyükyılmaz ve Aştı, 2009).

Ağrının şiddetini ve niteliğini belirlerken objektif veriler ışığında kanıta dayalı değerlendirme yapabilmek ve sağlık profesyonellerinden oluşan ekip arasında farklı yorumları ortadan kaldırarak standart bir ortak dil oluşturabilmek için geçerliği ve güvenilirliği kanıtlanmış sayısal ve sözel ifadeleri içeren ölçekler geliştirilmiştir. Bu ölçekler tek ya da çok boyutlu olabilmektedir (Aslan ve Öztürk, 2015; Çöçelli ve ark., 2008).

Çok çeşitli ağrı değerlendirme ölçekleri bulunmakla birlikte; cerrahi girişim sonrası ağrıyı değerlendirmede hastayla iletişim kurulabiliyorsa yaygın olarak doğrudan hastanın akut ağrısını ölçmeye yönelik tek boyutlu sayısal ağrı değerlendirme skalası, sözlü ağrı değerlendirme skalası ve görsel ağrı değerlendirme skalası (GKÖ/VAS) kullanılmaktadır. Hastayla iletişim kurulamıyorsa yüz ifadeleri ölçeği uygulanmaktadır. Bakımın dinamik sürecine uyum sağlanabilmesi için değerlendirme sonucunda ortaya çıkan verilerin yaşam bulgularıyla birlikte düzenli olarak kaydedilmesi gerekmektedir.

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 beş ya da on (5 ya da 10) 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 (Çavdar ve Akyüz, 2017; Aslan ve Öntürk, 2015; Dikmen, 2013).

2.3. AMELİYAT SONRASI AĞRI YÖNETİMİ

Ameliyat sonrası ağrı beklenen bir semptomdur ve tamamıyla ortadan kaldırmak mümkün olmasada ağrıyı olabilecek en düşük düzeye indirmek ve kontrol altına almak mümkündür. Ağrının kontrol altına alınması, hastanın iyileşmesini hızlandırmakla birlikte hastada komplikasyon görülme riskini azaltarak hasta bireyin hastanede kalma süresi kısaltılabilir. Böylece hasta bireyin işine ve günlük yaşamına kısa sürede dönmesi sağlanabilir. Karmaşık ve etik boyutu da olan ağrının etkin olarak yönetilebilmesi disiplinlerarası sağlık profesyonellerinin ve hastanın işbirliği içinde olmasına bağlıdır. World Health Organization (WHO) ve International Association for the Study of Pain (IASP)'ın bir insan hakkı olarak tanıdığı ağrının giderilmesinde başarı sağlayabilmek; hekim, hemşire ve hastanın katılımını gerektirir. Hekim hastaya uygun olan ağrı kesiciyi yazmak, hemşire yazılan ağrı kesiciyi uygulamak ve hastanın tedaviye yanıtını gözlemlemek, ölçmek ve değerlendirmek, hasta ise kendi ağrısını değerlendirmek ve bilgi vermekle sorumludur (Aslan, 2014; Çavdar ve Akyüz, 2017).

Ameliyat sonrası ağrının tedavisinde; farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemler ayrı ayrı ya da birlikte kullanılabilir. Cerrahi yöntemler ise ilaç ve ilaç dışı yöntemlerle kontrol edilemeyen ameliyat sonrası ağrıyı gidermek için uygulanmaktadır. Cerrahi girişim sonrası uygulanan standart bir analjezi yöntemi yoktur. Her yöntemin olumlu yönleri olduğu gibi olumsuz tarafları da bulunmaktadır. Ameliyat sonrası kullanılacak ağrı tedavisi yöntemi seçilirken; cerrahinin tipi, yeri, hastanın genel durumu, yöntemin istenmeyen etkileri, sağlık personelinin yetkinliği ve teknik olanaklar göz önünde bulundurulmaktadır (Çavdar ve Akyüz, 2017; Kerr ve Kohan, 2008).

2.3.1 Farmakolojik Yöntemler

Ağrının fizyopatolojisinin daha iyi anlaşılması ve ağrı kesicilerin uygulanması için yeni yöntemlerin ve teknolojilerin geliştirilmesiyle birlikte cerrahi girişim sonrası akut ağrının tedavisinde farmakolojik ilaç tedavisi en sık kullanılan yöntem olmuştur.

Ameliyat sonrası ağrı tedavisinde kullanılan farmakolojik ajanlar en sık; intramüsküler, intravenöz, subkütan, oral, rektal, transmukozal, transdermal gibi sistemik yollardan uygulanır. Epidural, hasta kontrollü analjezi (HKA), hasta kontrollü epidural analjezi (HKEA) ve sinir blokları ise rejyonal (bölgesel) analjezi uygulama yollarıdır. Ağrı yönetiminde kullanılan farmakolojik yöntemleri uygularken dikkat edilmesi gereken önemli noktalar vardır. Bu noktalar;

- Ameliyat sonrası ağrı kesicilerin kanda tedavi edici düzeye ulaşabilmesi için 24 saat boyunca düzenli aralıklarla uygulanması gerekmektedir. Analjeziklerin, ameliyat sonrası lüzum halinde (LH) uygulanması kandaki tedavi edici düzeyi düşürerek ve strese neden olarak ağrı şiddetini daha da arttıracığından ameliyat sonrası ilk 36-48 saatte ağrı kesicilerin LH uygulanması önerilmemektedir.
- Cerrahi girişim sonrası ağrının 24 saatten fazla sürmesi beklenen özellikle torakal ve abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda sürekli bir analjezi sağlamak için HKA ve HKEA kullanılabilir. Ağrı kesicinin plazma düzeyinin azalmaması için hastalara daha önceden hekim tarafından ayarlanan limitli dozları düzenli aralıklarla kullanmaları gerektiği öğretilmelidir.
- Opioid korkusundan vazgeçilmelidir. Yanlış inançlar ve abartılmış narkotik korkusu yetersiz tedaviye yol açabileceğinden hekim, hemşire, hastanın ve ailesinin bu konuda eğitim alması gerekmektedir (Aslan, 2014; Aslan ve Çavdar, 2015).
- Hastanın tedaviye yanıtının değerlendirilmesi başarılı bir ağrı yönetiminin temel noktasıdır. Hastaya uygun olan bir ölçek kullanılarak ağrı kesicilerin etkinliği (dozunun ve sıklığının yeterliliği) aynı ölçekle düzenli aralıklara değerlendirilmeli ve kayıt edilmelidir (Çavdar ve Akyüz, 2017).

2.3.1.1 Opioid/ Narkotik Analjezikler

Ameliyat sonrası erken dönemde orta ve şiddetli ağrı tedavisinde yaygın olarak kullanılan morfin, metadon, meperidin, fentanil ve kodein gibi opioid agonistleri merkezi sinir sistemine (MSS) ve periferik dokulara dağılmış olan opiat reseptörlerine bağlanarak ağrı geçişini durdururlar ve ağrıya karşı oluşan tepkiyi inhibe ederler. Kodein zayıf etkili bir opioid olmakla birlikte, morfin ve meperidin güçlü etkili

narkotiklerdendir. Değişik yollardan uygulanabilen opioidlerin yapılan çalışmalar sonucunda uzun dönem kullanıldıklarında tolerans gelişimine neden olarak %1 oranında bağımlılık yaptığı bulunmuştur (Aslan ve Çavdar, 2015). Solunumu, öksürüğü, bağırsak hareketlerini ve birçok sistemi baskılayarak hayatı tehdit eden komplikasyonlara neden olabileceğinden, opioid tedavisi alan hastalara bakım veren hemşirelerin, opioid kullanımı ve görülebilecek yan etkiler hakkında bilgi-beceri sahibi olması ve hastanın opioid yanıtını dikkatle gözlemlemesi gerekmektedir (Çavdar ve Akyüz, 2017; Kindler ve Polomano, 2014; Weaver, 2015).

2.3.1.2 Non Opioid/Narkotik Olmayan Analjezikler /Nonsteroid Antiinflatuar İlaçlar (NSAİ) ve Parasetamol

Hafif–orta seviye ağrının tedavisinde yaygın olarak kullanılan diklofenak, ibuprofen, indometazin, naproksen gibi nonsteroid antiinflatuar ilaçlar (NSAİ), cerrahi işlem sonrası tek başlarına uygulandıklarında ağrıyı kontrol etmede yetersiz kaldıklarından, tavan etkileri nedeniyle opioidler ile birlikte kullanılarak, narkotik analjeziklerin daha düşük dozlarda uygulanmasına (%20-60) böylece yan etki meydana gelme riskini düşürmeye katkı sağlarlar. NSAİ ilaçlar güvenlidir ancak, bir NSAİ türü olan aspirinin düşük dozlarının bile kanamaya yol açabilmesi nedeniyle gis ve renal yan etkiler açısından hemşire dikkatli olmalıdır (Aslan ve Çavdar, 2015; Çavdar ve Akyüz, 2017; Kindler ve Polomano, 2014; Weaver, 2015).

Antipiretik ve analjezik etkisi olan parasetamol; MSS yoluyla spinal kanalda ve beyinde siklooksijenaz enzimi üzerinden prostaglandin sentezini baskılayarak cerrahi ağrının tedavisinde etkili olmaktadır (Dikmen, 2013; Kindler ve Polomano, 2014). Uygulandıktan iki saat sonra kanda tavan etki yapar. Tek başına ya da opioidler ve NSAİ ilaçlar ile kombine olarak kullanılabilir. Hepatik toksisitenin 4 gramı geçen yüksek oranlarda kullanımda söz konusu olması ve opioid kullanımını %30 azaltması cerrahi ağrı tedavisinde sağladığı avantajlardır (Aslan ve Çavdar, 2015).

2.3.2 Farmakolojik Olmayan Yöntemler

İlaç dışı yöntemlerle ağrının giderilmesi esasına dayanan, invaziv işlem gerektirmeyen ve farmakolojik olmayan bu yöntemlerin kullanım amacı, analjeziklerin kullanım miktarının azaltılarak oluşabilecek yan etki riskini en aza

indirmek ve hastanın yaşam kalitesini arttırmaktır. İlaçlar ağrının somatik boyutunu iyileştirmede kullanılırken, ilaç dışı yöntemler ağrının bilişsel, davranışsal ve sosyokültürel etmenlerini tedavi etmeyi amaçlamaktadır (Dikmen, 2013). Alanyazında tek başına ya da farmakolojik yöntemlerle birlikte uygulanan nonfarmakolojik tedavinin cerrahi ağrıyı gidermede ya da hafifletmede etkili olduğunu gösteren az sayıda çalışma vardır. (Çavdar ve Akyüz, 2017). Bununla birlikte; sağlık profesyonelleri ilaç dışı yöntemlerin tek başına ağrıyı gidermede yetersiz kalacağı ve bu tedavi yönteminin ancak farmakolojik tedaviyle birlikte tamamlayıcı ve destekleyici olarak kullanılabileceği konusunda fikir birliği içerisinde oldukları (Yavuz, 2015).

Ağrıyı gidermede ilaç dışı yöntemlerin kanıta dayalı etkinliklerini gösteren sınırlı sayıda çalışma olmakla birlikte birçok ilaç dışı ağrı tedavi yöntemi vardır. Bu yöntemlerden en sık kullanılanlar bilişsel- davranışsal ve periferel/fiziksel teknikler olarak iki sınıfa ayrılabilir.

Hafif ağrıyı ve anksiyeteyi azaltmada; gevşeme (hipnoz, meditasyon, yoga), derin solunum egzersizleri, müzik dinleme, dikkat dağıtma, hayal kurma, biyolojik geribildirim, gibi bilişsel davranışsal teknikler kullanılmaktadır.

Periferel tekniklerden olan manipülatif deri stimülasyonu girişimleri; sıcak-soğuk uygulama, mentol uygulama, transkütanöz elektrik sinir stimülasyonu (TENS), masaj, akupunktur, refleksoloji ve terapötik dokunmayı içermektedir. Özellikle ortopedi kliniklerinde, diz ameliyatları sonrası ağrıyı gidermek amacıyla hastalara soğuk uygulama yapılmaktadır (Çavdar ve Akyüz, 2017; Dikmen, 2013; Kindler ve Polomano, 2014; Micozzi, 2008; Turan ve ark., 2010; Yavuz, 2015).

2.3.3 Cerrahi Yöntemler

Ağrının farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemlerle giderilemediği durumlarda en son çare olarak cerrahi yöntemlere başvurulmaktadır. Ameliyat sonrası ağrıda cerrahi tedavi; MSS'ne giden ağrı yollarının belirli bölgelerde kesilmesine dayanmaktadır (Çavdar ve Akyüz, 2017).

Rizotomy: Dorsal sinir köklerinin spinal korda girdiği yerden kesilmesiyle hasta ağrı duyusunu kaybeder ancak tüm motor fonksiyonların işlevi devam etmektedir. Bölgesel akut ağrıyı iyileştirmede etkilidir (Hesselgard ve ark., 2007).

Kordotomy: Spinotalamik traktın kesilmesi sonucu ağrı ve sıcaklık duyusunun kaybedilmesi ile sonuçlanır. Başa çıkılmayan ağrıların tedavisinde son çare olarak kullanılmaktadır (Dikmen, 2013; Guyton ve Hall, 2007).

2.4 LOMBER DİSK HERNİSİ AMELİYATI GEÇİREN HASTALARDA AĞRI YÖNETİMİ ve HEMŞİRELİK BAKIMI

Hasta bakımına yönelik hemşirelik girişimleri; hastanın özelliklerine ve uygulanan cerrahinin türüne göre bireyselleştirilmelidir. Klasik diskektomi tekniğiyle yapılan ameliyat sonrası bakımda ağrının giderilmesi için dikkat edilecek temel nokta insizyon hattının gerilmemesidir. Mikrocerrahi yöntemi kullanılarak yapılan girişimlerde ağrının önlenmesi için omurganın hareketsizliğinin sağlanması temel noktadır (Bayraktar, 2016; Karabekir ve Yayıoğlu, 2007). Ameliyat tekniği, cerrahin becerisi, obezite ve eşlik eden hastalık öyküsü gibi diğer faktörlerin ameliyat sonrası iyileşme sürecine etki etmesine bağlı olarak, ameliyat olan hastalar için standart bir iyileşme zamanı belirlemek oldukça güçtür (Dikmen, 2013; Erkal, 2006; Öktenoğlu, 2011).

2.4.1 Lomber Disk Hernisi Ameliyatı Sonrası Hemşirelik Bakımı

LDH cerrahisi uygulanan hastalara ameliyat sonrası verilecek hemşirelik bakımının temel hedefi; ağrı nedeniyle gelişebilecek komplikasyonları önlemek, herniasyonun tekrarlaması, derin ven trombozu, emboli, kanama, enfeksiyon gibi olası sorunları engellemek ve etkin ağrı tedavisi ile hasta konforunu artırmaktır. Hastaları erken ayağa kalkmaları için cesaretlendirmek, iyileşme süresinin kısaltılmasına yardımcı olmak, hastaların günlük hayata ve iş yaşamlarına dönmelerini hızlandırmak, yaşam kalitesini artırmaya yönelik yaklaşımlar hemşirelik bakımının bütüncül ve hümanistik çerçevesini oluşturmaktadır (Büyükyılmaz ve Aştı, 2009). LDH ameliyatı geçiren hastanın hemşirelik bakımı, ameliyat sonrası dönemde standart olarak genel hemşirelik bakımın yanı sıra LDH cerrahisine özel pozisyon verme gibi bakım gereksinimlerini kapsamaktadır. Bunlar;

- Hastanın ağrı düzeyi düzenli aralıklarla izlenir ve ağrı tedavisine yanıtı değerlendirilir. Hastalığın nedenine bağlı ağrının azalması beklenir ancak hastada cerrahi kesiye bağlı ağrı ve ödeme bağlı kas ağrısı devam

edebilmektedir. Yapılan ağrı değerlendirmelerinde beklenen sonuç ağrının aşamalı olarak azalmasıdır.

- Ameliyat sonrası hasta yatağa transfer edilirken, sırtı korunmalı düz ve dikkatli bir şekilde omurgası desteklenerek yatağa alınmalıdır.
- Hekimin istemine göre hasta bireyin başının altına bir yastık yerleştirilir ve beldeki kasların rahatlaması için dizler bükülmeden hafif yükseltilir. Dizlerin altına yastık koyarak femoral damarlarda tromboflebit gelişmesi önlenmelidir.
- Hastanın sırtüstü ve düz yatarak spinal kolonun düz tutulması ve insizyon yerinin gerilmesinin önlenmesi gereklidir.
- Hasta birey yan yatarken dizinin aşırı bükülmesini önlemek için bacaklarının arasına yastık/ battaniye yerleştirilebilir.
- Hemostazı sağlamak için hasta ilk bir saat düz yatırılmalı ve döndürülmemelidir. Daha sonra iki saat ara ile yatak içi dönme sırasında bel bölgesine basıncın önlenmesi için bir bir yandan bir yana bütün olarak güvenli dönmesi desteklenmelidir. Dönme esnasında fleksiyon, ekstansiyon, bükme gibi kalçanın ve omurganın stabilizasyonunu bozan hareketlerden ve zorlamalardan kaçınmanın ameliyat bölgesini korumada önemi vurgulanmalıdır.
- Lomber füzyon ameliyatı yapıldıysa greftli bölgenin hareketsiz kalması sağlanmalıdır. İlk bir saatten sonra, hasta dört saatte bir ve daha sonra her iki saatte bir, bir tarafından diğer tarafına döndürülmelidir.
- Ameliyatta durada yırtılma olup dura tamir edildiyse, duranın insizyon hattındaki dikişlerden serebrospinal sıvının sızıntı riski azalınca kadar hastanın düz yatması sağlanmalıdır. BOS sızıntısından kaynaklanan baş ağrılarına karşı hemşire uyanık olmalıdır.
- Hastanın cerrahi sonrası erken dönemde defekasyon dışında oturması önlenir.
- Hastanın ameliyat sonrasında erken mobilizasyonu sağlanır. Hasta mobilize olmadan önce yatakta yan döndürülür, üstteki eliyle yatağı iterek oturtulurken aynı esnada bacakları hemşire ya da bir aile üyesi tarafından yavaşça aşağıya indirilerek serbest bırakılmalıdır.

- Hasta ve yakınlarına yardımla ya da yardımsız yatakta dönme, yataktan kalkma veya sandalyeye geçme hareketleri gösterilip, uygulanmalıdır. Yatak içinde dönerken ya da yataktan kalkarken yatak kenarlıklarının kullanımı vertebralarda bükülmeye neden olabileceğinden kullanılması önerilmemektedir.
- Vertebraları desteklemek için yatak içinde ve yatak dışında korse giymesi sağlanmalıdır.
- Hastanın her iki ekstremitelerinin; dolaşım, hareket, duyu, renk, sıcaklık ve nabız varlığı yönünden nörovasküler değerlendirmesi yapılır. Hastadan ekstremitelerini hareket ettirmesi istenerek motor gücü, hastanın ekstremitelerine hafifçe dokunarak uyuşma, karıncalanma gibi sinir hasarını işaret eden belirtiler yönünden değerlendirilir.
- Venöz dönüşü sağlamak için hastaya antiembolitik çorap giydirilir.
- Hastada derin ven trombozu gelişme riski nedeniyle Homan's bulgusunun göstergeleri olan bacakta şişme ve solukluk ile ödem ve dispne takibi yapılır.
- Hastada varsa dren ve pansuman takibi yapılır. Yara yerinde akıntı ve serebrospinal sıvı sızması durumu değerlendirilir. Hastaya eğer, kendisinden kemik grefti alınarak spinal füzyon yapılmışsa, donör alanı ayrıca gözlenmelidir.
- Hastanın özel bir diyet gereksinimi olmamakla birlikte konstipasyonu önlemek için yeterli sıvı ve lifli gıda alımı sağlanır.
- Hastaya, dışkılama sırasında ıkınmaması gerektiği, ıkınmanın ağrıya ve beyin omurilik sıvısının basıncının artmasına neden olarak kafa içi basıncını arttırabileceği hastaya açıklanmalıdır.
- Hasta; kanama, hematoma, alt ekstremitelerde ödeme bağlı parestezi ile duyu ve motor kayıplar, anal sfinkter kaybı ya da üriner retansiyon (cauda equina), paralizisi, düşük ayak gibi komplikasyonlar yönünden izlenir. Bu durumlar sinir kökü hasarının göstergesi olabileceğinden, karşılaşıldığında acilen hekime haber verilmelidir (Akyolcu ve Uğraş, 2017; Akyüz, 2015; Bayraktar, 2016; Çetinkaya, 2015; Erkal, 2006; Miller, 2015; Öktenoğlu ve Özer, 2016; Özbayır, 2014; Öztekin ve Sunal, 2015; Weaver, 2015).

2.4.2 Lomber Disk Hernisi Ameliyatı Sonrası Ağrı ve Hasta Memnuniyeti

LDH cerrahisi sonrası ağrı, hastaya rahatsızlık vererek hastanın memnuniyetsizliğine neden olan, beklenen ancak istenmeyen bir durumdur. Hastanın ağrısının giderilmesi ya da hafifletilmesi, hastayı erken ayağa kalkmaya cesaretlendirerek iyileşmeyi hızlandırır ve cerrahinin başarılı olmasına katkıda bulunarak hastanın memnuniyet düzeyini yükseltir (Ay ve Alpar, 2010; Kayrakçı ve Özşaker, 2014; Murola ve ark., 2007). Bu nedenle LDH cerrahisi sonrası ağrı; çözümüne öncelik verilmesi gereken bir sorundur.

Ağrının başarılı bir şekilde yönetilmesi ve kontrol altına alınabilmesi için atılacak ilk ve en zor adım; doğru ve etkin bir ağrı tanılmasıdır (Aslan ve Öntürk, 2015; Çöçelli ve ark., 2008). Kanıta dayalı olarak elde edilen doğru ve eksiksiz verilere göre yapılan ağrı tanılması, ağrı yönetiminin birçok basamağında devam eden bir süreçtir. Çünkü ağrının değerlendirilmesi, tanılamadan elde edilen verilerin sürekliliği ile sağlanabilir.

Çok boyutlu ve karmaşık doğası nedeniyle ağrının yönetiminde multidisipliner yaklaşım gerekmektedir. Cerrahi sonrası ağrı yönetiminde; disiplinlerarası sağlık profesyonellerinden oluşan ekibin içinde, hemşirenin hastayla en çok zaman geçiren sağlık personeli olması sebebi ile hemşirenin rolü diğer üyelerden ayrı ve önemlidir. Hemşirenin hastayla daha fazla zaman geçirmesi, hastanın ağrı deneyimini, ağrıyla baş etme sürecini ve yapılan ağrı tedavisine yanıtını daha yakından gözlemlemesini sağlamaktadır (Aygın ve Var, 2012; Ersek ve ark., 2007). Hemşirenin ekip içinde bulunduğu bu nokta, kendi eğitiminin ve bağımsız fonksiyonlarının bir parçası olan; hastaya ilaç dışı fiziksel, bilişsel, davranışsal ağrı ile başa çıkma stratejilerini öğretmesini gerektirmektedir. Hekim tarafından planlanan ağrıya yönelik ilaç tedavisini doğru ve uygun şekilde uygulaması ve hastanın tedaviye yanıtını ölçerek değerlendirmesi ile ağrı nedeniyle gelişebilecek komplikasyonları erken dönemde fark ederek hekime haber vermesi gibi sorumluluklar yüklemektedir (Aslan ve Badır, 2005; Ay ve Alpar, 2010; Aygın ve Var, 2012; Çöçelli, 2007; Dikmen, 2013).

LDH cerrahisi sonrası ağrı kontrolünün tek başına ilaç dışı yöntemlerle sağlanması beklenmez. Ancak farmakolojik ajanlarla birlikte uygulanan; gevşeme egzersizleri, terapötik dokunma, müzik ve konuşma terapisi gibi ilaç dışı yöntemlerin

analjezik kullanım miktarını azalttığı ve etkili bir ağrı yönetimi sağladığı yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (Özer ve ark.,2006; Prevost, 2005).

Günümüzde Sağlık Bakım Organizasyon Komitesi (JCHAO) tarafından beşinci yaşam bulgusu olarak kabul edilen ağrının yönetilmesi hemşirelik bakımının kalitesinin en önemli göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir. Hemşireler ağrı yönetiminde ağrıyı tanılama, değerlendirme, izleme, tedavinin etkinliğini değerlendirme ve hastanın yaşam kalitesini yükselterek memnuniyetini arttırma gibi önemli sorumluluklara sahiptir. Bununla birlikte hekimin planladığı farmakolojik tedaviyi uygulamak, ağrının giderilmesinde bağımsız olarak uygulama yetkisine sahip olduğu kanıtı dayalı ilaç dışı yöntemleri kullanarak hastaların ağrılarını gidermek hemşirenin diğer sorumluluğudur. Bu nedenle doğru bilgiye ve bunu uygulama becerisine sahip olmaları hemşirelerden beklenen önemli sorumluluklar arasındadır (Aygın ve Var, 2012; Çöçelli, 2008; Khorsid ve Yapucu, 2005).

Hasta Memnuniyeti: Hasta bireyin ya da hizmetten yararlanan kişilerin hizmetin kendisinden, sunulmuş biçiminden ve hizmetin verildiği ortamdan (temizlik, düzen, mahremiyet) hoşnut olması olarak tanımlanmaktadır. Hizmeti alan hasta bireylerin sorunların çözümüne yönelik kendilerine özel planlanmış bakımın sonuçlarını algılaması ve hizmetten bekledikleri faydaların karşılanması ile ilişkili karmaşık bir kavram olan hasta memnuniyeti; farklı bireyler tarafından farklı zamanlarda, hatta aynı bireyler tarafından farklı zamanlarda değişik şekillerde tanımlanabilir (Acaroğlu ve ark., 2007; Aksakal ve Bilgili, 2004; Algier ve ark, 2005; Koşgeroğlu ve ark, 2005; Yılmaz, 2001).

Hasta memnuniyeti; hasta bireyin aldığı hizmetin, yaşam tarzı ile sosyoekonomik durumuna, alışkanlıklarına, geçmiş yaşantıları, gelecekte beklenenleri, kişilerin aileden gelen kültürü ve değerleri gibi birçok etkenle uyumuna bağlı bir fonksiyondur (Acaroğlu ve ark., 2007; Aksakal ve Bilgili, 2004; Özer ve ark., 2009; Tükel ve ark., 2004; Yılmaz, 2001). Beklentilerle yakın ilişkisi olduğu düşünülen hasta memnuniyeti kavramıyla ilgili yapılan araştırmalar; bilgisi yetersiz olan ve beklentisi fazla olmayan hastaların memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğunu, bununla birlikte sağlıkla ilgili bilgi ve deneyimi ya da beklentisi yüksek olan hasta bireylerin daha az memnun olduklarını göstermektedir (Algier ve ark., 2005; Koşgeroğlu ve ark., 2005).

Hasta memnuniyeti ile ilgili yapılan çalışmalar hasta memnuniyetinin özünü büyük oranda hasta-hemşire ilişkisinin oluşturduğunu göstermektedir (Demirtaş, 2004; Koşgeroğlu, 2005). Bu durumun nedeni; hastaların bakım ve tedavi gereksinimlerini karşılama görevi nedeniyle günün her anında hastayla beraber olan hemşirelerin, hastanın tanı ve tedavi işlemleri ile bu işlemlerin hasta bireyi nasıl etkilediğini yakından gözlemlemesine, bireylerin sağlığını sürdürme ve iyileştirilmesinde temel sorumluluğu olmasına bağlanmaktadır (Aksakal ve Bilgili, 2004; Tzeng, 2002 Yılmaz, 2001).

Hastalar tedavileri ve durumları ile ilgili yeterince bilgilendirildiklerinde değerli olduklarını hissetmektedirler ve kendilerine hizmet veren sağlık personeline daha fazla güvenmektedirler. Böylece işbirliğine ve sağlık personelinin önerilerine uymakta daha istekli olmaktadır (Acaroğlu ve ark., 2007). 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 (Akın ve Erdoğan, 2007; Aksakal ve Bilgili., 2004; Algier ve ark., 2005; İçyeroğlu ve Karabulutlu, 2011; Koşgeroğlu, 2005; Özer ve ark., 2009). Hastaların hemşirelik hizmetlerinden hoşnutluğunu belirleyen etmenler arasında, hemşirenin nezaketi, saygısı ve anlayışı ile olumlu tavrı, teknik becerisi, dostça ama profesyonel olan cesaret verici iletişim tarzı, ulaşılabilirliği, duygusal desteği, bakımın sürekliliği, ağrının giderilmesi, mahremiyete önem verilmesi, hastanın karar verme sürecine dahil edilmesi, doğru ve net bilgilendirilme ve eğitim yer almaktadır (Demir ve Eşer, 2007; Turhan ve ark., 2012).

Yapılan çalışmalar ağrı yönetimi ile hasta memnuniyeti arasında sıkı bir bağlantı olduğunu göstermektedir. Hasta memnuniyeti ağrı yönetiminin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (Chow ve ark., 2009; Glowacki., 2015; Liu ve ark., 2012; Wadenstein ve ark., 2011). Hasta memnuniyetini ölçmek amacıyla yapılan çalışmalarda, hastanın ağrı yönetiminden duyduğu memnuniyetin sorgulandığı sorular yapılan çalışmaların özünü oluşturmaktadır. Geçmiş dönemlerde yapılan çalışmalarda hastalar, hoşnutsuzluklarının en önemli nedeninin yetersiz ağrı tedavisi olduğunu belirtmişlerdir (Desbiens ve ark., 1996; Whelan ve ark., 2004). Hastane ortamında ağrıyı yönetmek için kanıta dayalı uygulamaların kullanımı hayati bir öneme sahiptir.

Kanıtla dayalı uygulamaların ağrı yönetiminde kullanımı; tedavinin verimliliğini ve etkinliğini artırarak tedavi sonuçlarını ve bakımın kalitesini iyileştirmektedir. Haugli ve ark. (2004) yaptıkları çalışmada hastanede yattıkları süre boyunca hastaların ağrı kontrolü ile ilgili beklentileri yeterince karşılanmadığında kanıtla dayalı ağrı tedavisi alsalar bile daha düşük memnuniyet puanına sahip olduklarını göstermişlerdir. 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.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, LDH ameliyatı olmuş hasta bireylerin ameliyat sonrası erken dönemde ağrı deneyimlerini ve ağrı yönetiminden duydukları memnuniyeti belirlemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır.

Araştırmanın Hipotezleri

H0: LDH ameliyatı geçiren hastalar ameliyat sonrası ağrının giderilmesinden memnun değildir.

H1: LDH ameliyatı geçiren hastalar ameliyat sonrası ağrının giderilmesinden memnundur.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın kesitsel olması, tek bir merkezde yapılması ve sadece yatan hastalarla yürütülmesi araştırmanın sınırlılıkları içerisinde yer almaktadır.

3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Bursa ili içerisinde yer alan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nilüfer Ek Binası Cerrahi Kliniğinde yapılmıştır.

Cerrahi kliniği; nöroşirürji ve ortopedi ağırlıklı olmak üzere, üroloji, genel cerrahi branşlarının hastalarına ameliyat sonrası hizmet vermekte olan 22 yatak kapasiteli ve toplamda 5 hemşirenin görev yaptığı bir klinikdir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 2016 yılı içinde SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nilüfer Ek Binası Cerrahi kliniğinde Lomber Disk Hernisi (LDH) ameliyatı geçiren hastalar (N=360) oluşturmuştur.

Türk toplumunda LDH prevalansının %60-80, insidansının ise %5 olduğu göz önüne alınarak Raosoft örneklem hesaplama formülü kullanılarak G-Power istatistik analizi ile %5 hata ve 0,5 olasılıkla örneklem büyüklüğü 187 olarak hesaplanmıştır.

Araştırmanın örneklemini 8 Mayıs-8 Kasım 2017 tarihleri arasında SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nilüfer Ek Binası Cerrahi kliniğinde yatan ve örnekleme dahil edilme kriterlerine uyan, araştırmaya katılmayı kabul eden ve ameliyat sonrası dönemde en az 24 saat klinikte yatan hastalar (n=187) oluşturmuştur.

Örnekleme dahil edilen hastalarda aşağıda belirtilen kriterler dikkate alınmıştır:

Bölgesel veya genel anestezi ile laminektomi veya mikrodiskektomi yöntemiyle LDH ameliyatı olan, ameliyat sonrası dönemdeki ilk 24 saatini klinikte geçirmiş olan, araştırmaya katılmaya gönüllü, 18 yaş ve üzerinde olan, koopere ve iletişim kurulabilen, işitme problemi olmayan, Türkçe konuşabilen ve anlayabilen hastalar oluşturmuştur.

Füzyon ve stabilizasyon ameliyatı olan hastalar, ameliyat sonrası kesin yatak istirahatı önerilen hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.4 Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımsız değişkenler:

Hastalara ilişkin demografik veriler (yaş, cinsiyet, BKİ, medeni durum, sosyal güvence ve ekonomik durum)

Hastalığa ve sağlığa ilişkin değişkenler; kronik hastalık varlığı, kronik hastalığa bağlı ilaç kullanımı, sigara, alkol ve kafeinli içecek (kahve-çay) tüketimi, daha önceki ameliyat geçirme durumu, evde sürekli ağrı kesici kullanımı, bel fıtığıyla yaşanan süre, ameliyat öncesi ağrıyı tanımlamaları, ameliyat olmaya karar vermedeki en büyük etken, evde bel ağrısı olduğunda yapılan ilk şey, ameliyatın süresi, ameliyatta kullanılan anestezinin türüdür.

Bağımlı değişkenler:

Araştırma kapsamındaki hastaların ağrı deneyimleri ve ağrı yönetiminden duydukları memnuniyet puanları, cerrahi sonrası istemi yapılan analjezik(ler) ve cerrahi sonrası hastanede kalış süresidir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Çalışma verilerinin toplanmasında aşağıda belirtilen veri toplama araçları kullanılmıştır.

- Bilgi Toplama Formu (EK I)
- Ameliyat Sonrası Ağrının Giderilmesinde Hastaya Verilen Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği (EK II)
- Hasta İzlem Formu (EK III)

3.5.1 Bilgi Toplama Formu

Araştırmacı tarafından alanyazın ışığında hazırlanan bilgi toplama formu; bireye yönelik sosyo-demografik özellikler (1-5. sorular) ile sağlığa hastalığa ilişkin özellikler (6-15. sorular) ve ameliyat sonrası ilaç tedavisine ilişkin uygulamalar (5 soru) olmak üzere iki bölümden ve toplamda 20 sorudan oluşmaktadır. Sosyo-demografik veriler ile sağlık ve hastalığa ilişkin özellikler (1-15. sorular) hastalarla yüz yüze görüşme yöntemi ile LDH ameliyatı sonrası hastalara uygulanan ağrı kesiciler ile ilgili bilgiler (16-20. Sorular) hasta dosyasından toplanılmıştır.

Sağlığa-Hastalığa İlişkin Özellikler: Bu bölümde ilaç kullanımını gerektiren kronik hastalıklar, hastaların alışkanlıkları (sigara, alkol kullanma durumu, kafeinli içecek (çay, kahve) tüketme durumu, daha önce ameliyat geçirme durumu, sürekli ağrı kesici kullanma durumu, bel fıtığı ağrısıyla yaşanan süre (ay/yıl), ameliyat olmadan önce yaşadıkları ağrıyı tanımlamaları, ameliyat olmaya karar vermedeki en büyük etken ve evde bel ağrısı olduğunda yapılan ilk şeyin ne olduğu gibi sorular yer almaktadır.

Ameliyat Sonrası İlaç Tedavisine İlişkin Bilgiler: Hastanın tanısı, ameliyat süresi, ameliyatta kullanılan anestezi çeşidi, ameliyat sonrası istemi yapılan analjezik(ler) ve ameliyat sonrası hastanede kalış süresinin yer aldığı bölümdür.

3.5.2 Ameliyat Sonrası Ağrının Giderilmesinde Hastaya Verilen Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği

Hamrin, Sjöström ve arkadaşlarının 2001 yılında geliştirdiği orijinal adı “Strategic and Clinical Quality Indicators in Postoperative Pain Management Questionnaire” olan ve Türkçe’ye “Ameliyat sonrasında Ağrının Giderilmesinde Hastaya Verilen Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi” şeklinde uyarlanan ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Vatansever & Akansel (2014) tarafından yapılmıştır.

Ölçek toplamda 19 sorudan oluşan ve hastaların ameliyat sonrası ağrılarının giderilmesinden ne kadar memnun olduklarını belirlemeye yönelik olarak geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçeğin değerlendirilmesinde 14 maddenin toplam puanı kullanılmaktadır. Ölçeğin ilk 14 maddesi 5 li likert tipi (1: Kesinlikle katılmıyorum, 5: Kesinlikle katılıyorum) sorulardan oluşmaktadır. Ölçekten elde edilen toplam en düşük puan 14 en yüksek puan 70’dir. Ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması hastanın; ameliyat sonrası ağrının giderilmesinde kendisine verilen bakımın kalitesini yüksek olarak algıladığını ve memnuniyetinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekte, ayrıca genel hasta memnuniyeti (2 soru) ile ağrı yoğunluğunu (3 soru) araştıran 5 soru daha bulunmaktadır.

3.5.3 Hasta İzlem Formu

Hastaların ameliyat sonrasındaki ilk 24 saatlik dönemde ölçülen ateş, nabız, solunum, tansiyon, ağrı şiddetinin kaydedildiği formdur. Bu formdaki veriler hastaya ait hasta dosyasında yer alan hemşire gözlem formundan doldurulmuştur.

Çalışmada toplam soru sayısı 39’dur ve soruların cevaplama süresi ortalama olarak 25-30 dakikadır.

3.6 Veri Toplama Yöntemi

Çalışma kapsamına alınan hastalara araştırma hakkında bilgi verilerek, araştırma için yazılı izinleri alınmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında bilgi toplama formunun ilk bölümü ile “ameliyat sonrasında ağrının giderilmesinde hastaya verilen bakım kalitesinin değerlendirilmesi ölçeği”nde yüz yüze görüşme tekniği kullanılmıştır. Bilgi toplama formunun ikinci bölümü ile hasta izlem formundaki veriler hastanın dosyasından toplanmıştır.

3.7 Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi Statistical Package Social Science (SPSS) 23 paket programında yapılmıştır (IBM SPSS, 2015).

Hastalara ait tanımlayıcı veriler sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma (Ss) şeklinde verildi. İstatistiksel analizlerde; farklılıkları değerlendirmek için Sample T testi, Anova, Mann Whitney U, Kruskal Wallis, Friedman testi; ilişkileri belirlemek için Pearson korelasyon katsayısı analizi kullanıldı.

3.8 Etik Açıklamalar

Araştırmanın yürütülmesi için Uludağ Üniversitesi Tıp Fakóltesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan izin alındıktan sonra araştırmanın yapılacağı SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Bařhekimlięi'nden kurum izni alındı. Ameliyat sonrasında ağrının giderilmesinde hastaya verilen bakım kalitesinin değerlendirilmesi ölçeğinin izni yazarlarından alındı. Araştırma kapsamına alınan hastalara çalışmanın amacı araştırmacı tarafından açıklanıp katılımları için yazılı ve sözlü onamları alındı.

3.9 Araştırmaya Sağlanan Destek

Araştırmanın yürütülmesinde herhangi bir maddi destek alınmamıştır.

4.BULGULAR

Bu bölümde; LDH ameliyatı olan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde yaşadıkları ağrı deneyimleri ve ağrı yönetiminden duydukları memnuniyeti belirlemek amacıyla yürütülen çalışmadan elde edilen veriler 4 grupta toplanarak tablolar şeklinde verilmiştir.

4.1. Hastaların Bireysel Özellikleri

4.2. Hastaların Ameliyat Sonrası Ağrının Giderilmesinde Hastaya Verilen Bakımın Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puanlarının İncelenmesi

4.3. Hastaların Ağrı Puanlarının İncelenmesi

4.4. Hastaların Ağrı Yönetiminden Duydukları Memnuniyete İlişkin Puanların İncelenmesi

4.1 Hastaların Bireysel Özellikleri

Araştırma kapsamına alınan hastaların bireysel özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1’de verilmektedir.

LDH ameliyatı olan hastaların yaş ortalaması (ort±Ss) 48,60±12,01 yıl, boy ortalaması (ort±Ss) 167,32±8,81 cm, kilo ortalaması (ort±Ss) 77,35±12,04 kg, beden kitle indeksi (ort±Ss) 27,60±4,30 ‘dur.

Hastaların %50,8’inin kadın, %50,8’inin 30-50 yaş aralığında olduğu, %92’sinin evli olduğu, %85,6’sının gelirinin giderine eşit, %96,3’ünün sosyal güvencesinin bulunduğu görülmektedir. Hastaların %41,2’sinin fazla kilolu olduğu, %44,4’ünün kronik hastalığa sahip olduğu hastalarda en sık görülen (%33,6) kronik hastalığın ise hipertansiyon olduğu saptandı (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Hastalara Ait Bireysel Özelliklerin Dağılımı (n=187)

	X±SS	Min-Max
Yaş	48,60±12,01	18-85
Boy	167,32±8,81	145-190
Kilo	77,35±12,04	48-125
Beden Kitle İndeksi	27,60±4,30	17,68-38,57
Tanıtcı Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	95	50,8
Erkek	92	49,2
Yaş		
18-29 yaş	7	3,7
30-50 yaş	95	50,8
51 yaş ve üzeri	85	45,5
Beden Kitle İndeksi DSÖ		
Zayıf-Normal	56	29,9
Fazla kilolu	77	41,2
Obez -Morbid obez	54	28,9
Medeni Durum		
Evli	172	92
Bekar	15	8
Sosyal Güvence		
Var	180	96,3
Yok	7	3,7
Kronik Hastalık		
Var	83	44,4
Yok	104	55,6
Var olan kronik hastalık*		
HT	45	33,6
DM	23	17,2
Astım	10	7,5
KAH	9	6,7
Diğer**	37	35
Gelir Durumu		
Gelir-giderden az	20	20,7
Gelir-gidere denk	160	85,6
Gelir-giderden fazla	7	3,7

*Soruya birden fazla cevap verildiğinden yüzdeler kronik hastalığı olan kişi sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

**Migren, Depresyon, Guatr, Panik Atak, Aritmi, Huzursuz Bacak Sendromu, Talesemi/Anemi, RA/AS Reflü/Gastrit, Krc Hastalığı, Vertigo, Behçet, BPH, Hepatit B, KOAH, KKY, Uyku apnesi

Tablo 4.2. Hastaların Yaşam Alışkanlıklarının Dağılımları (n=187)

Alışkanlıklar	n	%
Sigara içme		
Evet	75	40,1
Hayır	112	59,9
Alkol kullanma		
Evet	7	3,7
Hayır	180	96,3
Kahve içme		
Evet	35	18,7
Hayır	152	81,3
Çay İçme		
Evet	151	80,7
Hayır	36	19,3

Günde	X±SS	Min-Max
İçilen sigara (adet)	7,05±10,42	0-50
İçilen alkol (kadeh)	0,06±0,31	0-2
İçilen kahve (fincan)	0,27±0,65	0-4
İçilen çay (bardak)	4,95±4,80	0-40

LDH ameliyatı olan hastaların alışkanlıkları incelendiğinde %40,1'inin sigara kullandığı, gün içerisinde içilen sigara adedinin 7,05±10,42 olduğu saptandı. Hastaların %96,3'ünün alkol kullanmadığı, %81,3'ünün kahve içme alışkanlığının olmadığı, %80,7'sinin düzenli çay içme alışkanlığının olduğu ve hastaların gün içerisinde ortalama 4,95±4,80 bardak çay içtiği belirlendi (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Hastaların ağrı deneyimini etkileyebilecek değişkenlerin (ameliyat öncesi hastalık özelliklerinin) dağılımı

Özellikler	X±SS	Min-Max
LDH nedeniyle ağrı yaşanan süre (yıl)	5,58±6,88	0,08-45,0
	n	%
Ameliyat geçirme durumu		
Evet	111	59,4
Hayır	76	40,6
Geçirilen ameliyatlar*		
Lomber disk hernisi	35	22,0
Sezeryan (CS)	16	10,1
İnguinal herni	9	5,7
Apendektomi	8	5,0
Anjio	8	5,0
Miyomektomi	7	4,4
Meniskopati	7	4,4
Diğer**	97	43,4
LDH ameliyatı geçirme durumu		
Evet	35	18,7
Hayır	152	81,3
Ameliyat Öncesi Ağrı kesici kullanma durumu		
Evet	98	52,4
Hayır	89	47,6
Kullanılan ilaç türü		
NSAİ	78	63,4
Kas gevşetici	18	15,0
Parasetamol	9	7,4
Bilinmiyor	5	4,1
Diğer***	11	10,1
LDH nedeniyle ağrı yaşanan süre		
<1 yıl	75	40,1
1-6 yıl	53	28,3
6< yıl	59	31,6

*Soruya birden fazla cevap verildiğinden yüzdeler ilaç kullanan-ameliyat olan kişi sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

** tiroidektomi (n=5), katarakt (n=3), rinoplasti (n=4), tüpligasyon (n=1), kolesistektomi (n=5), TDP (n=2), sakral kistektomi (n=2), lipom alınması (n=6), göz aml (n=4), p.sinüs (n=5), histrektomi (n=6), stabilizasyon (n=1), CDH (n=5), bypass (n=2), hidrosel (n=1), gis aml (n=3), kbb (n=5), prostatektomi (n=3), hemoroidektomi (n=4), meme (n=3), akc. (n=1), varikozel (n=1), tetik parmak (n=1), umb. herni (n=2), TAH+BSO (n=4), KTS (n=2), mesane (n=1), anorektal (n=1)

*** Antiinflatuar (n=3), Antiepileptik (n=4), Opioid (n=2), Nonnarkotik analjezik (n=1), Antibiyotik (n=1)

LDH ameliyatı olan hastaların ağrı deneyimini etkileyebilecek ameliyat öncesi değişkenlerin dağılımı incelendiğinde; hastaların %59,4'ünün geçmiş ameliyat deneyiminin bulunduğu, hastaların %18,7'sinin daha önceden LDH ameliyatı geçirdiği saptandı. Hastaların %52,4'ünün bel ağrısı nedeniyle ağrı kesici kullandığı, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçların (NSAİ) en sık (%63,4) kullanılan ağrı kesiciler olduğu görülmektedir. Hastaların %40,1'inin LDH nedeniyle bir yıldan daha kısa süredir ağrı yaşadığı öne çıkan bulgular arasındadır (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Hastaların ağrı deneyimini etkileyebilecek değişkenlerin dağılımı (Tablo 4.3'ün Devamı)

Özellikler	n	%
Ağrının Özelliği		
Batıcı	95	50,8
Yanıcı	15	8,0
Oyulur gibi	17	9,1
Saplanıcı	16	8,6
Elektrik çarpar gibi	13	7,0
Diğer*	31	16,5
Ameliyat olmaya karar vermedeki etkenler		
Ağrı çekmek	66	35,3
Günlük işleri yapmakta zorlanmak	21	11,2
Hareketlerin kısıtlanması	67	35,9
İş yaşantısının engellenmesi	33	17,6
Evde bel ağrısı olduğunda uygulanan ilk şey		
Sert bir zemine uzanmak	112	59,9
Ağrı kesici içmek	32	17,1
Masaj	19	10,2
Yürütmek	6	3,2
Egzersiz yapmak	5	2,7
Bacakları yükseltmek	4	2,1
Diğer**	9	14,8

* kasıcı (n=8), karıncalanma (n=6), kramp (n=2), zonklayıcı (n=4), çekilir gibi (n=2), künt (n=1), kazınır gibi (n=5), kopar gibi (n=3)

**Oturmak (n=1), bele kuşak sarmak (n=1), viksle ovalamak (n=1), ayağa sıcak su torbası koymak (n=2), emeklemek (n=1), doktora gitmek (n=1), hiçbir şey (n=1), balık yağı içmek (n=1)

Araştırmaya dahil edilen hastaların %50,8'i LDH nedeniyle yaşadıkları ağrının niteliğini batıcı olarak tanımlamıştır. Hastaların %35,9'unun LDH ameliyatı olmaya karar vermelerindeki en büyük etkenin hareketlerinin kısıtlanması olduğu, %59,9'unun evde bel ağrısı deneyimlediklerinde uyguladıkları ilk şeyin sert bir zemine uzanmak olduğu görülmektedir (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Hastaların ağrı deneyimini etkileyebilecek ameliyat sonrasına ilişkin değişkenlerin (hastalık özelliklerinin) dağılımı

Özellikler	X±SS	Min-Max
Ameliyat süresi (saat)	1,57±0,55	0,45-3,40
Hastanede kalma süresi (saat)	35±16,2	24-96

	n	%
Ameliyat süresi		
0,45-2 saat	148	79,1
2,01-3,40 saat	39	20,9
Hastanede kalınan süre	131	70,0
24-36 saat	37	19,8
37-48 saat	19	10,2
49-96 saat		
Kullanılan anestezi çeşidi		
Genel	163	87,2
Spinal	24	12,8
Ameliyat sonrası uygulanan analjezik türü*		
NSAİ	186	97,3
Parasetamol	2	1
Antiepileptik	2	1
Opioid	1	0,7
İlaç dozu		
2x1	187	100
Beklenenden fazla ağrı		
Evet	52	27,8
Hayır	135	72,2

* 2 hasta ek analjezik talebinde bulunmuştur.

LDH ameliyatı olan hastaların ağrı deneyimini etkileyebilecek ameliyat sonrası değişkenler incelendiğinde; ortalama ameliyat süresinin 1,57±0,55 saat olduğu, hastaların %79,1'inin ameliyatının iki saatten az sürdüğü belirlendi. Hastaların ameliyat sonrası hastanede ortalama kalış süresi 35±16,2 saattir ve %70,1'i ameliyat sonrası hastanede 24-36 saat arası kalmıştır.

Hastaların %87,2'sine ameliyat sırasında genel anestezi verildiği, ameliyat sonrası hastaların %97,3'üne NSAİ türevi analjezik uygulandığı, hastalara verilen analjeziklerin tamamının (%100) IV yoldan ve günde 2 doz olarak uygulandığı belirlendi. Hastaların %27,8'inin ameliyat sonrasında beklediklerinden daha fazla ağrı deneyimlediklerini saptandı (Tablo 4.5).

4.2 Ameliyat Sonrası Ağrının Giderilmesinde Hastaya Verilen Bakımın Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puanlarının İncelenmesi

Tablo 4.6. Ameliyat Sonrası Ağrının Giderilmesinde Hastaya Verilen Bakımın Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği Toplam Puan Ortalaması ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları (n=187)

Soru	Puan Aralığı	X±SS (Min-Max)
Toplam Ölçek Puanı 14	14-70	51,44± 6,61 (32-69)
Alt Ölçekler		
Hemşirelik Girişimleri 7	7-35	27,70±4,23 (14-35)
Ağrı Yönetimi 5	5-25	13,95±3,29 (6-24)
Çevre 2	5-10	9,79±0,54 (8-10)

Araştırma kapsamına alınan hastaların “Ameliyat Sonrası Ağrının Giderilmesinde Hastaya Verilen Bakımın Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği” toplam puan ortalaması 51,44±6,61 (14-70)’ dir. Ölçeğin alt boyutlarından hemşirelik girişimlerinin puan ortalaması 27,70±4,23 (7-35), ağrı yönetimi alt boyutunun puan ortalaması 13,95±3,29 (5-25), çevre alt boyutunun puan ortalaması ise 9,79±0,54 (5-10)’ tür . Ölçekten alınan puan ortalamaları ve alt ölçekten alınan puanlar tablo 4.6 ‘da verilmektedir.

Tablo 4.7’de araştırmaya dahil edilen hastaların her bir ölçek maddesine verdikleri puanların sayı ve yüzdeleri verilmiştir. Buna göre; maddelere verilen olumsuz cevap (1-2 puan) oranı %0-%89,3 arasında, olumlu cevap oranı ise (4-5) %8-%100 arasında değişmektedir. Ölçeğin hemşirelik alt boyutuna ait maddelere verilen puanlar incelendiğinde; hastaların tamamına yakınının (%92) “Hemşire ve doktorlar ağrının tedavi edilmesi konusunda birbirleri ile işbirliği içindeler.” maddesine, (%87,2)’sinin “Hemşireler ağrının giderilmesi konusunda bilgililer ve hemşirelere ağrımdan bahsettiğimde bana inanıyorlar.” maddelerine katıldıkları görülmektedir. Bununla birlikte hastaların yarısından fazlasının (%51,9) “Derin derin soluk alıp verdiğimde, oturduğumda veya etrafta hareket ettiğimde sağlık personeli bana ağrımın olup olmadığını sordu.” ifadesine katılmadıkları belirlendi.

Tablo 4.7. Hastaların Ameliyat Sonrası Ağrının Giderilmesinde Hastaya Verilen Bakımın Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği'nin 1-14 Maddesine Verdikleri Puanların (5 puanlık skala 1-5) Yüzelik Ve Frekanslarının Ölçeğin Alt Gruplarına Ayrılarak Gösterilmesi (n=187)

Sorular	Puanlar*				
	1	2	3	4	5
Madde	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Alt boyut 1: Hemşirelik Girişimleri					
6.Derin derin soluk alıp verdiğimde, oturduğumda veya etrafta hareket ettiğimde sağlık personeli bana ağrımın olup olmadığını sordu.	80 (42,8)	17 (9,1)	26 (13,9)	80 (42,8)	17 (9,1)
8.Hemşireler, ben ağrımın giderilmesinden memnun oluncaya kadar, ağrı tedavisi ile bana yardımcı oldular.	8 (4,3)	5 (2,7)	23 (12,3)	86 (46)	65 (34,8)
10.Ağrı olduğunda ağrımın giderilmesi için hemen bana yardımcı olacak kadar yeterli sayıda çalışan hemşire vardı.	7 (3,7)	22(11,8)	20 (10,7)	75 (40,1)	63 (33,7)
11.Hemşireler nöbeti teslim aldıklarında ne kadar ağrım olduğunu ve aldığım ağrı tedavisi hakkında her şeyi biliyorlardı.	0(0)	1 (0,5)	19 (10,2)	84 (44,9)	83 (44,4)
12.Hemşireler ağrımın giderilmesi konusunda bilgililer.	0(0)	3 (1,6)	21 (11,2)	85 (45,5)	78 (41,7)
13.Hemşirelere ağrımdan bahsettiğimde bana inanıyorlar.	1 (0,5)	1 (0,5)	22 (11,8)	72 (38,5)	91 (48,7)
14.Hemşire ve doktorlar ağrımın tedavi edilmesi konusunda birbirileri ile işbirliği içindeler.	2 (1,1)	3 (1,6)	10 (5,3)	78 (41,7)	94 (50,3)
Alt boyut 2: Ağrı yönetimi					
1. Ameliyat öncesi, ameliyattan sonra bana önerilecek ağrı tedavisi hakkında bilgilendirildim.	67 (35,8)	6 (3,2)	15 (8)	69 (36,9)	30 (16)
2. Ameliyattan sonra, ağrımın nasıl tedavi edilmesini istediğim hakkında hemşire ile konuştum.	159 (85)	6 (3,2)	7 (3,7)	7 (3,7)	8 (4,3)
3.Ağrıdan kaçınmak ve yatakta en rahat pozisyonu bulabilmek için destek veya yardım aldım	11 (5,9)	3 (1,6)	12 (6,4)	105(56,1)	56 (29,9)
5.Her zaman ağrı kesici ilaç istemesem de, ağrı kesici ilaçlar bana verildi.	1 (0,5)	9 (4,8)	24 (12,8)	62 (33,2)	91 (48,7)
7.Sağlık personeli ağrımın şiddetini belirlemek için, en azından her sabah, öğleden sonra ve gece 1–10 arasında bir sayı ile ağrımı ifade etmemi söyledi.	162(86,6)	5 (2,7)	5 (3,2)	8 (4,3)	6 (3,2)
Alt boyut 3: Çevre					
4.Gece uyuyabilmem için sessizlik ve huzur dolu bir ortam sağlandı.	0	0	0	21 (11,2)	166(88,8)
9.Rahat bir odada kalıyorum.	0	0	0	17 (9,1)	170(90,9)

*Sorulara verilen 1-2 puan olumsuz, 4-5 puan olumlu yanıt olarak kabul edilmiştir.

Ölçeğin ağrı yönetimi alt boyutuna ait maddelerine verilen cevaplar incelendiğinde; hastaların %86'sının "Ağrıdan kaçınmak ve yatakta en rahat pozisyonu bulabilmek için destek veya yardım aldım." ifadesine katıldıkları görülmektedir. Hastaların tamamına yakınının (%89,3) "Sağlık personeli ağrımın şiddetini belirlemek için, en azından her sabah, öğleden sonra ve gece 1–10 arasında

bir sayı ile ağrımı ifade etmemi söyledi.” ile %88,2’sinin “Ameliyattan sonra, ağrımın nasıl tedavi edilmesini istediğim hakkında hemşire ile konuştum.” ifadelerine katılmadıkları saptandı.

Ölçeğin çevre alt boyutunun “Gece uyuyabilmem için sessizlik ve huzur dolu bir ortam sağlandı.” ve “Rahat bir odada kalıyorum.” maddelerine hastaların tamamının (%100) katıldığı görülmektedir.

Tablo 4.8 Ameliyat Sonrası Ağrının Giderilmesinde Hastaya Verilen Bakımın Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Bireysel Özellikler	n	%	Toplam puan X±SS (14-70)	Hemşirelik Girişimleri X±SS (7-35)	Ağrı yönetimi X±SS (5-25)	Çevre X±SS (5-10)
Cinsiyet						
Kadın	95	50,8	51,62±6,51	27,71±4,15	14,05±3,47	9,85±0,04
Erkek	92	49,2	51,27±6,75	27,68±4,34	13,84±3,11	9,73±0,06
t			t=0,360	t=-0,050	t=0,424	t=1,433
p			0,719	0,960	0,672	0,154
Yaş						
18-29 yaş	7	3,7	52,14±7,31	28,85±3,97	13,42±4,50	9,85±0,37
30-50yaş	95	50,8	51,86±6,61	27,90±4,04	14,12±3,62	9,83±0,47
51 yaş ve üzeri	85	45,5	50,92±6,61	27,37±4,47	13,80±2,79	9,75±0,61
X ²			X ² =0,595	X ² =0,879	X ² =1,598	X ² =0,385
p			0,743	0,644	0,450	0,825
BKİ DSÖ						
Zayıf-normal	56	29,9	53,26±6,86	28,75±3,92	14,75±3,87	9,76±0,57
Fazla kilolu	77	41,2	50,36±6,37	27,12±4,01	13,44±2,94	9,79±0,54
Obez-morbid obez	54	29,4	51,11±6,41	27,42±4,70	13,85±3,01	9,83±0,50
F			F=3,300	F=2,574	F=2,635	F=0,205
p			0,039*	0,079	0,074	0,815
Medeni Durum						
Evli	172	92	51,45±6,62	27,70±4,27	13,95±0,25	9,79±0,54
Bekar	15	8	51,33±6,76	27,60±3,85	13,93±0,91	9,80±0,56
Z			Z=-0,067	Z=-0,110	Z=-0,635	Z=-0,058
p			0,946	0,913	0,525	0,954
Sosyal güvence						
Var	180	96,3	51,36±6,68	27,59±4,24	13,97±3,34	9,80±0,53
Yok	7	3,7	53,57±4,50	30,42±2,93	13,42±1,71	9,71±0,75
Z			Z=-1,048	Z=-1,779	Z=-0,226	Z=-0,113
p			0,295	0,075	0,821	0,910
Kronik hastalık						
Var	83	44,4	51,79±5,76	27,77±4,03	14,18±2,88	9,84±0,48
Yok	104	55,6	51,17±7,24	27,64±4,40	13,76±3,59	9,75±0,58
t			t=0,638	t=0,203	t=0,848	t=1,077
P			0,525	0,839	0,398	0,283
Gelir durumu						
Gelir < giderden	20	20,7	49,95±7,06	27,10±4,29	13,05±3,40	9,80±0,52
Gelir=gidere	160	85,6	51,48±6,53	27,69±4,27	14,00±3,22	9,78±0,55
Gelir> giderden	7	3,7	54,85±6,84	29,57±2,76	15,28±4,49	10±0,00
X ²			X ² =2,382	X ² =1,692	X ² =3,027	X ² =1,163
p			0,304	0,429	0,220	0,559

F=ANOVA Z=Mann-Whitney U testi X²=Kruskal Wallis t=t testi

Tablo 4.8’de araştırmaya dahil edilen hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre hastaların ameliyat sonrasında ağrının giderilmesinde hastaya verilen bakım kalitesinin değerlendirilmesi ölçeği toplam puan ortalaması ve hemşirelik girişimleri, ağrı yönetimi ile çevre alt boyutlarının puan ortalamaları yer almaktadır. Araştırmada hastaların toplam ölçek puanları kadınlarda $51,62 \pm 6,51$, 18-29 yaş aralığındaki hastalarda $52,14 \pm 7,31$, zayıf-normal kilo aralığındaki hastalarda $53,26 \pm 6,86$, evli olan hastalarda $51,45 \pm 6,62$, sosyal güvencesi olmayan hastalarda $53,57 \pm 4,50$, geliri giderinden fazla olan hastalarda ($54,85 \pm 6,84$) ve kronik hastalığı olan hastalarda $51,79 \pm 5,76$ olarak hesaplandı.

Hastaların BKİ’leri ile ölçekten aldıkları toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0,003$). Hastalarda cinsiyet ($p=0,719$), yaş ($p=0,743$), medeni durum ($p=0,946$), sosyal güvence ($p=0,295$), gelir durumu ($p=0,304$), kronik hastalık ($p=0,525$) ile ölçekten aldıkları toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 4.8).

Araştırmada kadın ($27,71 \pm 4,15$), 18-29 yaş aralığında ($28,85 \pm 3,97$), zayıf-normal kilo aralığında ($28,75 \pm 3,92$), evli ($27,70 \pm 4,27$), sosyal güvencesi olmayan ($30,42 \pm 2,93$), geliri giderinden fazla olan ($29,57 \pm 2,76$), kronik hastalığı olan ($27,77 \pm 4,03$) hastaların ölçeğin hemşirelik girişimleri alt boyutunun puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlendi.

Hastalarda cinsiyet ($p=0,960$), yaş ($p=0,644$), BKİ ($p=0,079$), medeni durum ($p=0,913$), sosyal güvence ($p=0,075$), gelir durumu ($p=0,429$), kronik hastalık ($p=0,839$) ile toplam ölçek puanı ve hemşirelik girişimleri alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 4.8).

Araştırmada kadın ($14,05 \pm 3,47$), 30-50 yaş aralığında ($14,12 \pm 3,62$), zayıf-normal kilo aralığında ($14,75 \pm 3,87$), evli ($13,95 \pm 0,25$), sosyal güvencesi olan ($13,97 \pm 3,34$), geliri giderinden fazla olan ($15,28 \pm 4,49$), kronik hastalığı olan ($14,18 \pm 2,88$) hastaların ölçeğin ağrı yönetimi alt boyutunun puan ortalamaları yüksek bulundu. Hastalarda cinsiyet ($p=0,672$), yaş ($p=0,450$), BKİ ($p=0,074$), medeni durum ($p=0,525$), sosyal güvence ($p=0,821$), gelir durumu ($p=0,220$), kronik hastalığın varlığı ($p=0,398$) ile toplam ölçek puanı ve ağrı yönetimi alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 4.8).

Araştırmada kadın ($9,85\pm0,04$), 18-29 yaş aralığında ($9,85\pm0,37$), obez-morbid obez sınıfında ($9,83\pm0,50$), bekar ($9,80\pm0,56$), sosyal güvencesi olan ($9,80\pm0,53$), geliri giderinden fazla olan ($10\pm0,00$), kronik hastalığı olan ($9,84\pm0,48$) hastaların ölçeğin çevre alt boyutunun puan ortalamaları yüksek bulundu. Hastalarda cinsiyet ($p=0,154$), yaş ($p=0,825$), BKİ ($p=0,815$), medeni durum ($p=0,954$), sosyal güvence ($p=0,910$), gelir durumu ($p=0,559$), kronik hastalık ($p=0,283$) ile ölçek toplam puanı çevre alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi (Tablo 4.8).

Tablo 4.9. Ameliyat Sonrası Ağrının Giderilmesinde Hastaya Verilen Bakımın Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Hastaların Yaşam Alışkanlıklarına İlişkin Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Alışkanlıklar	n	%	Toplam puan X±SS (14-70)	Hemşirelik Girişimleri X±SS (7-35)	Ağrı yönetimi X±SS (5-25)	Çevre X±SS (5-10)
Sigara						
Evet	75	40,1	51,68±7,21	27,84±4,37	14,08±3,63	9,76±0,58
Hayır	112	59,9	51,29±6,21	27,60±4,15	13,86±3,06	9,82±0,50
t			t=0,389	t=0,368	t=0,434	t=-0,761
p			0,697	0,714	0,665	0,447
Alkol						
Evet	7	3,7	47,14±4,81	25,00±3,91	12,28±1,97	9,85±0,37
Hayır	180	96,3	51,61±6,63	27,80±4,22	14,01±3,32	9,79±0,54
Z			Z=-1,879	Z=-1,736	Z=-1,477	Z=-0,041
p			0,060	0,083	0,140	0,967
Kahve						
Evet	35	18,7	55,48±7,49	29,65±3,95	16,00±4,50	9,82±0,51
Hayır	152	81,3	50,51±6,05	27,25±4,18	13,48±2,75	9,78±0,54
t			t=3,656	t=3,100	t=3,175	t=0,385
p			0,001*	0,002	0,003	0,701
Çay						
Evet	151	80,7	51,85±6,49	27,98±4,19	14,05±3,22	9,80±0,52
Hayır	36	19,3	49,75±6,95	26,50±4,25	13,50±3,57	9,75±0,60
t			t=1,651	t=1,906	t=0,915	t=-0,557
p			0,105	0,058	0,361	0,564

t=t testi Z= Mann Whitney U

Tablo 4.9’da araştırmaya dahil edilen hastaların yaşam alışkanlıklarına ilişkin değişkenlerin ölçeğin toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları yer almaktadır. Araştırmada sigara kullanan ($51,68\pm7,21$), alkol kullanmayan ($51,61\pm6,63$), kahve içme alışkanlığı olan ($55,48\pm7,49$), çay içme alışkanlığı olan ($51,85\pm6,49$) hastaların ölçekten aldıkları toplam puan ortalamaları yüksek bulundu. Hastaların kahve içme alışkanlıkları ile ölçeğin toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı

fark saptandı ($p=0,001$). Hastalarda sigara ($p=0,697$), alkol ($p=0,060$), çay ($p=0,105$) kullanımı ile ölçek toplam puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi (Tablo 4.9).

Araştırmada sigara kullanan ($27,84\pm4,37$), alkol kullanmayan ($27,80\pm4,22$), kahve içme alışkanlığı olan ($29,65\pm3,95$), çay içme alışkanlığı olan ($27,98\pm4,19$) hastaların ölçeğin hemşirelik girişimleri alt boyutu puan ortalamaları yüksek bulundu. Hastaların kahve içme alışkanlıkları ($p=0,002$) ve çay içme alışkanlıkları ($p=0,049$) ile ölçeğin hemşirelik girişimleri alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Hastalarda sigara ($p=0,714$), alkol ($p=0,083$) kullanımı ile ölçeğin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 4.9).

Araştırmada sigara kullanan ($14,08\pm3,63$), alkol kullanmayan ($14,01\pm3,32$), kahve içme alışkanlığı olan ($16,00\pm4,50$), çay içme alışkanlığı olan ($14,05\pm3,22$) hastaların ölçeğin ağrı yönetimi alt boyutuna ilişkin puan ortalamaları yüksek bulundu. Hastaların kahve içme alışkanlıkları ile ölçeğin ağrı yönetimi alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0,003$). Hastalarda sigara ($p=0,665$), alkol ($p=0,140$), çay ($p=0,361$) kullanımı ile ölçeğin ağrı yönetimi alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmedi (Tablo 4.9).

Araştırmada sigara kullanmayan ($9,82\pm0,50$), alkol kullanan ($9,82\pm0,51$), kahve içme alışkanlığı olan ($9,82\pm0,51$), çay içme alışkanlığı olan ($9,80\pm0,52$) hastaların scquipp ölçeği çevre alt boyutu puan ortalamaları yüksek bulundu. Hastalarda sigara ($p=0,447$), alkol ($p=0,967$), kahve ($p=0,701$) çay ($p=0,564$) kullanımı ile ölçeğin çevre alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 4.9).

Tablo 4.10 Ameliyat Sonrası Ağrının Giderilmesinde Hastaya Verilen Bakımın Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Hastalığa İlişkin Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Hastalığa ait değişkenler	n	%	Toplam puan X±SS (14-70)	Hemşirelik Girişimleri X±SS (7-35)	Ağrı yönetimi X±SS (5-25)	Çevre X±SS (5-10)
Ameliyat geçirme						
Evet	111	59,4	51,19±6,11	27,54±4,25	13,86±3,03	9,78±0,52
Hayır	76	40,6	51,81±7,32	27,92±4,22	14,07±3,66	9,81±0,55
t			t=1,723	t=1,906	t=-0,435	t=-0,397
p			0,087	0,058	0,664	0,692
LDH geçirme						
Evet	35	18,7	52,17±6,59	28,34±4,29	14,02±2,87	9,80±0,58
Hayır	152	81,3	51,28±6,63	27,55±4,22	13,93±3,39	9,79±0,53
t			t=0,715	t=0,995	t=0,152	t=0,039
p			0,475	0,321	0,879	0,969
Analjezik kullanma						
Evet	98	52,4	51,93±6,37	27,94±4,12	14,17±3,38	9,81±0,48
Hayır	89	47,6	50,91±6,87	27,42±4,36	13,70±3,19	9,77±0,59
t			t=1,062	t=0,841	t=0,965	t=0,518
p			0,290	0,401	0,336	0,605
Ağrı yaşanan süre						
<1 yıl	75	40,1	51,30±6,54	27,96±4,30	13,57±3,07	9,77±0,55
1-6 yıl	53	28,3	51,83±6,73	27,90±4,16	14,09±3,48	9,83±0,50
6yıl<	59	31,6	51,28±6,70	27,18±4,24	14,30±3,39	9,79±0,55
F			F=0,122	F=0,635	F=-0,882	F=-0,170
p			0,886	0,531	0,416	0,843
Ameliyat süresi						
0,45-2 saat	148	79,1	51,50±6,77	27,83±4,26	13,85±3,40	9,80±0,51
2,01-3,40 saat	39	20,9	51,25±6,05	27,17±4,15	14,30±2,84	9,76±0,62
t			t=0,204	t=0,863	t=-0,757	t=0,357
p			0,839	0,389	0,450	0,721
Hastanede kalınan süre						
24-96 saat	131	70,0	51,23±6,50	27,69±4,21	13,74±3,17	9,80±0,51
37-48 saat	37	19,8	52,35±5,38	27,97±3,39	14,56±3,29	9,81±0,56
49-96 saat	19	10,2	51,15±6,61	27,21±5,81	14,21±4,06	9,73±0,65
X ²			X ² =1,062	X ² =0,007	X ² =1,910	X ² =0,320
P			0,558	0,996	0,385	0,852
Kullanılan anestezi						
Genel	163	87,2	51,46±6,56	27,80±4,18	13,88±3,23	9,77±0,56
Spinal	24	12,8	51,37±7,14	27,00±4,60	14,41±3,71	9,95±0,20
Z			Z=-0,263	Z=-0,612	Z=-0,428	Z=-1,509
p			0,793	0,540	0,669	0,131
Beklenenden fazla ağrı						
Evet	52	27,8	50,76±7,48	26,80±4,60	14,21±3,64	9,75±0,58
Hayır	135	72,2	51,71±6,26	28,04±4,04	13,85±3,16	9,81±0,52
t			t=0,871	t=-1,800	t=0,668	t=-0,734
p			0,385	0,74	0,505	0,464

F=ANOVA Z=Mann-Whitney U testi X²=Kruskal Wallis t=t testi

Tablo 4.10'da araştırmaya dahil edilen hastaların hastalık özelliklerine ilişkin ölçekten aldıkları puan ortalamaları ve alt boyutlarının puan ortalamaları yer almaktadır. Araştırmada geçmiş ameliyat deneyimi olmayan ($51,81 \pm 7,32$), daha önceden LDH ameliyatı geçiren ($52,17 \pm 6,59$), ameliyat öncesi ağrı kesici kullanan ($51,93 \pm 6,37$), 1-6 yıl aralığında bel fıtığı nedeniyle ağrı deneyimleyen ($51,83 \pm 6,73$), ameliyat süresi 0,45-2 saat aralığında olan ($51,50 \pm 6,77$), ameliyattan sonra hastanede kalış süresi 37-48 saat aralığında olan ($52,35 \pm 5,38$), ameliyat sırasında genel anestezi verilen ($51,46 \pm 6,56$) ve ameliyat sonrası beklediklerinden daha fazla ağrı deneyimlemeyen hastaların ölçek toplam puan ortalamaları yüksek bulundu. Hastalarda geçmiş ameliyat deneyimi ($p=0,087$), daha önceden LDH ameliyatı deneyimi ($p=0,475$), ameliyat öncesi bel ağrısı nedeniyle analjezik kullanımı ($p=0,290$), bel fıtığı nedeniyle ağrı yaşadıkları süre ($p=0,886$), ameliyat süresi ($p=0,839$), ameliyat sonrası hastanede kalma süresi ($p=0,558$), kullanılan anestezi türü ($p=0,793$), beklenenden fazla ağrı deneyimi ($p=0,692$) ile ölçeğin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 4.10).

Araştırmada geçmiş ameliyat deneyimi olmayan ($27,92 \pm 4,2$), daha önceden LDH ameliyatı geçiren ($28,34 \pm 4,29$), ameliyat öncesi ağrı kesici kullanan ($27,94 \pm 4,12$), 1 yıldan daha kısa süreyle bel fıtığı nedeniyle ağrı deneyimleyen ($27,96 \pm 4,30$), ameliyat süresi 0,45-2 saat aralığında olan ($27,83 \pm 4,26$), ameliyattan sonra hastanede kalış süresi 37-48 saat aralığında olan ($27,97 \pm 3,39$), ameliyat sırasında genel anestezi verilen ($27,80 \pm 4,18$) ve ameliyat sonrası beklediklerinden daha fazla ağrı deneyimlemeyen hastaların ($28,04 \pm 4,04$) ölçeğin hemşirelik girişimleri alt boyut puan ortalamaları yüksek bulundu. Hastalarda geçmiş ameliyat deneyimi ($p=0,058$), daha önceden LDH ameliyatı deneyimi ($p=0,321$), ameliyat öncesi bel ağrısı nedeniyle analjezik kullanımı ($p=0,401$), bel fıtığı nedeniyle ağrı yaşanan süre ($p=0,531$), ameliyat süresi ($p=0,389$), ameliyat sonrası hastanede kalma süresi ($p=0,996$) kullanılan anestezi türü ($p=0,540$), beklenenden fazla ağrı deneyimi ($p=0,74$) ile ölçeğin hemşirelik girişimleri alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi (Tablo 4.10).

Araştırmada geçmiş ameliyat deneyimi olmayan ($14,07\pm 3,66$), daha önceden LDH ameliyatı geçiren ($14,02\pm 2,87$), ameliyat öncesi ağrı kesici kullanan ($14,17\pm 3,38$), 6 yıldan daha fazla süreyle bel fitiği nedeniyle ağrı deneyimleyen ($14,30\pm 3,39$), ameliyat süresi 2,01-3,40 saat aralığında olan ($14,30\pm 2,84$), ameliyattan sonra hastanede kalış süresi 37-48 saat aralığında olan ($14,56\pm 3,29$), ameliyat sırasında spinal anestezi verilen ($14,41\pm 3,71$) ve ameliyat sonrası beklediklerinden daha fazla ağrı deneyimleyen hastaların ($14,21\pm 3,64$) ölçeğin ağrı yönetimi alt boyut puan ortalamaları yüksek bulundu. Hastalarda geçmiş ameliyat deneyimi ($p=0,664$), daha önceden LDH ameliyatı deneyimi ($p=0,879$), ameliyat öncesi bel ağrısı nedeniyle analjezik kullanımı ($p=0,336$), bel fitiği nedeniyle ağrı yaşanan süre ($p=0,416$), ameliyat süresi ($p=0,450$), ameliyat sonrası hastanede kalma süresi ($p=0,385$) kullanılan anestezi türü ($p=0,669$), beklenenden fazla ağrı deneyimi ($p=0,505$) ile ölçeğin ağrı yönetimi alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 4.10).

Araştırmada geçmiş ameliyat deneyimi olmayan ($9,81\pm 0,55$), daha önceden LDH ameliyatı geçiren ($9,80\pm 0,58$), ameliyat öncesi ağrı kesici kullanan ($9,81\pm 0,48$), 1-6 yıl aralığında bel fitiği nedeniyle ağrı deneyimleyen ($9,83\pm 0,50$), ameliyat süresi 0,45-2 saat aralığında olan ($9,80\pm 0,51$), ameliyattan sonra hastanede kalış süresi 37-48 saat aralığında olan ($9,81\pm 0,56$), ameliyat sırasında spinal anestezi verilen ($9,95\pm 0,20$) ve ameliyat sonrası beklediklerinden daha fazla ağrı deneyimlemeyen hastaların ($9,81\pm 0,52$) ölçeğin çevre alt boyut puan ortalamaları yüksek bulundu. Hastalarda geçmiş ameliyat deneyimi ($p=0,692$), daha önceden LDH ameliyatı deneyimi ($p=0,969$), ameliyat öncesi bel ağrısı nedeniyle analjezik kullanımı ($p=0,605$), bel fitiği nedeniyle ağrı yaşanan süre ($p=0,843$), ameliyat süresi ($p=0,721$), ameliyat sonrası hastanede kalma süresi ($p=0,852$) kullanılan anestezi türü ($p=0,131$), beklenenden fazla ağrı deneyimi ($p=0,464$) ile ölçeğin çevre alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 4.10).

4.3 Hastaların Ağrı Puanlarının İncelenmesi

Tablo 4.11. Hastaların Ameliyattan Sonra İlk 24 Saat İçinde Deneyimledikleri Ağrı Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Ağrı Şiddeti	Puan Aralığı	X±SS (Min-Max)
En kötü	0-10	8,37±1,44 (2-10)
En hafif	0-10	3,17±1,69 (0-10)
Görüşme anı	0-10	3,71±2,01 (0-10)
Ortalama	0-10	5,08±1,39 (1.33-10)

Tablo 4.11’de hastaların ameliyat sonrası erken dönemde (ilk 24 saat) deneyimledikleri ortalama, en kötü, en hafif ağrı ve görüşme anındaki ağrı puan ortalamaları yer almaktadır. Hastaların ortalama ağrı puanı 5,08±1,39 (min: 1.33-max:10), ameliyat sonrası 24 saat içinde deneyimledikleri en kötü ağrı puanı ortalaması 8,37±1,44 (min:2- max:10), ameliyat sonrası 24 saat içinde yaşadıkları en hafif ağrı puanı ortalaması 3,17±1,69 (min: 0- max:10), hastalarla görüşme anındaki ağrı puanı ortalaması ise 3,71±2,01 (min:0- max:10) bulundu.

Tablo 4.12 Hastaların analjezik uygulandıktan sonra ameliyat sonrası 0. saatte ve ameliyat sonrası 1. saatte ve saat 22.00’deki ağrı puanlarının karşılaştırılması

Ameliyat Sonrası Saat	n	X±SS	Min.-Mak.	t	P
0. saat	187	8,09±1,622	0-10	338,96	0.000*
1. saat	187	5,87±1,50	0-10		
22.00	187	3,59±1,67	0-10		

*p<0.001

Friedman Test

Tablo 4.12’de hastaların LDH ameliyatı sonrası servise çıkarıldıkları anda ölçülen ağrı puanı ortalaması ve ameliyat sonrası birinci saatte ölçülen ağrı puanları ortalaması ve saat 22.00’de ölçülen ağrı puanı ortalamasının karşılaştırılması yer almaktadır. Hastaların ameliyat sonrası servise çıkarıldıkları anda değerlendirilen ağrı puanı ortalaması 8,09±1,622’dir, ameliyat sonrası birinci saatteki ağrı puanı ortalaması ise 5,87±1,50’dir. Saat 22.00’de ise hastaların ağrı puanı ortalaması 3,59 olarak bulundu. Hastaların ameliyat sonrası 0. saat ve ameliyat sonrası 1. saat ile saat

22.00'de ölçülen ağrı puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0,001$).

Tablo 4.13 Ağrı puanlarının sosyo-demografik özelliklere göre karşılaştırılması (n=187)

Bireysel Özellikler	n	%	Ortalama ağrı puanı X±SS (0-10)	En kötü ağrı X±SS (0-10)	En hafif ağrı X±SS (0-10)	Görüşme am ağrı X±SS (0-10)
Cinsiyet						
Kadın	95	50,8	5,48±1,47	8,69±1,22	3,54±1,86	4,21±2,22
Erkek	92	49,2	4,67±1,18	8,04±1,75	2,78±1,40	3,20±1,63
t			t= 4,125	t=3,166	t=3,128	t=3,558
p			0,000*	0,002	0,002	0,000*
Yaş						
18-29 yaş	7	3,7	4,80±1,70	7,86±1,46	2,71±1,60	3,86±2,79
30-50 yaş	95	50,8	5,12±1,42	8,37±1,50	3,16±1,73	3,85±2,11
51 yaş ve üzeri	85	45,5	5,05±1,35	8,42±1,36	3,21±1,67	3,54±1,84
X ²			X ² =0,090	X ² =0,841	X ² =0,499	X ² =0,684
p			0,956	0,657	0,779	0,710
BKİ DSÖ						
Zayıf-normal	56	29,9	5,19±1,50	8,41±1,47	3,23±1,78	3,95±2,29
Fazla kilolu	77	41,2	4,93±1,38	8,30±1,56	3,05±1,58	3,44±1,88
Obez-morbid obez	54	28,9	5,18±1,31	8,44±1,22	3,26±1,76	3,85±1,87
F			F=0,784	F=0,186	F=0,297	F=1,200
p			0,458	0,830	0,744	0,304
Medeni Durum						
Evli	172	92	5,09±1,40	8,42±1,38	3,15±1,72	3,72±2,05
Bekar	15	8	4,95±1,34	7,80±1,89	3,40±1,29	3,67±1,63
Z			Z=-0,115	Z=-1,361	Z=-0,727	Z=-0,224
p			0,908	0,173	0,468	0,823
Sosyal güvence						
Var	180	96,3	5,09±1,41	8,37±1,45	3,19±1,70	3,74±2,02
Yok	7	3,5	4,71±0,86	8,57±1,13	2,57±1,51	3,00±1,73
Z			Z=-0,672	Z=-0,182	Z=-0,916	Z=-0,672
p			0,502	0,856	0,360	0,502
Kronik hastalık						
Var	83	44,4	5,24±1,40	8,49±1,34	3,33±1,74	3,90±2,00
Yok	104	55,6	4,95±1,38	8,28±1,51	3,04±1,64	3,56±2,02
t			t=1,377	t=1,015	t=1,151	t=1,165
P			0,170	0,311	0,251	0,246
Gelir durumu						
Gelir < giderden	20	20,7	5,09±1,54	8,43±1,39	3,00±1,82	3,86±2,26
Gelir=gidere	160	85,6	5,05±1,41	8,33±1,43	3,16±1,68	3,69±2,04
Gelir> giderden	7	3,7	5,28±1,28	8,70±1,52	3,30±1,78	3,85±1,48
X ²			X ² =0,523	X ² =1,643	X ² =0,406	X ² =1,620
p			0,770	0,440	0,816	0,445

F=ANOVA Z=Mann-Whitney U testi X²=Kruskal Wallis t=t testi

* p<0,001

Tablo 4.13’de araştırmaya dahil edilen hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre hastaların ameliyat sonrası ilk 24 saatte deneyimledikleri ortalama, en kötü, en hafif ve görüşme anı ağrı puanı ortalamaları yer almaktadır. Araştırmada kadın ($5,48\pm 1,47$), 30-50 yaş aralığında olan ($5,12\pm 1,42$), zayıf-normal kilo aralığında olan ($5,19\pm 1,50$), evli ($5,09\pm 1,40$), sosyal güvencesi olan ($5,09\pm 1,41$), geliri giderinden fazla olan ($5,28\pm 1,28$) ve kronik hastalığı olan ($5,24\pm 1,40$) hastaların ortalama ağrı puanı yüksek bulundu. Hastaların cinsiyeti ile ortalama ağrı puanı arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark saptandı ($p=0,001$). Hastalarda, yaş ($p=0,956$), BKİ ($p= 0,458$), medeni durum ($p= 0,908$), sosyal güvence ($p=0,502$), gelir durumu ($p=0,770$), kronik hastalık ($p=0,170$) ile ortalama ağrı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 4.13).

Araştırmada kadın ($8,69\pm 1,22$), 51 yaş ve üzerinde olan ($8,42\pm 1,36$), obez morbid obez sınıfında olan ($8,44\pm 1,22$), evli ($8,42\pm 1,38$), sosyal güvencesi olmayan ($8,57\pm 1,13$), geliri giderinden fazla olan ($8,70\pm 1,52$) ve kronik hastalığı olan ($8,49\pm 1,34$) hastaların en kötü ağrı puanı ortalamaları yüksek bulundu. Hastaların cinsiyeti ile en kötü ağrı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0,002$). Hastalarda; yaş ($p=0,657$), BKİ ($p=0,830$), medeni durum ($p=0,173$), sosyal güvence ($p=0,856$), gelir durumu ($p=0,440$), kronik hastalık ($p=0,311$) ile en kötü ağrı puanı ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 4.13).

Araştırmada kadın ($3,54\pm 1,86$), 51 yaş ve üzeri olan ($3,21\pm 1,67$), obez-morbid obez sınıfında olan ($3,26\pm 1,76$), bekar ($3,40\pm 1,29$), sosyal güvencesi olan ($3,19\pm 1,70$), geliri giderinden fazla olan ($3,30\pm 1,78$) ve kronik hastalığı olan ($3,33\pm 1,74$) hastaların en hafif ağrı puanı ortalaması yüksek bulundu. Hastaların cinsiyeti ile en hafif ağrı puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0,002$, $t=3,128$). Hastalarda; yaş ($p= 0,779$), BKİ ($p= 0,744$), medeni durum ($p=0,468$), sosyal güvence ($p=0,360$), gelir durumu ($p=0,856$), kronik hastalık ($p=0,251$) ile en hafif ağrı puanı ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 4.13).

Araştırmada kadın ($4,21\pm 2,22$), 18-29 yaş aralığında olan ($3,86\pm 2,79$), zayıf normal kilo sınıfında olan ($3,95\pm 2,29$), evli ($3,72\pm 2,05$), sosyal güvencesi olan ($3,74\pm 2,02$), geliri giderinden az olan ($3,86\pm 2,26$) ve kronik hastalığı olan ($3,90\pm 2,00$)

hastaların görüşme anındaki ağrı puanı ortalamaları yüksek bulundu. Hastaların cinsiyeti ile görüşme anı puanı arasında istatistiksel olarak güçlü derecede anlamlı fark saptandı (p=0,001). Hastalarda; yaş (p=0,710), BKİ (p=0,304), medeni durum (p=0,823), sosyal güvence (p=0,502), gelir durumu (p=0,445), kronik hastalık (p=0,246) ile görüşme anındaki ağrı puanı ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 4.13).

Tablo 4.14. Hastaların ağrı puanlarının yaşam alışkanlıklarına göre karşılaştırılması

Alışkanlıklar	n	%	Ortalama ağrı X±SS (0-10)	En kötü ağrı X±SS (0-10)	En hafif ağrı X±SS (0-25)	Görüşme anı X±SS (0-10)
Sigara						
Evet	75	40,1	4,94±1,29	8,24±1,56	3,01±1,59	3,57±1,94
Hayır	112	59,9	5,17±1,46	8,46±1,34	3,27±1,76	3,80±2,07
t			t= -1,134	t= -1,044	t= -1,007	t= -0,763
p			0,258	0,298	0,315	0,446
Alkol						
Evet	7	3,7	5,14±1,06	8,43±1,61	3,29±1,25	3,71±0,95
Hayır	180	96,3	5,08±1,41	8,37±1,43	3,16±1,71	3,71±2,05
Z			Z= -0,474	Z= -0,041	Z= -0,554	Z= -0,467
p			0,635	0,967	0,579	0,641
Kahve						
Evet	35	18,7	5,28±1,72	8,66±1,49	3,29±2,33	3,91±2,44
Hayır	152	81,3	5,03±1,31	8,31±1,42	3,14±1,51	3,66±1,91
t			t=0,948	t=1,291	t=0,357	t=0,659
p			0,431	0,198	0,723	0,511
Çay						
Evet	151	80,7	5,13±1,44	8,40±1,40	3,25±1,72	3,75±2,10
Hayır	36	19,3	4,87±1,17	8,28±1,61	2,81±1,52	3,53±1,64
t			t=1,019	t=0,477	t=1,424	t=0,606
p			0,309	0,656	0,156	0,546

Z=Mann-Whitney U testi

t= t testi

Tablo 4.14'te araştırmaya dahil edilen hastaların yaşam alışkanlıklarına göre ameliyat sonrası ilk 24 saatte deneyimledikleri ortalama, en kötü, en hafif ve görüşme anı ağrı puanı ortalamaları yer almaktadır. Araştırmada sigara kullanmayan (5,17±1,46), alkol kullanan (5,14±1,06), kahve içme alışkanlığı olan (5,28±1,72), çay içme alışkanlığı olan (5,13±1,44) ortalama ağrı puanı yüksek bulundu. Hastalarda sigara (p=0,258), alkol (p=0,635), kahve (p=0,345), çay (p=0,309) kullanımı ile ortalama ağrı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi (Tablo 4.14).

Araştırmada sigara kullanmayan ($8,46\pm1,34$), alkol kullanan ($8,43\pm1,61$), kahve içme alışkanlığı olan ($8,66\pm1,49$), çay içme alışkanlığı olan ($8,40\pm1,40$) hastaların en kötü ağrı puanı ortalamaları yüksek bulundu. Hastalarda sigara ($p=0,298$), alkol ($p=0,967$), kahve ($p=0,198$), çay ($p=0,656$) kullanımı ile en kötü ağrı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 4.14).

Araştırmada sigara kullanmayan ($3,27\pm1,76$), alkol kullanan ($3,29\pm1,25$), kahve içme alışkanlığı olan ($3,29\pm2,33$), çay içme alışkanlığı olan ($3,25\pm1,72$) hastaların en hafif ağrı puanı ortalamaları yüksek bulundu. Hastalarda sigara ($p=0,315$), alkol ($p=0,579$), kahve ($p=0,723$), çay ($p=0,156$) kullanımı ile en hafif ağrı puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi (Tablo 4.14).

Araştırmada alkol kullanan ($3,71\pm0,95$) ve alkol kullanmayan ($3,71\pm2,05$) hastaların ağrı puanı eşit bulundu. Sigara kullanmayan ($3,80\pm2,07$), kahve içme alışkanlığı olan ($3,91\pm2,44$), çay içme alışkanlığı olan ($3,75\pm2,10$) hastaların görüşme anındaki ağrı puanı ortalamaları yüksek bulundu. Hastalarda sigara ($p=0,446$), alkol ($p=0,641$), kahve ($p=0,511$), çay ($p=0,546$) kullanımı ile görüşme anındaki ağrı puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 4.14).

Tablo 4.15. Ağrı puanlarının hastalığa ilişkin değişkenlere göre karşılaştırılması

Hastalığa ait değişkenler	n	%	Ortalama Ağrı puanı X±SS (0-10)	En kötü Ağrı Puanı X±SS (0-10)	En hafif Ağrı puanı X±SS (0-10)	Görüşme Anı X±SS (0-10)
Ameliyat geçirme						
Evet	111	59,4	5,10±1,44	8,50±1,54	3,16±1,73	3,66±2,04
Hayır	76	40,6	5,05±1,33	8,20±1,25	3,17±1,65	3,79±1,99
t			t= 0,251	t=1,449	t=-0,035	t=-0,437
p			0,802	0,149	0,972	0,662
LDH geçirme						
Evet	35	18,7	4,92±1,29	8,34±1,43	3,11±1,38	3,31±1,84
Hayır	152	81,3	5,12±1,42	8,38±1,44	3,18±1,76	3,80±2,05
t			t=-0,750	t=-0,143	t=-0,199	t=-1,292
p			0,454	0,886	0,843	0,198
Analjezik kullanma						
Evet	98	52,4	5,11±1,50	8,50±1,50	3,10±1,90	3,76±2,13
Hayır	89	47,6	5,04±1,27	8,24±1,35	3,24±1,43	3,66±0,59
t			t=-0,361	t=1,254	t=-0,539	t=0,311
p			0,718	0,211	0,591	0,291
Ağrı yaşanan süre						
<1 yıl	75	40,1	5,08±1,36	8,45±1,44	3,17±1,62	3,63±2,00
1-6 yıl	53	28,3	5,03±1,35	8,29±1,44	3,12±1,72	3,71±2,08
6yıl<	59	31,6	5,03±1,36	8,32±1,44	3,08±1,55	3,71±1,85
F			F=0,025	F=0,239	F=0,051	F=0,041
p			0,975	0,788	0,950	0,960
Ameliyat süresi						
0,45-2 saat	148	79,1	4,96±1,36	8,28±1,43	3,04±1,61	3,56±1,99
2,01-3,40 saat	39	20,9	5,54±1,43	8,72±1,41	3,64±1,91	4,28±2,05
t			t=-2,292	t=-1,683	t=-1,799	t=-2,000
p			0,026	0,094	0,078	0,047
Hastanede kalman süre						
24-96 saat	131	70,0	4,82±1,27	8,24±1,41	2,89±1,52	3,34±1,78
37-48 saat	37	19,8	5,61±1,63	8,43±1,50	3,78±2,04	4,62±2,34
49-96 saat	19	10,2	5,85±1,21	9,21±1,22	3,89±1,62	4,47±2,17
X ²			X ² =13,434	X ² =9297	X ² =11,207	X ² =13,615
P			0,001	0,010	0,004	0,001
Kullanılan anestezi						
Genel	163	87,2	5,09±1,38	8,40±1,38	3,18±1,71	3,68±1,99
Spinal	24	12,8	5,04±1,49	8,17±1,81	3,04±1,60	3,92±2,18
Z			Z=-0,006	Z=-0,526	Z=-0,627	Z=-0,550
p			0,995	0,599	0,530	0,582
Beklenenden fazla ağrı						
Evet	52	27,8	6,18±1,46	9,02±1,46	4,37±1,86	5,17±2,03
Hayır	135	72,2	4,65±1,11	8,13±1,35	2,70±1,37	3,15±1,71
t			t=-6,693	t=3,818	t=5,836	t=6,864
p			0,000*	0,000*	0,000*	0,000*

F= ANOVA

Z=Mann-Whitney U testi

X²= Kruskal Wallis testi

t= t testi

*p<0,001

Tablo 4.15'te araştırmaya dahil edilen hastaların hastalık özelliklerine göre ameliyat sonrası ilk 24 saatte deneyimledikleri ortalama, en kötü, en hafif ve görüşme anı ağrı puanı ortalamaları yer almaktadır. Araştırmada geçmiş ameliyat deneyimi olan (5,10±1,44), daha önceden LDH ameliyatı geçirmeyen (5,12±1,42), ameliyat öncesi

ağrı kesici kullanan ($5,11\pm 1,50$), 1 yıldan az süredir bel fitiğı nedeniyle ağrı deneyimleyen ($5,08\pm 1,36$), ameliyat süresi 2,01-3,40 saat aralığında olan ($5,54\pm 1,43$), ameliyattan sonra hastanede kalış süresi 49-96 saat aralığında olan ($5,85\pm 1,21$), ameliyat sırasında genel anestezi verilen ($5,09\pm 1,38$) ve ameliyat sonrası beklediklerinden daha fazla ağrı deneyimleyen ($6,18\pm 1,46$) hastaların ortalama ağrı puan ortalamaları yüksek bulundu. Hastaların ameliyat süresi ile ortalama ağrı puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0,026$). Hastanede kalınan süre ile ortalama ağrı puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($p= 0,001$). Ameliyat sonrası beklenenden fazla ağrı deneyimleme ile ortalama ağrı puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p= 0,001$). Hastalarda geğmiş ameliyat deneyimi ($p=0,802$), daha önceden LDH ameliyatı deneyimi ($p=0,454$), ameliyat öncesi bel ağrısı nedeniyle analjezik kullanımı ($p=0,718$), bel fitiğı nedeniyle ağrı yaşanan süre ($p=0,975$), kullanılan anestezi türü ($p=0,995$) ile ortalama ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 4.15).

Araştırmada geğmiş ameliyat deneyimi olan ($8,50\pm 1,54$), daha önceden LDH ameliyatı geçirmeyen ($8,38\pm 1,44$), ameliyat öncesi ağrı kesici kullanan ($8,50\pm 1,50$), 1 yıldan az süredir bel fitiğı nedeniyle ağrı deneyimleyen ($8,45\pm 1,44$), ameliyat süresi 2,01-3,40 saat aralığında olan ($8,72\pm 1,41$), ameliyattan sonra hastanede kalış süresi 49-96 saat aralığında olan ($9,21\pm 1,22$), ameliyat sırasında genel anestezi verilen ($8,40\pm 1,38$) ve ameliyat sonrası beklediklerinden daha fazla ağrı deneyimleyen ($9,02\pm 1,46$) hastaların en kötü ağrı puan ortalamaları yüksek bulundu. Hastanede kalınan süre ile en kötü ağrı puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görüldü. ($p=0,010$). Ameliyat sonrası beklenenden fazla ağrı deneyimleme ile ortalama ağrı puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0,001$). Hastalarda geğmiş ameliyat deneyimi ($p=0,149$), daha önceden LDH ameliyatı deneyimi ($p=0,886$), ameliyat öncesi bel ağrısı nedeniyle analjezik kullanımı ($p=0,211$), bel fitiğı nedeniyle ağrı yaşanan süre ($p=0,788$), ameliyat süresi ($p=0,094$), kullanılan anestezi türü ($p=0,599$) ile en kötü ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 4.15).

Araştırmada geğmiş ameliyat deneyimi bulunmayan ($3,17\pm 1,65$), daha önceden LDH ameliyatı geçirmeyen ($3,18\pm 1,76$), ameliyat öncesi ağrı kesici kullanan

(3,10±1,90), 1 yıldan az süredir bel fitiği nedeniyle ağrı deneyimleyen (3,17±1,62), ameliyat süresi 2,01-3,40 saat aralığında olan (3,64±1,91), ameliyattan sonra hastanede kalış süresi 49-96 saat aralığında olan (3,89±1,62), ameliyat sırasında genel anestezi verilen (3,18±1,71) ve ameliyat sonrası beklediklerinden daha fazla ağrı deneyimleyen (4,37±1,86) hastaların en hafif ağrı puan ortalamaları yüksek bulundu. Hastanede kalınan süre ile en hafif ağrı puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0,004). Ameliyat sonrası beklenenden fazla ağrı deneyimleme ile en hafif ağrı puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü (p=0,001). Hastalarda geçmiş ameliyat deneyimi (p=0,972), daha önceden LDH ameliyatı deneyimi (p=0,843), ameliyat öncesi bel ağrısı nedeniyle analjezik kullanımı (p=0,591), bel fitiği nedeniyle ağrı yaşanan süre (p=0,950), ameliyat süresi (p=0,078), kullanılan anestezi türü (p=0,530) ile en hafif ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi (Tablo 4.15).

Araştırmada geçmiş ameliyat deneyimi olmayan (3,79±1,99), daha önceden LDH ameliyatı geçirmeyen (3,80±2,05), ameliyat öncesi ağrı kesici kullanan (3,76±2,13), ameliyat süresi 2,01-3,40 saat aralığında olan (4,28±2,05), ameliyattan sonra hastanede kalış süresi 49-96 saat aralığında olan (4,47±2,17), ameliyat sırasında spinal anestezi verilen (3,92±2,18) ve ameliyat sonrası beklediklerinden daha fazla ağrı deneyimleyen (5,17±2,03) hastaların görüşme ağrı puan ortalamaları yüksek bulundu. 1-6 yıl aralığında bel fitiği nedeniyle ağrı deneyimleyen (3,71±2,08) ve 6 yıldan fazla süreyle bel fitiği nedeniyle ağrı deneyimleyen (3,71±1,85) hastaların görüşme anı ağrı puanı eşit bulunmuştur. Ameliyat süresi ile görüşme anı ağrı puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,047). Hastanede kalınan süre ile görüşme ağrı puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,004). Ameliyat sonrası beklenenden fazla ağrı deneyimleme ile görüşme anı ağrı puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi (p=0,001). Hastalarda geçmiş ameliyat deneyimi (p=0,662), daha önceden LDH ameliyatı deneyimi (0,198), ameliyat öncesi bel ağrısı nedeniyle analjezik kullanımı (0,291), bel fitiği nedeniyle ağrı yaşanan süre (p=0,960), kullanılan anestezi türü (p=0,582) ile görüşme anı ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 4.15).

Tablo 4.16 Ameliyat Sonrası Ağrının Giderilmesinde Hastaya Verilen Bakımın Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının ortalama ağrı puanları ile ilişkisinin incelenmesi

	Ortalama Ağrı Puanı	
	r*	p
Total ölçek puanı	-0,010	0,895
Hemşirelik girişimleri	-0,046	0,535
Ağrı yönetimi	0,045	0,539
Çevre	-0,037	0,618

*Pearson korelasyon katsayısı

Tablo 4.16’da hastaların ameliyat sonrası ağrının giderilmesinde hastaya verilen bakımın kalitesinin değerlendirilmesi ölçeği ve alt boyutları ile ortalama ağrı puanları arasındaki ilişki yer almaktadır.

Ölçek toplam puanı ile ameliyat sonrası deneyimlenen ortalama ağrı puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($r = -0,010$, $p = 0,895$).

Ölçeğin hemşirelik girişimleri alt boyutu ile ameliyat sonrası deneyimlenen ortalama ağrı puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($r = -0,046$, $p = 0,535$).

Ölçeği ağrı yönetimi alt boyutu ile ameliyat sonrası deneyimlenen ortalama ağrı puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($r = 0,045$, $p = 0,539$).

Ölçeğin çevre alt boyutu ile ameliyat sonrası deneyimlenen ortalama ağrı puanı arasında anlamlı bir ilişki görülmedi ($r = -0,037$, $p = 0,618$).

Tablo 4.17. Ameliyat sonrası 0., 1. saatte ve saat 22.00’de ölçülen yaşamsal bulguların (ateş, nabız, kan basıncı) ameliyat sonrası 0., 1. saatte ve saat 22.00’de ölçülen ağrı puan ortalaması ile ilişkisinin incelenmesi

	0. Saat Ağrı Puan Ort.		1. Saat Ağrı Puan Ort.		Saat 22.00 Ağrı Puan Ort.	
0. saat	r*	p				
Ateş	0,129	0,078				
Nabız	-0,034	0,641				
Sistolik kan basıncı	0,091	0,214				
Diastolik kan basıncı	0,110	0,133				
1. saat			r*	p		
Ateş			-0,034	0,641		
Nabız			-0,025	0,731		
Sistolik kan basıncı			0,112	0,126		
Diastolik kan basıncı			-0,054	0,464		
Saat 22.00					r*	p
Ateş					-0,012	0,875
Nabız					0,170	0,020
Sistolik kan basıncı					0,089	0,227
Diastolik kan basıncı					-0,063	0,395

*Pearson korelasyon katsayısı

Tablo 4.17’de ameliyat sonrası 0., 1. saatte ve saat 22.00’de ölçülen yaşamsal bulguların (ateş, nabız, kan basıncı) ameliyat sonrası 0., 1. saatte ve saat 22.00’de ölçülen ağrı puan ortalaması arasındaki ilişki yer almaktadır.

Saat 22.00’de ölçülen ağrı puan ortalaması ile nabız sayısı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r= 0,170$ $p=0,020$). Ağrı puan ortalaması arttıkça nabız sayısı da artmaktadır.

0. ve 1. saatte ölçülen ağrı puan ortalaması ile yaşamsal bulgular arasında ve 22.00’de ölçülen ağrı puan ortalaması ile ateş, sistolik ve diastolik kan basıncı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

4.4 Hastaların Ağrı Yönetiminden Duydukları Memnuniyet Puanlarının İncelenmesi

Tablo 4.18. Hastaların ağrı yönetiminden duydukları memnuniyet puanlarının ortalaması

	Puan Aralığı	X±SS (Min-Max)
Memnuniyet	0-10	8,33±1,62 (0-10)

Tablo 4.18’de araştırma kapsamına alınan hastaların ağrı yönetiminden memnuniyet puan ortalamaları verilmektedir. Hastaların ağrı yönetiminden duydukları memnuniyet puan ortalamaları 8,33±1,62 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4.19’da araştırma kapsamına alınan hastaların sosyo-demografik değişkenlere göre ağrı yönetiminden duydukları memnuniyet puanlarının ortalaması yer almaktadır. Erkek (8,36±1,67), 18-29 yaş aralığında (8,71±1,49), zayıf-normal kilolu (8,64±1,72), evli (8,34±1,66), sosyal güvencesi olmayan (8,86±1,77), geliri giderine eşit (8,42±1,49), kronik hastalığı olmayan (8,47±1,56) hastaların ağrı yönetiminden memnuniyet puan ortalamasının yüksek olduğu belirlendi.

Hastaların BKİ’leri ile ağrı yönetiminden memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0,036). Cinsiyet (p= 0,605), yaş (p=0,771), medeni durum (0,373), sosyal güvence (p=0,148), gelir durumu (p=0,337) ve kronik hastalık (p= 0,149) ile ağrı yönetiminden memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 4.19).

Tablo 4.19. Hastaların ağrı yönetiminden duydukları memnuniyet puanlarının sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılması

Bireysel Özellikler	n	Memnuniyet Puanı	t Z	F X ²	p
Cinsiyet					
Kadın	95	8,31±1,58			
Erkek	92	8,36±1,67	Z=0,518		0,605
Yaş					
18-29 yaş	7	8,71±1,49			
30-50 yaş	95	8,36±1,55		X ² =0,519	0,771
51 yaş ve üzeri	85	8,27±1,72			
Beden Kitle İndeksi DSÖ					
Zayıf-Normal	56	8,64±1,75			
Fazla kilolu	77	8,12±1,75		X ² =1,714	0,036*
Obez-Morbid obez	54	8,31±1,22			
Medeni Durum					
Evli	172	8,34±1,66			
Bekar	15	8,27±1,16	Z=-0,891		0,373
Sosyal Güvence					
Var	180	8,31±1,62			
Yok	7	8,86±1,77	Z=-1,448		0,148
Kronik Hastalık					
Var	83	8,16±1,69			
Yok	104	8,47±1,56	Z=-1,442		0,149
Gelir Durumu					
Gelir-giderden	20	7,70±2,40			
Gelir-gidere denk	160	8,42±1,49		X ² =2,177	0,337
Gelir>giderden	7	8,00±1,73			

F= ANOVA Z=Mann-Whitney U testi X²= Kruskal Wallis testi t= t testi

Tablo 4.20’de araştırma kapsamına alınan hastaların yaşam alışkanlıklarına göre ağrı yönetiminden duydukları memnuniyet puanlarının ortalaması yer almaktadır. Sigara kullanmayan (8,40±1,43), alkol kullanmayan (8,36±1,62), kahve içme alışkanlığı olmayan (8,36±1,48) hastaların ağrı yönetiminden memnuniyet puan ortalamaları yüksek bulundu. Çay içme alışkanlığı olan (8,33±1,70) ve çay içme alışkanlığı olmayan (8,33±1,24) hastaların ağrı yönetiminden memnuniyet puanı birbirine eşittir.

Sigara (p=0,855), alkol (p=0,172), kahve (p=0,744), çay (p=0,426) alışkanlıkları ile ağrı yönetiminden duyulan memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

Tablo 4.20. Hastaların memnuniyet puanlarının yaşam alışkanlıklarına göre karşılaştırılması

Alışkanlıklar	n	Memnuniyet puanı	t Z	F X ²	p
Sigara					
Evet	75	8,23±1,88			
Hayır	112	8,40±1,43	Z=-0,182		0,855
Alkol					
Evet	7	7,71±1,60			
Hayır	180	8,36±1,62	Z=-1,367		0,172
Kahve					
Evet	35	8,23±2,17			
Hayır	152	8,36±1,48	Z=-0,328		0,431
Çay					
Evet	151	8,33±1,70			
Hayır	36	8,33±1,24	Z=-0,976		0,426

Z=Mann-Whitney U testi

Tablo 4.21. Hastaların memnuniyet puanlarının hastalığa ilişkin değişkenlere göre karşılaştırılması

Hastalığa ilişkin değişkenler	n	Memnuniyet Puanı	t Z	F X ²	p
Ameliyat geçirme					
Evet	111	8,41±1,59			
Hayır	76	8,21±1,66	Z=-1,044		0,297
LDH geçirme					
Evet	35	8,23±1,84			
Hayır	152	8,36±1,57	Z=-0,463		0,643
Ameliyat öncesi analjezik kullanma					
Evet	98	8,43±1,64			
Hayır	89	8,22±1,60	Z=-1,179		0,238
LDH nedeniyle ağrı yaşanan süre					
1 yıl>	75	8,43±1,52			
1-6 yıl	53	8,19±1,86		X ² =0,418	0,811
6 yıl <	59	8,39±1,48			
Kullanılan anestezi çeşidi					
Genel	163	8,23±1,66			
Spinal	24	9,04±1,16	Z=-2,709		0,007*
Ameliyat Süresi					
0,45-2 saat	148	8,44±1,44			
2,01-3,40 saat	39	7,92±1,43	Z=-1,280		0,200
Hastanede kalma süresi					
24-36 saat	131	8,57±1,25			
37-48 saat	37	7,78±2,44		X ² = 6,62	0,037
49-96 saat	19	7,74±1,62			
Beklenenden fazla ağrı					
Evet	52	7,75±1,95			
Hayır	138	8,56±1,42	Z=-4,069		0,000*

Z=Mann-Whitney U testi

X²= Kruskal Wallis testi

Tablo 4.21’de araştırmaya dahil edilen hastaların hastalığa ilişkin değişkenlere göre ağrı yönetiminden duydukları memnuniyet puanlarının ortalaması yer almaktadır. Geçmiş ameliyat deneyimi olan ($8,41\pm 1,59$), daha önceden LDH ameliyatı geçirmeyen ($8,36\pm 1,57$), ameliyat öncesi analjezik kullanan ($8,43\pm 1,64$), LDH nedeniyle 1 yıldan kısa süredir ağrı deneyimleyen ($8,43\pm 1,52$), ameliyat sırasında spinal anestezi uygulanan ($9,04\pm 1,16$), ameliyat süresi 0,45-2 saat arasında olan ($8,44\pm 1,44$), hastanede kalma süresi 24-36 saat olan ($8,57\pm 1,25$), ağrı deneyimi beklentisinden fazla olmayan ($8,56\pm 1,42$) hastaların ağrı yönetimi memnuniyet düzeyi ortalama puanı yüksek bulundu.

Hastalara uygulanan anestezi çeşidi ile ağrı yönetiminden duyulan memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p=0,007$, $Z=-2,709$),

Hastanede kalma süresi ile ağrı yönetiminden duyulan memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p=0,037$, $X^2= 6,62$),

Beklenen ağrı düzeyi ile ağrı yönetiminden duyulan memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu görülmüştür ($p=0,001$, $Z=-4,069$).

Tablo 4.22. Ağrı deneyimi ve ağrı yönetiminden memnuniyet arasındaki ilişki

	Memnuniyet	
	r*	p
Ortalama Ağrı puanı	-0,217	0,003
En kötü ağrı puanı	-0,026	0,727
En hafif ağrı puanı	-0,233	0,001
Görüşme anı ağrı puan	-0,236	0,001

*Pearson Correlation

Tablo 4.22’de ağrı deneyimi ile ağrı yönetiminden duyulan memnuniyet düzeyi arasındaki ilişki incelenmiştir.

Ortalama ağrı puanı ile memnuniyet düzeyi arasında negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu bulundu ($p=0,003$, $r= -0,217$).

Ameliyat sonrası erken dönemde deneyimlenen en kötü ağrı puanı ile memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmedi ($p=0,727$, $r=0,727$).

Ameliyat sonrası erken dönemde deneyimlenen en hafif ağrı puanı ile memnuniyet düzeyi arasında negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu görüldü ($p=0,001$, $r= -0,233$).

Görüşme anı ağrı puanı ile memnuniyet düzeyi arasında negatif yönde zayıf bir ilişki bulundu ($p=0,001$, $r= -0,236$).

Tablo 4.23. Ölçek toplam puanı ve alt boyut puanları ile memnuniyet arasındaki ilişki

	Memnuniyet	
	r*	p
Total ölçek	0,232	0,001**
Hemşirelik girişimleri	0,303	0,000**
Ağrı yönetimi	0,052	0,478
Çevre	0,151	0,040

*Pearson korelasyon katsayısı **p<0,001

Tablo 4.23’de ölçek ve alt boyutlarının puan ortalamaları ile ağrı yönetiminden duyulan memnuniyet düzeyi arasındaki ilişki incelenmiştir.

Genel ölçek puan ortalaması ile ağrı yönetiminden duyulan memnuniyet düzeyi arasında pozitif yönde çok zayıf bir ilişki olduğu bulundu (p=0,001, r=0,232).

Ölçeğin hemşirelik girişimleri alt boyutu puan ortalaması ile ağrı yönetiminden duyulan memnuniyet düzeyi arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu belirlendi (p=0,000, r=0,303).

Ölçeğin ağrı yönetimi alt boyutu puan ortalaması ile ağrı yönetiminden duyulan memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (p=0,478, r=0,052).

Ölçeğin çevre alt boyutu puan ortalaması ile ağrı yönetiminden duyulan memnuniyet düzeyi arasında pozitif yönde çok zayıf bir ilişki olduğu görüldü (p=0,040, r=0,151).

5.TARTIŞMA

Lomber disk hernisi ameliyatı sonrasında hastanın iyileşmesini hızlandırmak, komplikasyon görülme riskini azaltarak hastanede kalış süresini kısaltmak ve bireyin işine ve günlük yaşamına kısa sürede dönmesini sağlamak ağrının kontrol altına alınmasıyla mümkün olabilir. Multidisipliner ekip yaklaşımı gerektiren ağrı yönetimi, hastayla en çok zaman geçiren sağlık personeli olması nedeniyle hemşireye önemli sorumluluklar yüklemektedir. Ameliyat sonrası ağrının giderilmesi hemşirelik bakımının kalitesini gösteren ve hasta memnuniyet düzeyini etkileyen önemli bir hemşirelik girişimi olarak kabul edilmektedir (Aygın ve Var 2012; Ersek ve ark, 2007; Glowacki, 2015).

Bu bölümde, LDH ameliyatı olan hastaların ameliyat sonrası ağrı deneyimleri ve ağrı yönetiminden duydukları memnuniyet düzeyinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan; örneklemi 187 hastanın oluşturduğu araştırma sonucunda elde edilen bulgular dört başlık altında tartışılmıştır:

5.1 Hastaların bireysel özellikleriyle ilgili bulguların tartışılması

5.2 Hastaların ameliyat sonrası ağrının giderilmesinde hastaya verilen bakımın kalitesinin değerlendirilmesi ölçeği ve alt boyutlarının puanlarından elde edilen bulguların tartışılması

5.3 Hastaların ağrı puanlarından elde edilen bulguların tartışılması

5.4 Hastaların ağrı yönetiminden duydukları memnuniyete ilişkin bulguların tartışılması

5.1 Hastaların Bireysel Özellikleri ile İlgili Bulguların Tartışılması

LDH ameliyatı olan hastaların yaş ortalaması $48,60 \pm 12,01$ yıl, beden kütle indeksinin ortalaması $27,60 \pm 4,30$ 'dur. Hastaların %50,8'inin kadın, %50,8'inin 30-50 yaş aralığında olduğu, %92'sinin evli olduğu, %85,6'sının gelirinin giderine eşit, %96,3'ünün sosyal güvencesinin olduğu görülmektedir. Hastaların %41,2'si fazla kiloludur, %44,4'ünün kronik bir hastalığı bulunmaktadır. En sık görülen kronik hastalığın ise hipertansiyon (%33,6) olduğu saptandı.

LDH oluşumuna zemin hazırlayan disk dejenerasyonlarına neden olabilecek risk faktörlerinin incelendiği çalışmalarda, disk herniasyonunun en sık 30-50 yaş grubunda görüldüğü belirtilmektedir (AAOS 2012; Dönmez ve ark 2010; Heliövaara 1988). Aydoğan (2005)'in LDH nedeniyle cerrahi girişim uygulanan hastalarda yaptığı çalışmasında da hastaların %63'ünün; Yılmaz (2017)'in servikal ve lomber disk hernisi olan hastalarla yaptığı çalışmasında da hastaların çoğunluğunun (%38) 30-50 yaş grubunda olduğu gösterilmiştir. LDH cerrahisi geçiren hastalarla yapılan diğer çalışmalarda da hastaların yaş ortalamalarının 46 ile 50 yaş arasında değiştiği belirtilmektedir (Dönmez ve ark., 2010; Irmak, 2016; Karabekir ve Yaycıoğlu, 2007; Sedighi ve Haghnegahdar, 2014; Yıldırım, 2013; Yılmaz 2017). Bu çalışmada da LDH ameliyatı olan hastaların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde yarısının (%50,8) 30-50 yaşlar arasında olduğu ve yaş ortalamalarının $48,60$ olduğu görülmektedir. Bu bulgular yaş grubu ve yaş ortalaması açısından değerlendirildiğinde daha önce yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir. 30-50 yaş arasındaki bireylerin çalışan ve üretken yaş grubu olarak kabul edilmeleri, fiziksel olarak zorlanma ve psikolojik stres gibi mesleki özelliklerden kaynaklanan risklere daha fazla maruz kalmaları ile açıklanabilir (Erkal, 2006; Özbayır, 2014).

Cinsiyet ile LDH oluşumu arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalarda; erkek olmanın LDH riskini artırdığı (Luchtman and Firsching, 2016; Han ve ark, 2017), LDH ameliyatı olan hastaların cinsiyete göre dağılımının incelendiği çalışmalarda erkek hastaların oranı daha yüksek bulunmuştur (Amir ve Qadir, 2018; Heider ve ark., 2007; Petr ve ark, 2017; Strömquist ve ark., 2016). Bazı çalışmalarda da LDH tanısı olan hastaların çoğunlukla kadın hastalar olduğu belirtilmektedir (Dönmez ve ark., 2010; Gür ve ark., 2000; Kıralp ve ark., 2005; Ng ve Sell, 2004). Literatürde bu araştırmanın bulgusunu destekleyen çalışmalar mevcutken, desteklemeyen

çalışmalarda mevcuttur. Bu sonuç örnekleme dahil edilen kadın hasta sayısının fazla olmasıyla açıklanabilir.

Fazla kilolu ya da obez olmanın; omurgaya binen yükü arttırarak hareketin biyomekanik ilkelere göre yapılmasını engellediği, LDH oluşumunda rol oynayan ciddi bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (Akça ve ark., 2013; Hadjipavlou, 2008; İlhan, 2007). Bu çalışmada hastaların %41,2'sinin fazla kilolu, %28,9'unun ise obez veya morbid obez olduğu belirlendi. LDH cerrahisi geçiren hastalarla yapılan diğer çalışmalarda da hastaların çoğunluğunun fazla kilolu ya da obez olduğu belirlenmiştir (Dönmez ve ark., 2010; Köse ve Hatipoğlu, 2012; Saftic ve ark., 2006; Yıldırım, 2015).

Bu çalışmada LDH ameliyatı geçiren bireylerin %92'sinin evli olduğu belirlendi. Benzer şekilde Karagöz (2006)'ün LDH nedeniyle ameliyat programına alınan hastaların ağrı gidermede kullandıkları tamamlayıcı tedavileri belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada hastaların %71,9'unun, Irmak (2016)'ın "LDH nedeniyle ameliyat olan hastalarda hastalık algısının öz bakım gücüne etkisini araştırdığı çalışmasında hastaların %93,5'inin evli olduğu görülmüştür. LDH tanılı hastalarla yapılan diğer çalışmalarda da hastaların çoğunluğunun evli olduğu belirlenmiştir (Akça ve ark., 2013; Bahçeli, 2014; Çilingir ve ark., 2012). Çalışma bulguları literatüre uyum göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların tamamına yakınının (%96,3) sosyal güvencesinin olduğu belirlendi. Aydoğan (2005), Irmak (2016) ve Yılmaz (2017) LDH cerrahisi geçiren hastalarla yaptıkları çalışmalarında da hastaların sırasıyla %97'sinin, %96'sının ve %82,6'sının sosyal güvencesinin olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmanın bulguları konuyla ilgili farklı hasta gruplarıyla yapılan çalışmaların bulgularıyla da benzerlik göstermektedir (Ayhan, 2015; Özlü, 2006).

Çalışma kapsamına alınan hastaların %85,6'sının gelirinin giderine eşit olduğu belirlendi. Benzer şekilde Yılmaz (2017)'in "Bel ve boyun fitiği olan hastaların ameliyat öncesi ağrı gidermede kullandıkları tamamlayıcı yaklaşımlar" ı belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında hastaların %77,2'sinin, Irmak (2016) ve Sarıtaş (2011)'in LDH ameliyatı geçiren hastalarla yaptığı çalışmalarında da sırasıyla hastaların %66'sının ve %70'inin gelirinin giderine eşit olduğu belirlenmiştir. Araştırmanın bulguları literatüre uyum göstermektedir.

Bu çalışmada LDH cerrahisi geçiren bireylerin %44,4'ünün kronik hastalığı olduğu, en sık görülen ek hastalığın (%33,6) hipertansiyon (HT) olduğu belirlendi. Çalışmalarda LDH' a eşlik eden kronik hastalık oranı Amir ve Qadir (2018)'in çalışmasında %16, Aydoğan (2005)'in çalışmasında %41 olarak bulunmuştur. Literatürde çalışmamızın bulgularına paralel olarak Ma ve ark. (2013) ve Miller ve ark. (2015)'nin LDH cerrahisi geçiren hastalarla yaptığı çalışmalarda sırasıyla en sık (%39,76-%38,8) görülen komorbiditenin HT olduğu bulunmuştur.

Türk erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF, 2017) HT prevalansı çalışmasının sonucuna göre Türk toplumunda HT; erkeklerde %38, kadınlarda %53 oranında görülmektedir. Bu çalışmadaki bulguların TEKHARF çalışmasının bulguları ile benzerlik gösterdiği de söylenebilir.

LDH oluşumuna neden olabilecek risk faktörlerinin incelendiği araştırmalarda, sigara kullanımı sonucunda açığa çıkan toksik maddelerin diskin yapısının bozulmasında rol oynadığı belirtilmektedir (Huang ve ark., 2016; Nasto ve ark., 2014; Strömqvist ve ark., 2016). Bu çalışmada LDH ameliyatı olan hastaların %40,1'inin sigara kullandığı belirlendi. Aydoğan (2005)'in ve Miwa ve ark. (2015)'nin LDH tanıli hastalarla yaptıkları çalışmalarında hastaların sırasıyla %34'ünün ve %36,5'inin sigara kullandıkları bulunmuştur. Bu çalışmada da hastaların yaklaşık yarısının sigara içtiği göz önüne alındığında sigaranın LDH oluşumuna katkısının olduğu düşünülebilir.

Çalışmalarda LDH cerrahisi sonrasında hastaların %5-11'inde LDH'nin tekrarladığı bildirilmektedir (Matsumoto ve ark., 2013; Suk ve ark., 2001). Bu araştırmada da çalışmaya dahil edilen hastaların %18,7'sinin geçmişte LDH cerrahisi geçirdikleri bulundu. Moliterno ve ark. (2010) LDH ameliyatı geçiren 217 hastayı retrospektif olarak inceledikleri çalışmalarında hastaların %9,5'inde LDH'nin nüksettiği bulunmuştur. Bu çalışmada nüks LDH nedeniyle ameliyat olan hasta oranının literatürde bildirildiğinden daha fazla olmasının hastalara ameliyat öncesi ve sonrası dönemdeki bakımın eksikliği ve taburculuk eğitiminin yetersiz verilmesi ile açıklanabilir.

Bu çalışmada hastaların %52,4'ünün ağrıyla baş etmek için ameliyat öncesi dönemde ağrı kesici kullandıkları ve en sık kullanılan ağrı kesicinin NSAİ grubu analjezikler (%63,4) olduğu belirlendi. Yıldırım (2013)'in LDH cerrahisi geçiren hastalarla yaptığı çalışmasında deney grubundaki hastaların %63,2'sinin, kontrol

grubundaki hastaların %70'inin LDH ameliyatı öncesinde ağrı kesici kullandığı belirlenmiştir. Benzer şekilde farklı hasta gruplarıyla yapılan araştırmalarda da ağrıyla baş etmede analjezik kullanımının yaygın bir uygulama olduğu görülmektedir (Ayhan, 2015; Çelik, 2013; Yılmaz ve Gürler, 2011). Bu sonuçlar doğrultusunda hastaların hekimin önerisi olmaksızın da ağrı kesici ilaç kullanmış olabilecekleri düşünülmüştür. Lüzumsuz analjezik kullanımını önlemek ve hastaları ilaçların yan etkilerinden korumak için ağrı kesicilerin kontrollü kullanımı teşvik etmek, ağrı yönetiminde farmakolojik olmayan yöntemlerin etkinliğini değerlendirmenin yararlı olabileceği düşünülmektedir (Breivik ve ark., 2006; Koçoğlu ve Özdemir, 2011; Yılmaz, 2011).

Bu çalışmada LDH nedeniyle bel ağrısı deneyimleme süresinin 1 ay ile 45 yıl arasında (Ort:5,58 yıl) değiştiği görüldü. Tuna (2007)'nin LDH cerrahisi geçiren hastalarla yaptığı çalışmasında ise cerrahi öncesinde hastaların 1 ay ile 20 yıl arasında (Ort: 8,25 yıl) bel ağrısı yakınmasının olduğu saptanmıştır. LDH tedavisinde farklı yöntemler bulunmakla birlikte cerrahi uygulanan hastaların sayısı da azımsanmayacak düzeydedir. Uzun süreden beri LDH tanısı olan hastaların ameliyat olmalarına etki eden faktörlerin belirlenmesine katkı sağlayacak çalışmaların yapılmasında yarar olduğu düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yarısından fazlası (%50,8) ameliyat öncesi deneyimledikleri ağrının batıcı tarzda olduğunu ifade etmişlerdir. Hastaların tanımladıkları ağrı şeklinin batıcı tarzda olması, literatürde belirtilen herniye olmuş diskin sıkıştırdığı sinir kökünde meydana getirdiği hasarla açıklanabilir (Müslümanoğlu, 2002). Ağrı çekmek hasta konforunu ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir durumdur (Aslan, 2006; Erdine, 2006; Gordon ve ark., 2002). LDH 'li hastaların cerrahiye karar vermelerindeki en büyük sebebin ağrı çekmek olduğu belirtilmektedir (Atlas ve ark., 1996). Bu çalışmada araştırma kapsamına alınan LDH cerrahisi geçiren hastaların ameliyat olmaya karar vermelerindeki en önemli etkenlerin sırasıyla hareket kısıtlaması (%35,9) ve ağrı (%35,3) olduğu görülmüştür. Bu sonuç Atlas ve ark. (1996)'nın çalışmalarındaki hastaların ameliyata karar verme gerekçeleri ile benzerlik göstermektedir.

LDH ameliyatı ortalama olarak 70 dakika süren bir işlemdir (Weinstein ve ark., 2006). Bu çalışmada LDH cerrahisi geçiren hastaların işlem sürelerinin 45 -220 dakika arasında (Ort: 117 dakika) değiştiği bulundu. Tuna'nın (2007) LDH ameliyatı geçiren

hastalarla yaptığı çalışmasında ameliyat süresinin 45 -180 dakika arasında değiştiği (Ort: 100 dakika) belirlenmiştir.

Bu çalışmada LDH ameliyatı geçiren hastaların %97,3'üne ağrı kontrolünü sağlamak amacı ile etken maddesi deksketoprofen olan NSAİ grubu analjeziklerin uygulandığı tespit edildi. Hastaların tamamına (%100) IV yolla, 2x1 dozda ameliyat sonrası 0. saatte ve akşam rutin olarak 22.00'de analjezik uygulandığı, %1,06 (n=2) hastaya ise ek analjezik verildiği görüldü. Lorentzen ve ark. (2012)'nin çalışmasında da ameliyat sonrası ağrı yönetiminde hastaların tamamına (%100) NSAİ grubu analjezik uygulandığı saptanmıştır. NSAİ özellikle inflamasyona neden olan akut türdeki ameliyat sonrası ağrının giderilmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır (Kayaalp, 2005; Önal, 2004). LDH cerrahisinden sonra farklı gruptan analjezik kullanılan ve bunların etkinliğini gösteren çalışmalar da mevcuttur (Küçük, 2015; Sekar ve ark., 2004; Uzun ve ark, 2010).

Ağrı ameliyat sonrası dönemde doku travması nedeni ile beklenen bir semptomdur. Ağrıyı tamamen gidermek mümkün olmasa da hastalar için katlanılabilir sınırlarda tutmak sağlık çalışanlarının en önemli sorumlulukları arasındadır (Dysvik ve ark., 2011; Özbek, 2004). İyi yönetilmeyen ameliyat sonrası ağrı kronik ağrıya dönüşerek (Gerbershagen ve ark., 2014; Institute of Medicine, 2011; Majer ve ark., 2010) hastaların iyileşme sürecinin daha da uzamasına neden olmakta ve hasta konforunu olumsuz etkileyerek memnuniyetsizliğe yol açmaktadır (Ay ve Alpar, 2010; Kayrakçı ve Özşaker, 2014; Murola ve ark., 2007). Yapılan çalışmalarda hastaların ameliyat sonrası dönemde ağrı yaşadıkları ve yaşanan ağrının komplikasyon görülme riskini arttırarak hastanede kalma süresinde uzamaya neden olduğu belirtilmektedir (Özer, 2001; Akkaya, 2014). Bu çalışmada LDH cerrahisi geçiren hastaların %27,8'inin ameliyat sonrası dönemde beklediklerinden daha fazla ağrı deneyimlediklerin belirlendi. Vatansever ve Akansel (2014)'in "Ameliyat Sonrası Ağrının Giderilmesinde Hastaya Verilen Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği"nin Türkçe'ye uyarlanması için farklı hasta gruplarıyla yaptıkları geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında hastaların %40,7'sinin ameliyat sonrası dönemde beklediklerinden daha fazla ağrı deneyimlediği görülmüştür.

5.2 Ameliyat Sonrası Ağrının Giderilmesinde Hastaya Verilen Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarından Elde Edilen Bulguların Tartışılması

Bu çalışmanın sonucuna göre LDH ameliyatı geçiren hastaların ameliyat sonrası ağrının giderilmesinde hastaya verilen bakım kalitesinin değerlendirilmesi ölçeği toplam puan ortalaması $51,44 \pm 6,61$ (14-70) olarak hesaplanmıştır Vatansever ve Akansel (2014)'in aynı ölçeği kullanarak farklı hasta gruplarıyla yaptığı çalışmada ölçeğin toplam puan ortalaması 45,8; Idvall ve ark. (2002)'nin çalışmasında ise ölçek puan ortalaması 58,6'dır.

Bu çalışmada ölçeğin toplam puanı ve alt boyutlarından alınan puanların hastalara ait sosyo-demografik değişkenlerden cinsiyet, yaş, medeni durum, sosyal güvence, kronik hastalık varlığı ve hastaların gelir durumuna göre farklılık göstermediği belirlendi ($p > 0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte; kadın hastaların ölçekteki tüm puan ortalamalarının; 18-29 yaş grubundaki hastaların ve evli olanların toplam ölçek puanı, ölçeğin hemşirelik girişimleri ve çevre alt boyutlarından; kronik bir hastalığa sahip olan ve geliri fazla olan hastaların ölçeğin toplam puanı ve alt ölçeklerden aldıkları puanlar yüksek bulundu. Bu bulgulara dayanarak kadın hastaların ağrıyla gidermede verilen bakımın kalitesinden memnuniyet düzeylerinin erkek hastalara göre daha yüksek olduğu söylenebilir. Literatürde farklı hasta gruplarıyla yapılan çalışmalarda kadınların ağrıyla erkeklerden daha yoğun hissettiği ve daha sık ağrı bildiriminde bulunduğu dair çalışmalar mevcuttur (Fillingim, 2000; Paller ve ark., 2009; Wiesenfeld-Hallin, 2005) Bu durumun kültürel, hormonal, genetik ve psikososyal faktörlerden kaynaklandığı düşünülmektedir (Barthley ve Fillingim, 2013; Fillingim, 2000; Paller ve ark., 2009; Wiesenfeld-Hallin, 2005). Ağrı puanının kadınlarda erkeklerden daha yüksek olmasına rağmen memnuniyetin fazla olmasının nedeni; kadının yüzyıllardan beri evdeki bakım verici rolü nedeniyle, hastanede de kendi ihtiyaçlarını en üst düzeyde karşılayabilmek için aktif olması, sosyal yönü ile iletişim becerisinin erkeklerden daha iyi olmasının bu amaca ulaşmada kolaylaştırıcı faktörler olması, erkeğin ise bakım alan pozisyonunda olmasının beklentilerini arttırmasıyla açıklanabilir (Cerit, 2016).

Daha genç yaştaki (18-29 yaş) hastaların toplam ölçekten hemşirelik girişimleri ve çevre alt boyutlarından aldıkları puanların diğer yaş gruplarına göre yüksek olması daha önce bir hastalık deneyimi nedeni ile hastanede yatmamış olmalarından ya da şiddetli bir ağrıya yol açabilecek bir durumla karşılaşmamalarından kaynaklanabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Benzer şekilde evli olan hastaların da toplam ölçekten, hemşirelik girişimleri ve çevre alt boyutlarından aldıkları puanların yüksek olması algıladıkları sosyal desteğin daha fazla olmasıyla ilişkilendirilebilir (Apay ve Aslan, 2009; Cano ve ark., 2001; İçyeroğlu ve Karabulutlu, 2011; Özer ve ark., 2009; Şişe, 2012).

Kronik hastalığa sahip olan ve gelir düzeyi iyi olan hastaların tüm alt boyutlar ve ölçekten daha yüksek puan almış olmaları; kronik hastalık nedeni ile hastaneye başvuru deneyimin fazla olmasına bağlı olarak yapılan uygulamaları daha olumlu değerlendirme eğilimine sahip oldukları şeklinde yorumlanmıştır (Yıldız ve ark., 2014; Tokunaga ve Imanaka, 2002). Gelir düzeyi iyi olan hasta gruplarında ekstra bir stres faktörü olabileceği düşünülen maddi kaygılar olmadığı için ameliyat sonrası dönemi daha rahat geçirdikleri, ameliyat sonrası ortamı ve yapılan uygulamaları daha pozitif algıladıkları düşünülmüştür (Arslan ve ark., 2012; İçyeroğlu ve Karabulutlu, 2011).

Bu araştırmanın sonucuna göre; zayıf ve normal kilodaki hastaların ölçek toplam puan ortalamaları en yüksek ($53,26 \pm 6,86$), fazla kilolu hastaların puan ortalamaları ise en düşük ($50,36 \pm 6,37$) bulundu. LDH ameliyatı geçiren bireylerin ölçeği toplam puan ortalaması ile BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p > 0,05$). Literatürde BKİ ile ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Hastaların ölçeğin hemşirelik girişimleri alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması $27,70 \pm 4,23$ olarak hesaplandı. Bu çalışmada, hastaların %86'sı hemşirelerin kendilerine ağrıyı azaltacak uygun bir pozisyon almalarında yardımcı olduklarını belirtmişlerdir. Ayhan (2015)'in çalışmasında bu oran %79, Çelik (2013)'in araştırmasında %53 olarak bulunmuş, Idvall ve Berg (2008) çalışmasında ise %50 olarak bulunmuştur. Yılmaz ve Gürler (2011)'in çalışmasında ise hastaların %16,7'sinin ağrılarını azaltacak uygun pozisyonu bulabilmeleri için hemşirelerden yardım aldıkları belirlenmiştir. Bu çalışmada hastaların ağrıyı azaltacak en uygun

pozisyonu bulmalarına hemşirelerin yardımcı olma oranı yüksektir (%86). Bu sonucun, ağrının algılanmasında olumsuz bir yere sahip olan stres faktörünün hemşirelik girişimleri ile azaltılarak konforun sağlanması adına olumlu bir bulgu olduğu düşünülmüştür. Ameliyat sonrası dönemde hastalar ağrı nedeni ile çoğu zaman hareketlerini kısıtlamak durumunda kalmaktadırlar (Büyükyılmaz ve Aştı, 2009; Özer ve Bölükbaşı, 2001). Ağrıyı artıran veya azaltan etkenlerin hemşireler tarafından değerlendirilmesi ağrı değerlendirmesinde ve uygun hemşirelik girişimlerinin planlanmasındaki önemi yadsınmaz (Aslan ve Badır, 2005). Cerrahi sonrası ağrı yönetiminin yetersiz olduğu durumlarda; etkisiz solunum örüntüsüyle birlikte öksürümüne nedeniyle akciğer enfeksiyonlarının oluşabileceği, ağrı nedeniyle ayağa kalkamama sonucu derin ven trombozu (DVT) gibi komplikasyonların oluşma riskinin yükseldiği bilinmektedir. Cerrahi sonrası ağrının giderilmesinde insizyon yerinin desteklenmesi ve hastaya ağrıyı giderecek pozisyon verilmesi komplikasyonların gelişmesini engelleyebilecek önemli girişimlerdir (Shea ve ark., 2002). Bu çalışmada hastaların %34,2'si derin nefes alma, oturma kalkma ve hareket etmekle ağrılarının artıp artmadığının hemşireler tarafından sorgulandığını ifade etmişlerdir. Idvall ve Berg (2008)'in yaptıkları çalışmada benzer şekilde hastaların ancak %34'ü aktivite sırasında ağrılarının olup olmadığını değerlendirildiğini belirtmişlerdir. Her iki çalışmada da ağrının yönetilmesiyle ilgili hemşirelik girişimlerinin yeterli olmadığı görülmektedir. Hemşirelerin bu konuya ilişkin farkındalıklarının artırılmasına ilişkin eğitimlerin planlanması, hemşirelerin bu konuya ilişkin duyarlılıklarının artmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada hastaların ölçeğin ağrı yönetimi alt boyutunun puan ortalaması $13,95 \pm 3,29$ (6-24) olarak hesaplandı. Bu çalışmada, hastaların %54,9'u kendilerine verilecek olan ağrı tedavisi hakkında hemşirelerden bilgi aldıklarını, %81,9'u ağrı kesici ilaç istemese bile ağrı kesici ilaçların kendisine verildiğini, %89,3'ü sağlık personelinin ağrı şiddetini belirlemek için 1-10 arasında bir sayı ile ağrısını ifade etmesini istemediğini ifade etmişlerdir. Çelik (2013)'in çalışmasında hemşirelerin %30'unun ağrı tedavisi konusunda hastayı bilgilendirdiği, Ayhan (2015)'in çalışmasında hastaların %77,7'sinin, Idvall ve Berg (2008) araştırmasında ise hastaların %55'inin ameliyat öncesinde ameliyat sonrası yaşayacağı ağrı ve ağrı tedavisi ile ilgili bilgilendirildiği belirlenmiştir. Literatürde hastaları ameliyat

öncesinde, ameliyat sonrası yaşayacağı ağrı ve ağrı tedavisi ile ilgili bilgilendirmenin ağrı şiddetini hafiflettiği bildirilmiştir (Çelik, 2013; Çetinkaya ve Karabulut, 2010). Çelik (2013)'ün çalışmasında hemşirelerin %40'ının ağrı şiddetini değerlendirmede ölçek kullandığı, Yılmaz ve Güler (2011)'in çalışma sonucunda ise bizim çalışmamızda olduğu gibi (%9,7) hemşirelerin nerdeyse hiç ölçek kullanmadığı belirlenmiştir. Yapılan girişimlerin etkinliğini değerlendirebilmek için ölçek kullanımı gereklidir. Bu sonucun, hemşirelerin ağrı değerlendirmesi ve ağrı yönetimi ile ilgili bilgilerinin yetersiz ve iş yüklerinin fazla olmasıyla açıklanabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada hastaların %81,9'u ağrı kesici ilaç istemese bile ağrı kesici ilaçların kendisine verildiğini bildirmiştir. Ayhan (2015), Idvall ve Berg (2008), Yılmaz ve Güler (2011), Çelik (2013)'in çalışmalarında da hastaların sırasıyla %67'sinin %71'inin, %100'ünün ve %96,7'sinin hemşireden ağrı kesici ilaç istemese de kendisine analjezik uygulandığı ifade ettikleri belirlenmiştir. Bu sonuç ağrı kesici ilaçların lüzum halinde değil de saatinde uygulandığını göstermesi açısından olumludur. Böylece kandaki analjezik seviyesi dalgalanma göstermeden belli oranda kalarak etkisini sürdürmektedir. Bunun dışında hastalara uygulanan her ilacın analjezik olup olmadığı konusunda da yeterli veri yoktur. Hastaların kendilerine her yapılan uygulamanın ağrı kesici bir ilaç uygulaması olduğunu düşünmüş olabilecekleri de dikkate alınmalıdır.

Bu çalışmada hastaların %8'i hemşirelere ağrısının nasıl tedavi edilmesini istediğini ilettiğini ifade etmiştir. Ayhan (2015)'in çalışmasında ise bu oran %62 olarak belirlenmiş, Idvall ve Berg (2008)'in araştırmasında ise %48 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda bu oran diğer araştırmalara göre çok düşük bulundu. Bu sonuç; ağrı yönetiminde hastaların tercihlerinin yeterince alınmadığı ve hastaların ağrı yönetimindeki rolünün minimum olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte hemşirelerin; yalnızca hekimin inisiyatifinde olan farmakolojik ağrı tedavi yöntemlerini uyguladıklarını, hemşirelerin sorumluluklarından biri olan nonfarmakolojik ağrı giderme yöntemlerini uygulamadıklarını gösterebilir.

Bu çalışmada hastaların ölçeğin çevre alt boyutunun puan ortalaması $9,79 \pm 0,54$ (5-10) olarak hesaplandı. Çevre alt boyutunu oluşturan 'rahat bir uyku için sessiz ve sakin bir ortam sağlandı' ve 'hoş bir odada kalıyorum' maddelerine hastaların tümü (%100) katılmıştır (4 ve 5 puan). Çelik (2013)'in batın ameliyatı geçiren hastalarla

yaptığı araştırmasında, rahat bir uyku için sessiz ve sakin bir ortam sağlanması ile ilgili maddeye hastaların %60'ının olumlu cevap verdiği, Idvall ve Berg (2008)'in çalışmasında ise bu oranın %51 olduğu, Ayhan (2015)'in çalışmasında ise hastaların %76'sının bu soruya olumlu cevap verdiği bulunmuştur. Ölçeğin çevre alt boyut puanının diğerlerinden yüksek olması, çalışmanın yapıldığı hastanenin yeni ve hasta odalarının tek yataklı olmasına, hastane yönetiminin gürültü ile ilgili önlemler olarak (ziyaret saati kısıtlamaları) hastalara sakin ve konforlu bir ortam sağlamasına bağlanabilir. Bu durum ağrının algılanmasında olumsuz bir yere sahip olan uykusuzluk nedeniyle yorgunluğun giderilmesi adına olumlu bir sonuçtur (Aslan, 2014; Çavdar ve Akyüz 2017).

Çalışmada düzenli kahve içme alışkanlığına sahip LDH cerrahisi geçiren hastaların ölçeğin hemşirelik girişimleri alt boyutundan aldığı puanların yüksek olduğu görülmektedir. Kahve içme alışkanlığı ile ölçeğin toplam puanı ve ölçeğin hemşirelik girişimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu sonuç; kahvenin içinde bulunan kafeinin, bedenin ağrılı uyarana cevap verdiği modülasyon evresinde adenozin reseptörüne bağlanarak ağrıyı inhibe edici maddelerin salgılanmasında (endorfin vb.) rol oynaması ve adjuvan analjezik etkisi yaparak ağrı yönetimine katkı sağlaması, böylece hastaların bakımın kalitesini değerlendirmesine olumlu etkide bulunduğu şeklinde yorumlanabilir (Baratloo ve ark., 2016). Literatürde kahve içme alışkanlığının kullanılan ölçeğin puan ortalamalarının ilişkilendirildiği bir çalışma bulunmamıştır.

Ölçekten alınan toplam puan ortalaması ile ölçeğin alt boyutlarından alınan puanların hastalığa ait değişkenlere göre (ameliyat deneyimi, LDH cerrahisi deneyimi, analjezik kullanma durumu, LDH nedeni ile ağrı yaşama süresi, ameliyat süresi, hastanede kalınan süre, kullanılan anestezi çeşidi) karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmadığı görüldü ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte; daha önce herhangi bir ameliyat geçirmeyen hastaların, daha önceden LDH cerrahisi geçiren hastaların, LDH cerrahisi öncesi analjezik kullanım öyküsü olan hastaların, ameliyat sonrası 37-48 saat hastanede kalan hastaların ölçekteki tüm puan ortalamalarının; ameliyat süresi 45 dk ile 2 saat arasında olan hastaların ve ameliyat sonrası beklediklerinden daha fazla ağrısı olmayan hastaların toplam ölçek puanı,

ölçeğin hemşirelik girişimleri ve çevre alt boyutlarından aldıkları puanlar yüksek bulundu.

5.3 Hastaların Ağrı Puan Ortalamalarından Elde Edilen Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada LDH cerrahisi geçiren hastaların ameliyat sonrası ilk 24 saatte deneyimledikleri; ortalama ağrı şiddeti puanı (5,08), en kötü ağrı puan ortalaması (8,37), en hafif ağrı puanı ortalaması (3,17), görüşme anındaki ağrı puanı ortalaması (3,71) olarak bulundu. Ulutaş ve ark. (2017) LDH cerrahisi geçiren hastalarla yaptıkları araştırmalarında ameliyat sonrası ilk 24 saat içindeki ortalama ağrı şiddeti puanını 4.07 olarak belirlemişlerdir. Tuna (2007)'nın LDH cerrahisi geçiren hastalarla yaptığı çalışmasında ise ameliyat sonrası genel ağrı şiddeti puan ortalaması 1,7 olarak saptanmıştır. Uzun ve ark. (2010)'nın LDH cerrahisi sonrası nümerik ağrı derecelendirme skalası (NRS 0-3) kullanarak farklı analjezik gruplarının etkinliğini değerlendirdikleri çalışmalarında plasebo ve parasetamol uygulanan hastaların ameliyat sonrası birinci saatte ağrı puanı 2 (orta şiddetli), 2., 6., ve 24. saatte ağrı puanı 1 (hafif ağrı) olarak bulunmuştur. Sherwood ve ark. (2003) abdominal, ortopedik ve jinekolojik cerrahi geçiren hastalarla yaptıkları çalışmalarında ameliyat sonrası ilk 24 saatte hastaların genel ağrı puanı ortalamasını (5,6), en şiddetli ağrı puanı ortalamasını ise 8,1, görüşme anındaki ağrı puan ortalamasını ise 4,1 olarak belirlemişlerdir. Bu çalışmanın sonuçları konuyla ilgili farklı hasta gruplarıyla yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında hastaların ağrı şiddeti bazı çalışmalardan yüksek, bazılarında ise düşük bulunmuştur. Ameliyat sonrası erken dönem ortalama ağrı puanlarının farklılığının; bireylerin sosyo-demografik özelliklerine, kültürel ve sağlığa ilişkin özelliklerinin farklı olmasına, ameliyat yerine, farklı cerrahi türlerine ve tekniklerin uygulanmasına, ağrı yönetiminde farklı farmakolojik protokollerin kullanılmasına ve ağrı yönetiminin uygulanmasındaki yetersizliklere bağlanabilir.

Bu çalışmada hastaların ameliyat sonrası servise çıkarıldıklarındaki (0. saatte) ağrı puanı ortalaması (8,09) ile ameliyat sonrası 1. saatteki ağrı puanı ortalaması (5,87) ve saat 22.00'deki ağrı puanı ortalaması (3,59) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0,001$). Farklı hasta gruplarıyla yapılan çalışmaların sonuçları da bulduğumuz sonuçla paralellik göstermektedir (Çetinkaya ve Karabulut, 2010; Shea ve ark. 2002; Yılmaz ve Bilgili; 2011). Hastaların ağrı puan ortalamalarının zamanla azalması; cerrahi ağrının cerrahi travmayla başlayıp giderek azalma eğiliminde

olmasıyla açıklanabilir (Aslan ve Uslu, 2015). Bu çalışmada ağrı şiddetinin düşmesi cerrahi ağrının bahsedilen özelliği ve ağrı yönetimi ile ilgili olarak yapılan girişimlerin bir sonucu olarak değerlendirilmiştir. Bununla birlikte ortalama ağrı şiddeti 3,59 ve orta düzeyde ağrıyı tanımladığından ameliyat sonrası ağrı yönetiminde bazı eksiklikler olduğunu düşündürmektedir. Ağrıya bağlı komplikasyonları önlemek, etkin hemşirelik uygulamaları ile bakım kalitesini artırmak, ameliyat sonrası ağrıyı katlanılabilir sınırlarda tutmak hasta memnuniyetinin de artmasına katkı sağlayacaktır. Memnuniyetle ilgili yapılan çalışmalarda hastaların genel olarak memnun olduklarını belirtme ve gerçeği söylememe yönündeki eğilimi dikkate alındığında (Gordon ve ark.,2002; Idvall ve ark., 2002; Magidy ve ark., 2015; Vatansever ve Akansel, 2014) aynı durumun bu hasta grubunda da geçerli olabileceği düşünülmüştür.

Araştırma kapsamına alınan LDH cerrahisi geçiren hastaların cinsiyete göre ortalama, en kötü, en hafif, görüşme anı ağrı puan ortalamaları incelendiğinde kadınların ağrı puanlarının ortalamalarının sırasıyla (5,48; 8,69; 3,54; 4,21) erkeklerden daha yüksek (4,67; 8,04; 2,78; 3,20) olduğu bulundu. Cinsiyet ve ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p<0,001$) Araştırmamızın sonucu literatürde ağrı konusuyla ilgili olarak yapılan diğer araştırma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir (Güz ve ark., 2003; Heider ve ark., 2007; Strömqvist ve ark., 2016). Bu durum literatürde belirtildiği gibi kadınların ağrıya erkeklerden daha az toleranslı olması, ağrı eşiklerinin erkeklerden daha düşük olması ve kültürün bir yansıması olarak (ağrıdan yakınmamanın takdir edilmesi gibi) açıklanabilir (Aslan, 2015; Çevik, 2011; Dikmen, 2013; Kırđemir, 2011).

Çalışmada ameliyat süresi uzadıkça hastaların ağrı puanlarının ortalamalarının da arttığı görülmektedir. İşlem süresi >2 saat (2 saatten fazla) olan hastaların tüm kategorilerdeki ağrı puan ortalamaları işlem süresi $2<$ saat (2 saatten az) olan hastaların ağrı puan ortalamalarından daha yüksek bulundu. Hastaların genel ağrı puan ortalaması ve görüşme anı ağrı puan ortalamaları ile ameliyat süresi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,026$ ve $p=0,047$). Frödin ve Stomberg (2014)'in akciğer cerrahisi geçiren hastaların ağrı deneyimlerini belirlemek için yaptığı çalışmalarında da ameliyat süresi daha uzun olan hasta grubunun ameliyat sonrası ilk 24 saatte ağrı puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç; Kehlet ve ark.

(2006)'nın ameliyat sonrası ağrı düzeyinin tahmin edilmesinde etkili olan faktörleri araştırdıkları çalışmalarının bulgularıyla da uyum göstermektedir.

Araştırma örneklemine alınan hastaların hastanede kalma süresi ile ortalama, en kötü, en hafif, görüşme anındaki ağrı puanı arasında anlamlı bir ilişki vardır. ($p<0,05$). Ameliyat sonrası hastanede kalma süresi uzadıkça ağrı puan ortalamaları da yükselmektedir. Bu sonuç hastaların her ne kadar ameliyat sonrası ağrı skorları zaman geçtikçe düşüş gösterse de, uzun süre hastanede kalan hastaların konforlarında azalmaya bağlı ya da buldukları ortamdan sıkılmalarıyla ilişkili olarak ağrı puanının da etkilenmiş olabileceği düşünülmüştür. Bununla birlikte LDH cerrahisi geçiren hastaların %30'nun 36 saatten fazla hastanede yattıkları görülmektedir. Uzun süre yatışların nedeni ameliyat sonrası iyileşme sürecinin uzaması, ameliyat sonrası komplikasyonların gelişmesi nedeniyle olabileceği dikkate alındığında, hastaların ağrı ortalamalarının yüksek bulunması bu bulguları açıklar niteliktedir.

Bu çalışmada LDH cerrahisi sonrası beklediğinden daha fazla ağrı deneyimleyen hastaların tüm ağrı kategorilerinde ağrı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuş ve beklenenden daha fazla ağrı deneyimleme ile ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p=0,001$). Konuyla ilgili yapılan çalışmalar bu çalışmanın bulgularıyla paralellik göstermektedir (Gunningberg ve Idvall, 2007; Idvall ve ark., 2002; Frödin ve Stomberg, 2014; Ayhan, 2015; Yılmaz ve Gürler, 2011). Bu sonuç, deneyimlenen ağrının bireye özel olması, ağrının algılanmasının ve ağrı beklentisinin sosyo-demografik ve kültürel faktörlerden etkilenmesiyle açıklanabilir (Dikmen 2014).

5.4 Hastaların Ağrı Yönetiminden Duydukları Memnuniyete İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada araştırma kapsamına alınan hastaların ağrı yönetiminden duydukları memnuniyet düzeyi puan ortalaması $8,33 \pm 1,62$ (0-10) olarak bulundu. Literatürde LDH cerrahisi geçiren hastaların ağrı yönetiminden duydukları memnuniyete ilişkin bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak Vatansver ve Akansel (2014)'in farklı hasta gruplarıyla yaptıkları çalışmada hastaların ameliyat sonrası ağrı yönetiminden duydukları memnuniyet puanı $7,4 \pm 2,5$ Idvall ve ark. (2005) tarafından konuyla ilgili yapılan çalışmada ise memnuniyet puanı daha yüksek (8,7) bulunmuştur. Çalışmamızda ağrı yönetiminden duyulan memnuniyet puanı yüksek bulunmasına

rağmen hastaların %27,8'inin ameliyat sonrası beklediklerinden daha fazla ağrı deneyimledikleri görülmektedir.

Yüksek memnuniyet düzeyine rağmen, LDH cerrahisi geçiren hastaların %88,2'inin ağrı tedavisi hakkında hemşireden bilgi almak, %89,3'ünün ise hemşirenin 0-10 puan arasında bir ölçek kullanarak sabah, öğlen ve akşam hastanın ağrısını değerlendirip değerlendirmedeği konularında sorulan sorulara olumsuz cevap verdiği belirlenmiştir (1-2 puan olumsuz cevap kabul edilmiştir). Buna ek olarak yüksek ağrı seviyelerine rağmen (en kötü ağrı:8,37, ortalama ağrı:5,08, en hafif ağrı:3,71) hasta memnuniyetinin yüksek olarak saptanması düşündürücüdür. Literatürde konuyla ilgili farklı hasta gruplarıyla yapılan çalışmalarda da yüksek ağrı puanlarına rağmen hastaların hemşirelik bakımına yönelik yüksek memnuniyet düzeyi bizim çalışmamızın bulgularıyla paralellik göstermektedir (Gordon ve ark., 2002; Idvall ve ark., 2002; Lorentzen ve ark., 2012; Raksamani ve ark., 2013).

Hastaların ağrı deneyimi ve ağrı yönetiminden duyulan memnuniyet düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde ise; ameliyat sonrası ilk 24 saatte deneyimlenen ortalama ağrı puanı, en hafif ağrı puanı ve görüşme anındaki ağrı puanı ile ağrı yönetiminden duyulan memnuniyet düzeyi arasında negatif yönde zayıf bir ilişki saptandı. İlk 24 saatte deneyimlenen en kötü ağrı puan ortalaması ile memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Bu çalışmada ağrı puan ortalaması arttıkça, memnuniyet düzeyi düşmektedir. Literatürde ağrı puanı arttıkça ağrı yönetiminden memnuniyetin azaldığına dair bulgumuzu destekleyen çalışmalar olmakla birlikte (Berges ve ark., 2006; Sherwood ve ark., 2003; Yıldız, 1999), bunun aksine hastaların ağrı düzeyinin yüksek olmasına rağmen ağrı yönetiminden memnuniyetin yüksek bulunduğu çalışmalar da mevcuttur (Huang ve ark., 2001; Murola ve ark., 2007). Bu sonuç; yoğun ağrıları olsa bile hastaların bunu beklenen bir durum olarak algıladıkları için, memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu şeklinde yorumlanabilir. Bununla birlikte ağrının yönetilmesi hemşirenin sorumluluk alanına girmesine rağmen, eğitim düzeyi, kültürel yapı gibi nedenlerle hemşirelerden beklentilerinin ne olması gerektiğine ilişkin fikirlerinin olmaması, hasta tedavisine ilişkin uygulamaların hemşirelik bakımından ayırt edilememesi hastaların ameliyat sonrası ağrı yönetiminin kalitesini belirlemede engel oluşturabilmektedir (Yılmaz ve Gürler, 2011). Hastaların memnuniyetle ilgili sorulara olumsuz cevap vermeleri

durumunda kendilerine bakılmayacağını düşünmüş olabilecekleri de dikkate alındığında, hastaların ağrı yönetiminden duydukları memnuniyetin yüksek bulunmasını açıklayabilir. Buna ek olarak hemşirelik bakımına ve ağrı yönetimine ilişkin uygulamalar konusunda hastalardan hastanede yattıkları süre içinde geri bildirim istenmesi bazı olumsuzlukları dile getirmekten çekinmeleri ile açıklamak mümkündür. Benzer çalışmaların taburculuktan sonra da tekrarlanmasının hastaların ağrı yönetiminden memnuniyet düzeyleri ile ilgili olarak daha rahat yorumlar yapabilmelerine olanak sağlayacağını düşündürmektedir.

Bu çalışmanın dikkat çekici bulgularından biri de ağrı yönetiminin ilk basamağı olan ağrının değerlendirilmesine yönelik olanıdır. Hastaların %89,3'ü, hemşirelerin ağrı düzeyini belirlemek için, kendilerinden 0 ile 10 arasında bir sayı seçmelerini istemediklerini belirtmişlerdir. Bu sonuç, ameliyat sonrası ağrının ve yapılan girişimin etkinliğinin değerlendirilmesinde ölçek kullanılmadığını dolayısıyla değerlendirmenin sistematik olarak yapılmadığını göstermektedir. Çalışmamızın bu sonucu literatürde konuyla ilgili yapılan diğer çalışmalarda saptanan, hemşirelerin ağrı değerlendirme ölçeklerini çok düşük oranda kullandığı (Ayhan, 2015; Çelik, 2013; Yava ve ark., 2013; Yılmaz ve Gürler, 2011) ve hastaların hemşirelerin kendilerine ağrılarıyla ilgili bir şey sormadıklarını ifade ettikleri çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur (Carr ve Thomas, 1997; Yılmaz ve Gürler, 2011). Bu sonucun, hemşirelerin hastanın ağrı ifadesinin yeterli olduğunu düşünmeleri, ölçek kullanımını gereksiz bulmaları, ağrı değerlendirilmesiyle ilgili yeterli bilgiye sahip olmamaları nedeniyle ortaya çıktığı düşünülmektedir.

Bu araştırmada ağrı yönetiminden memnuniyet puanı ortalaması zayıf-normal kilolu hasta grubunda en yüksek iken düşük puan ortalamasının ise fazla kilolu hastalarda olduğu görülmektedir. Hastaların beden kütle indeksleri ile ağrı yönetiminden duyulan memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0,036$). Bu sonucun; örneklem içerisinde fazla kilolu hasta grubunun yüksek oranda olmasıyla (%41,2) açıklanabileceği düşünülmektedir.

Hastalara uygulanan anestezi çeşidi ile ağrı yönetiminden duyulan memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p=0,007$). Spinal anestezi alan hastaların ağrı yönetiminden duydukları memnuniyet puan ortalamasının $9,04\pm 1,16$ genel anestezi alan hastaların ağrı yönetiminden duydukları memnuniyet

puan ortalamasından (8,23±1,66) yüksek bulundu. Bu sonuç spinal anestezi alan hastaların genel anestezi alan hastalara göre daha avantajlı oldukları, bilinç düzeyinde bir değişme olmadığı için daha konforlu bir süreç yaşadıkları, genel anestezinin yan etkilerinden olan bulantı, kusma gibi rahatsızlık verici olayları daha az ya da hiç deneyimlemedikleriyle açıklanabilir.

Çalışmamızda hastanede kalma süresi 24-36 saat arasında olan hastaların memnuniyet puan ortalaması en yüksek (8,57±1,25); hastanede kalma süresi 49-96 saat olan hastaların memnuniyet puan ortalaması en düşük (7,74±1,62) bulundu. Hastanede kalma süresi ile ağrı yönetiminden duyulan memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı (p=0,037). Bizim çalışmamızdan farklı olarak Kayrakçı ve Özşaker (2014)'in 'Cerrahi hastalarının hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi' adlı çalışmalarında hastanede kalma süresinin uzunluğuyla memnuniyet arasında bir farklılık bulunmamıştır. Ameliyat sonrası hastanede kalma süresinin uzunluğu sağlık hizmetlerinin kalitesinin ve hasta bakımının önemli bir göstergesidir (Ricci ve ark., 2006). Bu sonuç; yetersiz ağrı yönetiminin hastanede kalma süresinin uzamasına neden olması dolayısıyla sağlık bakımının kalitesinin değerlendirilmesinde kilit bir noktaya sahip olmasıyla açıklanabilir.

LDH cerrahisi geçiren hastaları kapsayan bu çalışmada ameliyat sonrası beklediğinden daha fazla ağrı deneyimleyen hastaların memnuniyet puan ortalaması daha düşük bulundu. Beklenen ağrı düzeyi ile ağrı yönetiminden duyulan memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmektedir (p=0,001). Literatürde bizim bulgumuzla paralel çalışmalar bulunmaktadırlar (Gunningberg ve Idvall, 2007; Idvall ve ark., 2002; Frödin ve Stomberg, 2014). Bu sonuç; ağrı yönetiminin yetersiz olduğunu destekler niteliktedir.

Bu araştırmada ameliyat sonrası ağrının giderilmesinde hastaya verilen bakımının kalitesinin değerlendirilmesi ölçeği ve alt boyutları ile memnuniyet düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde; total ölçek ve çevre alt boyutu puan ortalamaları ile memnuniyet düzeyi arasında pozitif yönde çok zayıf; hemşirelik girişimleri alt boyutu ile memnuniyet düzeyi arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulundu. Ölçeğin ağrı yönetimi alt boyutu ile memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Bu sonuç; memnuniyet düzeyi ile hastaların algıları ve beklentileri arasında önemli bir

bağ olmasıyla açıklanabilir (Algier ve ark., 2005). Hastaların hemşireleri sadece hekimin dediğini yapan kişiler olarak görmeleri ve hemşirelik bakımından memnuniyetlerine ilişkin fikirlerinin sorulması yoluyla kendileriyle iletişim kurulması, çalışmanın yapıldığı hastane koşullarının iyi olmasının elde edilen sonuçları etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.



SONUÇLAR

Lomber disk herni cerrahisi uygulanan hastaların ağrı deneyimini ve ağrı yönetiminden duydukları memnuniyeti belirlemek amacıyla 187 hasta ile yapılan bu çalışmanın sonuçları aşağıda özetlenmiştir.

- Hastaların %50,8'inin kadın, %50,8'inin 30-50 yaş grubunda olduğu belirlendi.
- Hastaların %44,4'ünün kronik hastalığı olduğu, en sık görülen kronik hastalığın (%33,6) HT olduğu saptandı.
- Hastaların %18,7'sinin daha önceden LDH cerrahisi geçirdiği bulundu.
- Hastaların %40,1'inin LDH nedeniyle 1 yıldan az süredir ağrı deneyimlediği, %50,8'inin batıcı tarzda ağrı tarif ettiği, evde bel ağrısı olduğunda %59,9'unun sert bir zemine uzanarak ağrısını hafifletmeye çalıştığı saptandı.
- Hastaların %79,1'inin ameliyatının 2 saatten az sürdüğü, %87,2'sinin genel anestezi aldığı, ameliyat sonrası hastaların %97,3'üne NSAİ türü analjezik uygulandığı belirlendi.
- Hastaların %27,8'i ameliyat sonrası beklediklerinden daha fazla ağrı deneyimlediklerini ifade etti.
- Hastaların ameliyat sonrası ağrının giderilmesinde hastaya verilen bakımın kalitesinin değerlendirilmesi ölçeği puan ortalaması $51,44 \pm 6,61$, hemşirelik girişimleri alt boyut puan ortalaması $27,70 \pm 4,23$, ağrı yönetimi alt boyut puan ortalaması $13,95 \pm 3,29$, çevre alt boyut puan ortalaması $9,79 \pm 0,54$ olarak bulundu.
- Ölçek toplam puanı ile BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Zayıf-normal kilodaki hastaların total ölçek puanı en yüksek ($53,26$) bulundu.
- Kahve içme alışkanlığı olan hastalar ile ameliyat sonrası ağrının giderilmesinde hastaya verilen bakımın kalitesinin değerlendirilmesi ölçeği ve hemşirelik girişimleri, ağrı yönetimi alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu.
- Hemşirelerin ağrı değerlendirmesinde ölçek kullanmadıkları görüldü.

- LDH cerrahisi olan hastaların ameliyat sonrası ilk 24 saatte deneyimledikleri genel ağrı puanı ortalaması $5,08 \pm 1,39$, en kötü ağrı puanı ortalaması $8,37 \pm 1,44$, en hafif ağrı puanı ortalaması $3,17 \pm 1,69$, görüşme anı ağrı puanı ortalaması $3,71 \pm 2,01$ olarak bulundu.
- Ameliyat sonrası 0. saat ağrı puanı ($8,09 \pm 1,62$), 1. saat ağrı puanı ($5,87 \pm 1,50$), saat 22.00'deki ağrı puanı ($3,59 \pm 1,67$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p < 0,001$).
- Kadınların tüm ağrı puan türlerinin ortalamasının erkeklerden daha yüksek olduğu belirlendi. Cinsiyet ile ağrı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p < 0,05$).
- Ameliyat süresi ile genel ağrı puanı ve görüşme anı ağrı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0,05$). Ameliyat süresi uzadıkça ameliyat sonrası ağrı puanı da artmaktadır.
- Hastanede kalınan süre ile tüm ağrı puan türleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0,05$). Hastanede kalınan süre uzadıkça ağrı puanının da arttığı görülmektedir.
- Beklediklerinden daha fazla ağrı deneyimleyen hastaların ağrı puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Beklenen ağrı düzeyi ile ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0,001$).
- Ağrı yönetiminden duyulan memnuniyet puan ortalaması $8,33 \pm 1,62$ olarak saptandı. Zayıf- normal kiloda olan hastaların memnuniyet puanı en yüksek bulundu. BKİ ile memnuniyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0,05$).
- Spinal anestezi alan hastaların ağrı yönetiminden duydukları puan ortalaması daha yüksektir. Anestezi türü ile memnuniyet puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0,05$).
- Hastanede 36 saatten az kalan hastaların memnuniyet puan ortalaması en yüksek bulundu, hastanede kalma süresi ile memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0,001$).
- Ağrı yönetiminden duyulan memnuniyet puan ortalaması ile genel ($r = -0,217$, $p = 0,003$), en hafif ($r = -0,233$, $p = 0,001$), görüşme anındaki ($r = -0,236$, $p = 0,001$) ağrı puan ortalamaları arasında negatif yönde çok zayıf bir ilişki bulundu.

- Ağrı yönetiminden duyulan memnuniyet puan ortalaması ile ameliyat sonrası ağrının giderilmesinde hastaya verilen bakımın kalitesinin değerlendirilmesi ölçeği toplam puan ortalaması ($r=0,232$, $p=0,001$) ve çevre alt boyutu ($r=0,151$, $p=0,040$) arasında pozitif yönde çok zayıf bir ilişki bulundu. Hemşirelik girişimleri ile memnuniyet düzeyi puan ortalaması arasında ($r=0,303$, $p=0,001$) pozitif yönde zayıf bir ilişki bulundu.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşirelik bakımının kalitesinin belirlenmesinde en önemli göstergelerden biri olan; ağrı yönetiminin ilk basamağı kabul edilen ağrı değerlendirmesinde hemşirelerin sistematik ve kanıta dayalı ağrı yönetimi uygulamaları konusunda teşvik edilmeleri,
- Ağrı yönetiminde hemşirelerin farkındalıklarını artıracak eğitimlerin planlanması ve hemşirelik eğitimi sırasında bu konuya önem verilmesi,
- Klinik ortamlarda hastaların ameliyat sonrası ağrılarının nasıl yönetileceğine ilişkin bilgi verilmesi,
- Hemşirelerin cerrahi öncesi ve sonrası ağrıya yönelik değerlendirmelerinde standart protokollere uyumunun sağlanması,
- LDH geçiren hastaların ağrı yönetiminde kullanılan NSAİ türü analjeziklerin tek başına ağrı yönetiminde yeterli olmadıkları belirlenmiştir ve multimodal ağrı tedavisi uygulayarak ağrı tedavisinde etkinliklerinin belirlenmesi amacıyla çalışmalar yapılması,
- Çok merkezli ve daha büyük örnekleme LDH cerrahisi sonrası ağrının nitelikleri ve ağrıyı etkileyen faktörler ile ağrının yönetimine yönelik hemşirelik girişimlerinin ve etkinliklerinin belirlenmesi için yeni çalışmalar yapılması,
- Hemşirelerin ağrının giderilmesinde farmakolojik yöntemlerin yanında nonfarmakolojik yöntemleri uygulaması için cesaretlendirilmesi ve bilgilendirilmesi önerilmektedir.

6. KAYNAKLAR

1. Acaroğlu R, Őendir M, Kaya H ve ark (2007) BireyselleŐtirilmiŐ hemşirelik bakımının hasta memnuniyeti ve sağlığa ilişkin yaşam kalitesine etkisi. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 15(59):61-67.
2. Akça, Aydın G, GümüŐ K (2013) Lomber Disk Hernili Hastaların Vücut Mekanikleri Bilgi Düzeyleri İle Ağrı Şiddeti Arasındaki İlişki. Gümüşhane University Journal Of Health Sciences, 2(1): 66.
3. Akın S, Erdoğan 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.
4. Akkaya T (2016) Akut ağrılı hastaya yaklaşım Keçik Y, editör. Temel Anestezi. 2.baskı, Güneş Kitabevi, Ankara s: 1059.
5. Aksakal AM, Karaeminoğulları O, Aydınlı U (2004) Lomber Disk Hernisi. ALTUN N, YAZAR T, BENLİ T (ED), Dejeneratif Omurga Hastalıkları. Türk Omurga Derneği Yayınları, Ankara, s: 449-478.
6. Aksakal T, Bilgili N (2004) Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyetin Değerlendirilmesi; Jinekoloji Servisi Örneği. Erciyes Tıp Dergisi, 30(4), 242-249.
7. Akyolcu N, Uğraş GA (2017) Sinir Sisteminin Cerrahi Hastalıkları ve Bakımı. Editör: AKYOLCU N, KANAN N, AKSOY G, Cerrahi Hemşireliği. Cilt 2, 1. baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, s: 565-574.
8. Akyüz N (2015) Nöroşirürjide cerrahi girişim öncesi, sırası ve sonrası hemşirelik bakımı. Öztekin S.D. (Ed.). Nöroşirürji Hemşireliği, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul s: 271-280.
9. Algier L, Abbasoğlu A, Hakverdioğlu ve ark (2005) Hastaların ve Hemşirelerin, Hemşirelik Girişimlerinin Önemini Algılamaları. C.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(1): 33-40.
10. American Academy of Orthopedic Surgeons (2012) Herniated Disk in the Lower Back. <https://orthoinfo.aaos.org/en/diseases--conditions/herniated-disk-in-the-lower-back/>, (05.06.2018).
11. 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.
12. Apay ES, Arslan S (2009) Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Hastaların Tatmin Olma Düzeyleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(3):239-244.
13. Arslan S, Nazik E, Tanrıverdi D, Gürdil S (2012) Hastaların Sağlık Hizmetlerinden ve Hemşirelik Bakımından Memnuniyetlerinin Belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(6):717-724.
14. Aslan FE, Badır A (2005) Ağrı kontrol gerçeği: hemşirelerin ağrının doğası, değerlendirilmesi ve geçirilmesine ilişkin bilgi ve inançları. *Ağrı*, 17, 44-51
15. Aslan, FE (2006). Postoperatif Ağrı. İçinde FE Aslan (Ed.), Ağrının doğası ve Ağrı Yönetimi. Avrupa Tıp Kitapçılık, İstanbul, s:159-190.

16. Aslan FE (2014) Ağrı. İçinde: Dahili ve Cerrahi hastalıklarda bakım. Editörler: KARADAKOVAN A, ASLAN FE, 3.Baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, s:127-148.
17. Aslan FE, Öntürk ZK (2015) Ağrı Ölçümü ve Değerlendirilmesi. İçinde: ASLAN FE (editör). Ağrının Doğası ve Kontrolü, 2. Baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 67-100
18. Aslan FE, Uslu Y (2015) Ağrı Sınıflandırılması. İçinde: Aslan FE (editör). Ağrının Doğası ve Kontrolü, 2. Baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 57-66.
19. Aslan FE, Çavdar İ (2015) Cerrahi Ağrı. İçinde: ASLAN FE (Editör). Ağrının Doğası ve Kontrolü, 2. Baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, s: 185-212.
20. 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.
21. Ay F, Alpar ŞE (2010) Postoperatif ağrı ve hemşirelik uygulamaları. Ağrı, 22, 21-9.
22. Aydoğan N (2005) Lomber Disk Hernisi Nedeniyle Cerrahi Girişim Uygulanan Hastaların Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
23. Aygin D, Var G (2012) Travmalı hastanın ağrı yönetimi ve hemşirelik yaklaşımları. Sakarya Medical Journal 2: 61-70.
24. Ayhan F (2015) Abdominal Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Ağrı Deneyimleri Ve Ağrı Kontrolüne Yönelik Hemşirelik Girişimleri. Yüksek Lisans Tezi, 2015, Konya.
25. Bahçeli A (2014) Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Lomber Disk Hernisi Ameliyatı Olan Hastaların Anksiyete Ağrı Ve Uyku Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
26. Baratloo A, Rouhipour A, Forounzafar MM et al (2016) The Role of Caffeine in Pain Management: A Brief Literature Review. Anesth Pain Med; 6(3): e33193.
27. Bartley EJ, Fillingim RB (2013) Sex differences in pain: A brief review of clinical and experimental findings. Br J Anaesth, 111: 52-8.s
28. Bayraktar N (2016) Nöroşirürjide Bakım. ELBAŞ NÖ (Ed), Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Akıl Notları, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara s: 9-28.
29. Beaussier M, Genty T, Lescot T et al (2014) Influence of pain on postoperative ventilatory disturbances. Management and expected benefits. Annales Francaises D Anesthesie et de Reanimation; 33(7): 484-6.
30. Berges IM, Ottenbacher KJ, Smith PM et al (2006) Perceived pain and satisfaction with medical rehabilitation after hospital discharge, Clinic Rehabilitation, 20(8): 724-730.
31. Bono CM, Schoenfeld A (2011) Lumbar Disc Herniations. Herkowitz HN, Garfin SR, Eismont FJ, et al (Ed), Rothman-Simeone The Spine. pp: 887-914. <https://clinicalgate.com/lumbar-disc-herniations/>, (05.06.2018).
32. Boos N, Aebi M (2008) Spinal Disorders. Fundamentals Of Diagnosis And Treatment, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, New York, pp:481-507.
33. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain, 10, 287-333.

34. Büyükyılmaz F, Astı T (2009) Ameliyat Sonrası Ağrıda Hemşirelik Bakımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12: 84-94.
35. Byrne NT, Benzel EC, Stephen G (2000) Waxman Diseases Of The Spine And Spinal Cord, third edition, Oxford University Press, pp: 4-15.
36. Calvo-Muñoz I, Gómez-Conesa A, Sánchez-Meca J (2013) Prevalence of low back pain in children and adolescents: a meta-analysis. BMC pediatrics 13: 1
37. Cano A, Weisberg JN, Gallagher RM (2001) Marital Satisfaction and Pain Severity Mediate the Association between Negative Spouse Responses to Pain and Depressive Symptoms in a Chronic Pain Patient Sample. Pain Medicine, 1(1): pp 35-43.
38. Carr EC, Thomas VJ (1997) Anticipating and experiencing post-operative pain: The patients' perspective. Journal of Clinical Nursing, 6, 191-201.
39. Cerit B (2016) Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeyi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 27-36.
40. Ceyhan D (2017) Postoperatif Kronik Ağrı, Türkiye Klinikleri J Anest Reanim-Special Topics, 10(2): 169-74.
41. Chou R, Baisden J, Carragee EJ et al (2009) Surgery for low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society Clinical Practice Guideline. *Spine (Phila Pa 1976)*, 34(10), 1094-1109.
42. Chou R, Qaseem A, Snow V et al (2007) Clinical efficacy assessment Subcommittee of the American College of Physicians, American College of Physicians, American Pain Society Low Back Pain Guidelines Panel. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med* 147(7): 478-91.
43. Chow A, Mayer E, Darzi A et al (2009) Patient-reported outcome measures: The importance of patient satisfaction in surgery *Surgery* 146: 435 - 443.
44. Cousins M, Power I (2006) Akut ve postoperatif ağrı, Cev. Ed. K KESKİNBOĞA VE I AYDINLI. Ağrı Tedavisi El Kitabı, Melzack R, PD Wall, S Erdine Çev. Editörü Güneş Kitabevi, Ankara, s: 20-3
45. Cummins J, Lurie J, Tosteson T et al (2006) Descriptive Epidemiology and Prior Healthcare Utilization of Patients in the Spine Patient Outcomes Research Trial's (SPORT) Three Observational Cohorts, disc herniations, spinal stenosis and degenerative spondylolithesis. *Spine* 31(7): 806-814.
46. Çavdar İ, Akyüz N (2017) Ameliyat Sonrası Ağrı ve Yönetimi. İçinde AKSOY G, KANAN N, AKYOLCU N (Ed.), Cerrahi Hemşireliği 1, 2. baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 367-88.
47. Çelik S (2013) Batın ameliyatından 24-48 saat sonra hastaların ağrı düzeyleri ve uygulanan hemşirelik girişimleri. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2, 325-30.
48. Çetinkaya FB (2005) Lomber disk hernili hastalarda egzersiz ve elektrik stimülasyonunun etkinliği. Sağlık Bakanlığı 70. Yıl İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
49. Çetinkaya F, Karabulut N (2010). Batın ameliyatı olacak yetişkin hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin kaygı ve ağrı düzeyine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Derg*, 13, 20-6.
50. Çetinkaya MY (2015) Disk hernisi cerrahisi ve hemşirelik bakımı. Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics 1(2): 100-106.

51. Çevik K, Zaybak A (2011) Açık Kalp Ameliyatı Sonrasında Yapılan Egzersizlerin Ağrıya Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 14(4):54-59.
52. Çilingir D, Hintistan S ve Nural N (2012) Nonmedical Methods to Relieve Low Back Pain Descriptive Study in Herniation: A Caused by Lumbar Disc Northeastern Turkey. *Pain Management Nursing*, 15(2): pp 449-457.
53. Çöçelli LP, Bacaksız BD, Ovayolu N (2008) Ağrı tedavisinde hemsirenin rolü. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 14: 53-58.
54. Defrin R, Shramm L, Eli I (2009) Gender role expectations of pain is associated with pain tolerance limit but not with pain threshold. *Pain* 145(1-2): 230-236.
55. Demir Y, Eşer İ (2007) Hasta memnuniyetini etkileyen etmenler. *Hastane Forumu*, 2(4): 50-57.
56. Demirdağ F, Ediz L, Özgür A et al (2011) Kronik lomber disk hernili hastaların tedavisinde tens ile elektroakupunktur tedavisinin karşılaştırılması. *Van Tıp Dergisi* 18(1): 15-19.
57. Demirtaş B (2004) Jinekoloji kliniğinde yatan hastaların aldıkları hemşirelik hizmetlerinden memnun olma durumları ve beklentileri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(1): 34-47.
58. Desbiens NA, Wu AW, Broste SK et al (1996) Pain and satisfaction with pain control in seriously ill hospitalized adults: findings from the SUPPORT research investigations. For the SUPPORT investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment. *Critical Care Medicine* 24:1953-61.
59. Deyo RA, Weinstein JN (2001) Low back pain. *The New England Journal of Medicine* 344(5):363-70.
60. Deyo RA, Mirza SK, Martin BI (2006) Back pain prevalence and visit rates: estimates from U.S. national surveys 2002. *Spine*; 31:2724-7.
61. Dikmen Y (2014) Ağrı ve Yönetimi. İçinde: Hemşirelik esasları. Editörler: ATABERK AŞTI T, KARADAĞ A, 1. Baskı, Akademi basın ve yayıncılık, İSTANBUL, s: 633-667.
62. Dönmez YC, Dolgun E, Kabataş M ve ark (2010) Lomber Disk Hernili Hastalarda Risk Faktörlerinin İncelenmesi. *FÜ Sağ Bil Tıp Derg* 24(2): 89-92.
63. Duthey B (2013) Low back pain, Priority Medicines for Europe and the World "A Public Health Approach to Innovation. Background Paper 6.24
64. Dysvik E, Kvaloy JT, Natvig GK (2011) The effectiveness of an improved 42 multidisciplinary pain management programme: A 6-and 12-month follow-up study. *Journal of Advanced Nursing*, 68(5), 1061-1072. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2011.05810.x.
65. Erçelen N (2011) Dejeneratif Disk Hastalığında Genetik Yaklaşım Ve Biyolojik Tedavi. *Lomber Dejeneratif Disk Hastalığı ve Dinamik Stabilizasyon*: 34: 345-46.
66. Erdoğan E (2013) Lomber Disk Hernileri, <http://www.beyincerrahisi.org/TR,557/lomber-disk-hernileri.html>, (05.06.2018).
67. Erhan B, Gündüz B, Üstün S ve ark (2009) Sporcularda bel ağrısı: sık karşılaşılan sorunlar ve konservatif tedavi. *Bakırköy Tıp Derg* 5:127-131.

68. Erkal S (2006) İntervertebral Disk Hernileri. İçinde: EGEMEN N, ARSLANTAŞ A (Editör), Nörolojik Bilimler Hemşireliği, Alter Yayıncılık, Ankara, s: 212-220.
69. Ersek M, Irving GA (2007) Pain. LEWIS MS, HEITKEMPER MM AND DİRKSEN RS (Eds.) Medical Surgical Nursing Assesment and Management of Clinical Problems, Mosby, St. Louis, 60: 125-150.
70. Fardon DF (2001) Nomenclature and classification of lumbar disc pathology. Spine (Phila Pa 1976) 26(5): 461-2.
71. Faydalı S (2010) Cerrahi Hastalarında Analjeziklerin Kaliteli Kullanımı. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi: 83-91.
72. Fillingim RB Ness TJ (2000) Sex-related hormonal influences on pain and analgesic responses. Neurosci Biobehav Rev, 24:485-501.
73. Frödin M, Stomberg MW (2014) Pain management after lung surgery. Nursing reports; 4:3225.
74. Gan, TJ, Habib AS, Miller TE et al (2014) Incidence, patient satisfaction, and perceptions of post-surgical pain: results from a US national survey. Curr Med Res Opin 30:149-60.
75. Gerbershagen HJ, Pogatzki-Zahn E, Aduckathil S et al (2014) Procedure-specific risk factor analysis for the development of severe postoperative pain. Anesthesiology 120:1237-45C.
76. Glowacki, D (2015) Effective pain management and improvements in patients outcomes and satisfaction. Critical Care Nurse, 35(3), 33-43. DOI:10.4037/ccn2015440
77. Greenberg MS (2006) Handbook of Neurosurgery, Sixth Edition, Florida, pp: 467-479. Sarı S, Aydoğan M (2015) Bel ağrısının önemli bir sebebi: lomber disk hernisi. TOTBİD Dergisi 14:298-304. doi: 10.14292/totbiddergisi.2015.47
78. Goetzel RZ, D'Arco M, Thomas J et al (2015) Measuring the Prevalence and Incidence of Low Back Pain Disorders Among American Workers in the Aerospace and Defense Industry. J Occup Environ Med 57: 998-1003.
79. Gordon DB, Pellino TA, Miaskowski C et al (2002) A 10-year review of quality improvement monitoring in pain management: Recommendations for standardized outcome measures. Pain Management Nursing, 3(4), 116-130.
80. Guningberg L, Idvall E (2007) The quality of postoperative pain management from the perspectives of patients, nurses and patient records. Journal of Nursing Management, 15(7): 756-66.
81. Guyton AC, Hall JE (2007) Tıbbi Fizyoloji. Editörler: ÇAVUŞOĞLU H, YEĞEN BÇ, 11. Baskı, Nobel Tıp kitapçevleri, İstanbul, s: 598-608.
82. Gür A, Nas K, Çevik R et al (2000) Kronik bel ağrılı hastalarımızın etyolojik yönden incelenmesi. Romatizma 15, 191-198.
83. Güz H, Doğanay Z, Güz T (2003) Lomber Disk Hernisi Nedeniyle Ameliyat Olan Hastalarda Ameliyat Öncesi Anksiyete. Nöropsikiyatri Arşivi, 40(1-2): 36-39.
84. Hadjipavlou AG, Tzermiadianos MN, Bogduk N et al (2008) The pathophysiology of disc degeneration. J Bone Joint Surg Br 90B:1261-1270.
85. Han C, Kuang M, Ma JX et al (2017) Prevalence of Modic changes in the lumbar vertebrae and their associations with workload, smoking and weight in northern China. Scientific Reports volume 7, Article number: 46341

86. 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.
87. Harvey J (2014) *Musculoskeletal Problems*. Ed: LEWISS, DIRKSEN SR, HEITKEMPER MM et al, Medical Surgical Nursing. 9. ed, Elsevier, Canada, pp: 1539-1560.
88. 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.
89. 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.
90. Heliovaara M (1998) *Epidemiology of sciatica and herniated lumbar intervertebral disc*. The Social Insurance Institution, Helsinki, Finland.
91. Hesselgard K, Reinstrup P, Stromblad LG et al (2007) Selective dorsal rhizotomy and postoperative pain management. A worldwide survey. *Pediatr Neurosurg*, 43(2):107-12.
92. Hollingworth W, Todd CJ, King H et al (2002) Primary care referrals for lumbar spine radiography: diagnostic yield and clinical guidelines. *The British Journal of General Practice*; 52(479):475– 80.
93. Horgas AL, Elliott AF (2004) Pain assessment and management in persons with dementia. *Nurs Clin North Am* 9(3):593–606.
94. Hoy D, Brooks P, Blyth F et al (2010) The epidemiology of low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 24:769–81.
95. 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/
96. Huang N, Cunningham F, Laurito CE et al (2001) Can we do better with postoperative pain management? *The American Journal of Surgery*, 182: 440-448.
97. IBM Corp. Released 2015. *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
98. Idvall E, Hamrin E, Sjöström B et al (2002) Patient and nurse assessment of quality of care in postoperative pain management. *Qual Saf Health Care* 11, 327–334
99. Idvall E, Berg K, Unosson M et al (2005) Differences between nurse and patient assessments on postoperative pain management in two hospitals. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 11 (5): 444–451.
100. Idvall E, Berg A (2008) Patient assessment of postoperative pain management Orthopaedic patients compared to other surgical patients. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 12, 35–40.
101. Institute of Medicine (2011) *Relieving Pain in America: A Blueprint for Transforming Prevention, Care, Education, and Research*. Committee on Advancing Pain Research, Care, and Education. Washington (DC): National Academies Press (US).
102. Irmak B (2016) *Lomber Disk Herni Nedeniyle Ameliyat Olan Hastalarda Hastalık Algısının Öz-Bakım Gücüne Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Ordu Üniversitesi.

- 103.İçyeroğlu G, Karabulutlu E (2011) Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 6(17):67-81.
- 104.İlhan SE (2007) İntervertebral Disk Herniler (Servikal ve Lomber). N. AKBAYRAK, S.E. İLHAN, G. ANÇEL ve ark (Ed.) Hemşirelik Bakım Planları 80 (Dahiliye-Cerrahi Hemşireliği ve Psikososyal Boyut), Alter Yayıncılık, Ankara, s: 907-914.
- 105.Jordan J, Konstantinou K, O'Dowd J (2008) Herniated lumbar disc. Clinical Evidence 03:1118.
- 106.Karabacak Ü, Yılmaz E (2014) Sağlıkın Değerlendirilmesi Esasları. Aslan FE. (Ed), Sağlıkın Değerlendirilmesi, Acıbadem Üniversitesi Yayını, İstanbul, s: 9-21.
- 107.Karabekir HS, Yaycıoğlu S (2007) Lomber Disk Hernileri ve Tedavisi. Türk Omurga Cerrahisi Dergisi, 18 (2), 67-80.
- 108.Karagöz G (2006) Sırt, Boyun, Bel Ağrıları Olan Ve Ameliyat Programına Alınan Nöroşirürji Hastalarının Ağrı Gidermede Kullandıkları Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedaviler. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İSTANBUL.
- 109.Kayaalp OS (2005) Klinik farmakolojinin esasları ve temel düzenlemeler. Ankara: Hacettepe-Taş, s. 269- 302.
- 110.Kayaga H, Takahashi H, Sugawara K et al (2005) Quality of life assessment before and after lumbar disc surgery. J Orthop Sci 10(5):486-9.
- 111.Kayrakçı F, Özşaker E (2014) Cerrahi Hastalarının Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi. F.N. Hem. Derg, 22(2):105-113.
- 112.Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ (2006) Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. Lancet 367: 1618–25.
- 113.Kerr DR, Kohan L (2008) Local infiltration analgesia: a technique for the control of acute postoperative pain following knee and hip surgery: A case study of 325 patients, Acta Orthopaedica, 79:2, 174-183. DOI: 10.1080/17453670710014950
- 114.Khorshid L, Yapucu Ü (2005) Tamamlayıcı tedavilerde hemşirenin rolü. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 8: 124-30.
- 115.Kıralp MZ, Çakar E, Oğuzhan H ve ark (2005) Kronik bel ağrısında etiyoloji. Göztepe Tıp Dergisi 20: 46-48.
- 116.Kırdemir P, Özorak Ö (2011) Postoperatif Ağrı Ve Analjezik İhtiyacı Preoperatif Dönemde Tahmin Edilebilir Mi? Türkiye Klinikleri J Med Sci 31(4):951-9.
- 117.Kindler LL, Polomano RC (2014) Pain. ED: LEWIS S, DİRKSEN SR, HEİTKEMPER MM et al, Medical Surgical Nursing, 9. ed, Elsevier, Canada 9(1) p: 114-139.
- 118.Koçoğlu D, Özdemir L (2011). Yetişkin nüfusta ağrı ve ağrı inançlarının sosyo-demografik ekonomik özelliklerle ilişkisi. Ağrı, 23, s: 64-70.
- 119.Korkmaz FD (2014) Baştan Ayağa Sistemik Değerlendirme. Aslan FE (Ed.), Sağlıkın Değerlendirilmesi. Acıbadem Üniversitesi Yayını, İstanbul, s:197-219.
- 120.Korzon RH, Szawłowska GC, Landowski J et al (2016) Relationships of anxiety and depressive symptoms with pain perception in post-mastectomy women. An intragroup analysis. Arch. Clin. Psychiatry (São Paulo) 43(4).

121. Koşgeroğlu N, Acat MB, Karatepe Ö (2005) Kemoterapi hastalarında hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 6: 75-83.
122. 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.
123. Kreiner DS, Hwang SW, Easa JE et al (2014) An evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of lumbar disc herniation with radiculopathy. *Spine J* 14(1):180–91. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2013.08.003>.
124. Kuşuoğlu S (2006) Ağrı Algısının Etkileyen Faktörler. İçinde: Aslan FE (editör). *Ağrının Doğası ve Kontrolü*, 1. Baskı. İstanbul, Avrupa Tıp Kitapçılık, İstanbul, s: 51-60
125. Küçük N (2015) Lomber Disk Cerrahisinde İntravenöz Deksketoprofen Trometamol İle Tenoksikam'ın Postoperatif Analjezik Etkilerinin Karşılaştırılması. *Tıpta Uzmanlık Tezi*, Erciyes Üniversitesi, Kayseri.
126. Last AR, Hulbert K (2009) Chronic low back pain: evaluation and management. *American family physician* 79: 1067-1074.
127. Laudahn D, Walper A (2001) Efficacy and tolerance of Harpagophytum extract LI 174 in patients with chronic nonradicular back pain. *Phytotherapy research* 15: 621-624.
128. Lautenbacher S, Kunz M, Strate P et al (2005) Age effects on pain thresholds, temporal summation and spatial summation of heat and pressure pain. *Pain* 115(3):410–418.
129. Lee MJ, Bransford RJ, Bellabarba C et al (2010) The effect of bilateral laminotomy versus laminectomy on the motion and stiffness of the human lumbar spine: a biomechanical comparison. *Spine (Phila Pa 1976)* 35(19), 1789-1793.
130. LeMone P, Burke KM, Bauldoff G et al (2015) Nursing Care Of Patients With Spinal Cord Disorders And CNS Infectious. (In) *Medical Surgical Nursing Clinical Reasoning Patient Care*. Sixth edition, Pearson Education, Boston, 1399- 1427.
131. Lin Y, Wang R (2005) Abdominal surgery, Pain and anxiety: Preoperative nursing. *J Adv Nurs* 51, 252-60.
132. Liu SS, Wu CL (2007) Effect of postoperative analgesia on major postoperative complications: a systematic update of the evidence. *Anesth Analg* 104(3): 689-702.
133. Liu S, Buvenendran A, Rathmell J et al (2012) Predictors for moderate to severe acute postoperative pain after total hip and knee replacement. *International Orthopaedics* 36, 2261– 2267.
134. Lopez PDD, Salazar ARS, Alonso JM et al (2017) Lumbar disc herniation: Natural history, role of physical examination, timing of surgery, treatment options and conflicts of interests. *Neurocirugia* 28(3):124–134.
135. Lorentzen V, Hermansen IL, Botti M (2012) A prospective analysis of pain experience, beliefs and attitudes, and pain management of a cohort of Danish surgical patients. *European Journal of Pain*; 16(2): 278-288.
136. Luchtman M, Firsching R (2016) Lumbar disc herniation: Evidence-based guidelines—a review. *The Indian Practitioner* 3(69):36-41.

137. Ma D, Liang Y, Wang D et al (2013) Trend of the incidence of lumbar disc herniation: decreasing with aging in the elderly. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 1047–1050.
138. Manchikanti L (2000) Epidemiology of low back pain. *Pain Physician* 3(3):167–92
139. Macintyre P, Schug S (2007) *Acute pain management A practice guide*. Third edition. China, Elsevier Limited. p: 1160. Erişim tarihi, 19 Mart 2018. Erişim adresi: http://www.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=4rHWiKo9Mc0C&oi=fnd&pg=PR5&dq=Pain+management:+A+practical+guide&ots=mKynEX5ntA&sig=09mCMnpCK9dGdvYPfuFhTNedtu0&redir_esc=y#v=onepage&q=Pain%20management%3A%20A%20practical%20guide&f=false
140. MacLellan K (2004) Postoperative pain: strategy for improving patient experiences. *J Adv Nurs*, 46, 179-85.
141. Magidy M, Warren Stomberg M, Bjersa K (2015) Assessment of post-operative pain management among acutely and electively admitted patients – a Swedish ward perspective. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 22: 283–289.
142. Maier C, Nestler N, Richter H et al. (2010) The quality of pain management in German hospitals. *Dtsch Arztebl Int*, 107(36):607-14. doi: 10.3238/arztebl.2010.0607.
143. Maniadakis N, Gray A (2000) The economic burden of back pain in the UK. *Pain* 84: 95-103.
144. Massa RN, Mesfin FB (2017) Disc Herniation, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441822/>, (05.06.2018).
145. Mastrorandi L, Rychlicki F, Tatta C et al (2005) Spondylodiscitis after lumbar microdiscectomy: effectiveness of two protocols of intraoperative antibiotic prophylaxis in 1167 cases. *Neurosurg Rev* 28(4): 303-307.
146. Matsumoto M, Watanabe K, Hosogane N et al (2013). Recurrence of lumbar disc herniation after microendoscopic discectomy. *J Neurol Surg A Cent Eur Neurosurg*, 74(4):222-7. doi: 10.1055/s-0032-1320031.
147. Mayo Clinic Herniated disk. Retrieved from <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/herniated-disk/symptoms-causes/syc-20354095>, (05.06.2018).
148. Micozzi MS (2008) *Complementary and Integrative in Pain Management*. WEINTRAUB MI, MAMTANI R, MICOZZI MS (Ed), Springer Publishing company: 3-4.
149. Miller JA, Derakhshan A, Lubelski D et al (2015) The impact of preoperative depression on quality of life outcomes after lumbar surgery. *The Spine Journal* 15: 58–64.
150. 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.
151. 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.
152. Morton DA, Albertine KH (2013) *Morton İnsan Anatomi Atlası*. Çeviren: BÜYÜKMUMCU M, 1. basım, Nobel Tıp Kitabevleri, Konya, s:5.

153. Murola LN, Pöybia R, Onkinen K et al (2007) Patients satisfaction with postoperative pain management- effect of preoperative factors, Pain Management Nursing, 8(3): 122-129.
154. Müslümanoğlu L (2002) Bel ağrısının nedenleri. ÖZCAN E (Editör). Bel ağrısı tanı ve tedavisi'nde, Nobel Kitabevi, İstanbul, s: 147-77.
155. 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.
156. Ng LL, Sell P (2004) Predictive value of the duration of sciatica for lumbar discectomy. A prospective cohort study. J Bone Joint Surg Br 86(4):546–9. PMID: 15174551
157. North American Spine Society (2012) Clinical Guidelines for Diagnosis and Treatment of Lumbar Disc Herniation with Radiculopathy <https://www.spine.org/Documents/ResearchClinicalCare/Guidelines/LumbarDiscHerniation.pdf>, (05.06.2018).
158. Oğuz H (2004) Bel ağrıları. Editör: OĞUZ H, Tıbbi Rehabilitasyon, Nobel Kitapevleri, İstanbul, s:1131-71
159. Oliphant D (2004) Safety of spinal manipulation in the treatment of lumbar disk herniations: A systematic review and risk assessment. J Manipulative Physiol Therap 27(3): 197-209.
160. Öktenoğlu T (2011) Lomber Omurganın ve Lomber Diskin Biyomekaniği <http://www.turknorosirurji.org.tr/TNDDData/Books/196/lomber-omurganinelomberdiskin-biyomekaniği.pdf>, (05.06.2018).
161. Öktenoğlu T, Özer AF (2016) Lomber Disk Hernisi. ALTUN N, YAZAR T, BENLİ T (Ed), Dejeneratif Omurga Hastalıkları. Türk Omurga Derneği Yayınları, Ankara, s: 421-448.
162. Önal A (2004) Nonsteroid anti-inflamatuar ilaçlar. In: Yücel A. (ed). Postoperatif analjezi. İstanbul: Mavimar matbaacılık; s: 55- 60.
163. Özbayır T (2014) Nörolojik Travmalar. Editör: KARADAKOVAN A, ASLAN E F, Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 3. baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, s:1217.
164. Özbek H (2004) Öğrenci Hemşirelerin Ağrı Kontrolünde Kullanılan Farmakolojik Olmayan Bazı Yöntemlere İlişkin Bilgileri. Yüksek Lisans, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
165. Özer N, Bölükbaşı N (2001) Postoperatif Dönemdeki Hastaların Ağrısı Tanımlamaları ve Hemşirelerin Ağrılı Hastalara Yönelik Girişimlerinin İncelenmesi. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 4(1): 7- 17.
166. Özer S, Akyürek B, Başbakkal B (2006) Hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi, davranış ve karar verme yeteneklerinin incelenmesi. Ağrı 18: 36-43.
167. Özer N, Köçkar Ç, Yurttaş A (2009) Kalp damar cerrahisi kliniğinde yatan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyeti. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 12:3.
168. Özlü ZK (2006) Erzurum İlinde Farklı Hastanelerdeki Cerrahi Kliniklerde Yatmış Olan Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
169. Öztekin SD, Sunal N (2015). Boyun ve Omurilik Yaralanmaları: Tanılama, Tedavi ve Bakımda Temel İlkeler. ÖZTEKİN SD (Ed), Nöroşirurji Hemşireliği, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, s: 105-138.

170. Paller CJ, Campbell CM, Edwards RR et al. (2009) Sex-based differences in pain perception and treatment. *Pain Med*, 10: 289-99.
171. Papanastassiou I, Anderson R, Barber N et al (2011) Effects of preoperative education on spinal surgery patients. *SAS J* 5(4): 120–124.
172. Peacock S, Patel S (2008) Cultural Influences on Pain. *Rev Pain*; 1(2): 6–9.
173. Petering RC, Webb C (2011) Treatment Options for Low Back Pain in Athletes. *Sports Health* 3(6): 550-555.
174. Petersen T, Laslett M, Juhl C (2017) Clinical classification in low backpain: best-evidence diagnostic rules based on systematic reviews. *BMC Musculoskeletal Disorders* 18:188 <https://doi.org/10.1186/s12891-017-1549-6>.
175. 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)
176. Prevost S (2005) Relieving Pain And Providing Comfort. In: Morton PG, Fontaine D, Hudak CM et al (Eds.), *Critical Care Nursing A Holistic Approach*. 8th ed, Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia pp: 46-61.
177. Raksamani K, Wongkornrat W, Siriboon P et al (2013) Pain management after cardiac surgery: Are we underestimating post sternotomy pain? *Journal of the Medical Association of Thailand*, 96(7), 824– 828.
178. Reddi D (2016) Preventing Chronic Postoperative Pain. *Anaesthesia* 71(suppl. 1): 64-71.
179. Ricci JA, Stewart WF, Chee E et al (2006) Back pain exacerbations and lost productive time costs in United States workers. *Spine (Phila Pa 1976)*, 31(26), 3052-3060.
180. Rittger H, Rieber J, Breithardt OA et al (2011) Influence of age on pain perception in acute myocardial ischemia: A possible cause for delayed treatment in elderly patients. *International Journal of Cardiology* 149(1): 63–67.
181. Robinson ME, Riley JL, Myers CD et al (2001) Gender role expectations of pain: Relationship to sex differences in pain. *Journal of Pain* 2(5): 251–257.
182. Robledo G, Sillero AS, Puig T et al (2014) Influence of preoperative emotional state on postoperative pain following orthopedic and trauma surgery. *Rev Lat Am Enfermagem*, 22(5): 785–791.
183. Saban KL, Penckofer SM (2007) Patient Expectations of Quality of Life Following Lumbar Spinal Surgery. *Journal of Neuroscience Nursing*. 39(3):180–189.
184. Saftic R, Grgic M, Ebling B (2006) Case-control Study of Risk Factors for Lumbar Intervertebral Disc Herniation in Croatian Island Populations. *Croat Med J* 47:593-600.
185. Sarı S, Aydoğan M (2015) Bel ağrısının önemli bir sebebi: lomber disk hernisi. *TOTBİD Dergisi* 14:298–304. doi: 10.14292/totbiddergisi.2015.47
186. Sarıtaş S (2011) Lomber Disk Hernisi Ameliyatı Olan Hastalara Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesi, Öz Bakım Gücü ve Cinsel Doyum Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
187. Saxier G, Kramer J, Barden B et al (2005) The long-term clinical sequelae of incidental durotomy in lumbar disc surgery. *Spine* 30(20): 2298-2302.

188. Sedighi M, Haghnegahdar A (2014) Lumbar Disk Herniation Surgery: Outcome and Predictors. *Global Spine*; 4:233–244.
189. Seidler A, Bolm-Audorff U, Siol T et al (2003) Occupational risk factors for symptomatic lumbar disc herniation; a case-control study. *Occup Environ Med* 60:821–830.
190. Sekar C1, Rajasekaran S, Kannan R, Reddy S, Shetty TA, Pithwa YK (2004) Preemptive analgesia for postoperative pain relief in lumbosacral spine surgeries: a randomized controlled trial. *Spine J*, 4(3):261-4.
191. Shapiro S (2000) Medical realities of cauda equina syndrome secondary to lumbar disc herniation. *Spine* 25(3): 348-51.
192. Shea R, Brooks JA, Dayhoff NE et al (2002) Pain intensity and postoperative pulmonary complications among the elderly after abdominal surgery. *Heart&Lung*, 31, 440-9.
193. Sherwood GD, McNeill JA, Starck PL (2003) Changing acute pain management outcomes in surgical patients, *AORN Journal*, 77 (2) 374-395.
194. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL et al (2010) Management of patients with oncologic or degenerative neurologic disorders. (In) *Brunner&Suddarth's Textbook of Medical- Surgical Nursing*. Vol 2, 12th ed., Lippincott William&Wikings, Philadelphia, pp: 1975-2005.
195. Stam C, Bonnet M, van Haselen RA (2001) The efficacy and safety of a homeopathic gel in the treatment of acute low back pain: a multi-centre, randomised, double-blind comparative clinical trial. *Br Homeopath J* 90: 21-28 Eleven ed, Lippincott Williams Wilkins, London: 258-95.
196. 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.
197. Suk KS, Lee HM, Moon SH et al (2001) Recurrent lumbar disc herniation: results of operative management. *Spine*, 26(6):672-6.
198. Suri P, Hunter DJ, Jouve C (2010) Inciting events associated with lumbar disc herniation. *Spine J* 10(5): 388–95.
199. Surjushe A, Vasani R, Saple DG (2008) Aloe vera: a short review. *Indian J Dermatol* 53: 163-166.
200. Svensson I, Sjöström B, Haljamae H (2000) Assessment of pain experiences after elective surgery. *J Pain Symptom Manage* 20:193–201.
201. Şişe Ç (2012) Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyeti. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 14(2): 69-75.
202. Thamilselvam P, Pandurangan T (2017) Postoperative Pain Management. *Dev Anesthetics Pain Manag* 1(1). DAPM.000501. 2017.
203. Tokunaga J, Imanaka Y (2002) Influence of length of stay on patient satisfaction with hospital care in Japan. *Int. J. Qual. Health Care*, 15: 493–502.
204. Toplamaoğlu H, Ofluoğlu AE (2010) Lomber Disk Hernileri. Editör: KORFALI E, ZİLELİ M, Temel Nöroşirürji. *Türk Nöroşirürji Derneği Yayınları*, İstanbul, s.1489-1496.
205. Tuna LB (2007) Lomber Disk Hernilerinin Cerrahi Tedavisinde Mikroforaminotomi Yöntemi. *Uzmanlık Tezi*, Trakya Üniversitesi, Edirne.
206. Turan N, Öztürk A, Kaya N (2010) Hemşirelikte Yeni Bir Sorumluluk Alanı: Tamamlayıcı Terapi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3:93-98.

207. Turhan Y, Avcı R, Özcengiz D (2012) Elektif Cerrahi Hazırlığında Preoperatif Ve Postoperatif Anksiyetenin Hasta Memnuniyeti İle İlişkisi. *Anestezi Dergisi* 20 (1):27-33.
208. Tükel B, Acuner AM, Önder ÖR ve ark (2004) Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi'nde yatan hasta memnuniyeti. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 57(4): 205-214.
209. Türk erişkinlerde kalp hastalığı ve risk faktörleri (TEKHARF, 2017) Günümüzde Hipertansiyon prevalansı, s:109. (online) <http://file.tkd.org.tr/PDFs/TEKHARF-2017.pdf>, (28.05.2018).
210. 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.
211. Tzeng HM, Ketefian S, Redman RW (2002) Relationship of nurses' assesment of organizational culture, job satisfaction, and patient satisfaction with nursing care. *International Journal of Nursing Studies* 39: 79-84.
212. 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).
213. Uzun S, Aycan İO, Erden İA ve ark (2010) The Addition of Metamizole to Morphine and Paracetamol Improves Early Postoperative Analgesia and Patient Satisfaction after Lumbar Disc Surgery. *Turkish Neurosurgery*; 20(3):341-347.
214. Vatanser N, Akansel N (2014) Validation Study of the Strategic and Clinical Quality Indicators in Postoperative Pain Management Questionnaire in Turkish Surgery Patients. *Pain Management Nursing* 15(4) pp: 871-880.
215. Wadenstein B, Frojd C, Swenne C et al (2011). Why is pain still not being assessed adequately? Results of a pain prevalence study in a university hospital in Sweden *Journal of Clinical Nursing* 0: 624 – 634. doi:10.1111/ j.1365-2702.2010.03482.x
216. Weaver DL (2015) Nursing Care patients with central nervous system disorders. LS WILLIAMS, PD HOPPER (eds). *Understanding Medical Surgical Nursing (In) 5th ed*, FA Davis Company, Philedephia, 1118-1170.
217. Weaver DL, Bradford JL (2015) Neurologic System Function Assessment And Therapeutic Measures. LS Williams, PD Hopper (Eds). *Understanding Medical Surgical Nursing (In) 5th ed*, FA Davis Company, Philedephia, 1096-1117.
218. Weinstein JN, Lurie JD, Tosteson TD et al. (2006) Surgical vs Nonoperative Treatment for Lumbar Disk Herniation *JAMA*, 296(20): 2451–2459.
219. Wiesenfeld-Hallin Z (2005) Sex differences in pain perception. *Gend Med*, 2:137–45. The Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT) Observational Cohort. *JAMA*, 22; 296(20): 2451–2459. doi: 10.1001/jama.296.20.2451
220. Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD et al (2008) An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. *Lancet* 372:139–44.
221. Whelan, CT, Jin L, Meltzer D (2004) Pain and satisfaction with pain control in hospitalized medical patients: No such thing as low risk. *Archives of Internal Medicine* 164:175–80.

222. Wiese M, Kramer J, Bemsman K et al (2005) The related outcome and complication rate in primary lumbar microscopic disc surgery depending on the surgeon's experience: comparative studies. *Spine J* 4(5): 550-556.
223. Wiesenfeld-Hallin Z (2005) Sex differences in pain perception. *Gend Med*, 2:137-45.
224. Wise EA, Price DD, Myers CD et al (2002) Gender role expectations of pain: relationship to experimental pain perception. *Pain* 96(3):335-342.
225. Woo AKM (2010) Depression and Anxiety in Pain. *Rev Pain*; 4(1): 8-12.
226. Yava A, Cicek H, Tosun N et al (2013) Knowledge and attitudes of nurses about pain management in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 6(3), 494-505.
227. Yavuz M (2015) Ağrının İlaç Dışı Yöntemlerle Kontrolü. ASLAN FE (editör). *Ağrının Doğası ve Kontrolü*, 2. Baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, s: 161-174.
228. Yıldırım M (2013) Lomber Disk Hernisi Ameliyatı Olan Hastalar İçin Geliştirilen Hasta Güvenliği Öğretim Planının Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
229. Yıldız M (1999) Batın ameliyatı olan hastalarda ağrı özellikleri, etkileyen etmenler ve ağrı yönetiminin incelenmesi. Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
230. Yıldız T, Onler E, Başkan B ve ark. (2014) Cerrahi Birimlerde Yatan Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyinin Belirlenmesi. *Int J Basic Clin Med*, (3):123-30.
231. Yılmaz M (2001) Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(2), 69-74.
232. Yılmaz M, Gürler H (2011) Hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelik yaklaşımları: Hasta görüşleri. *AĞRI*; 23(2):71-79.
233. Yılmaz AÇ (2017) Bel Ve Boyun Fıtığı Olan Hastaların Ameliyat Öncesi Ağrı Gidermede Kullandıkları Tamamlayıcı Yaklaşımlar. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
234. Yılmaz T (2011) Ameliyat Sonrası Hastaların Ağrı Kontrolüne Yönelik Hemşirelerden Beklentileri Ve Hemşirelerin Ağrılı Hastaya Yönelik Girişimleri. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
235. Zaslansky R, Rothaug J, Chapman CR et al (2014) PAIN OUT: the making of an international acute pain registry. *Eur J Pain* 20:1090-8.
236. Zileli M, Gülmen V (2002) Omurilik ve Omurga Cerrahisi, 3. Baskı, Saray Yayıncılık, İzmir, s:635-767.

7. SİMGELER VE KISALTMALAR

- BKİ:** Beden Kitle İndeksi
BT: Bilgisayarlı Tomografi
EMG: Elektromyografi
LDH: Lomber Disk Hernisi
MRG: Manyetik Rezonans Görüntüleme
NASS: North American Spine Society
NP: Nükleus Pulpozus
TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

Şekiller Tablosu

Şekil 1. Lomber vertebranın yapısı.....	4
Şekil 2. Sağlıklı bir intervertebral diskin kesitsel görünümü.....	5
Şekil 3. Herniye olmuş disk.....	6
Şekil 4. Disk Hernisi Oluşumu.....	9

8.EKLER

BİLGİ TOPLAMA FORMU

Veri Toplama Formu

BÖLÜM 1.

- 1.Yaşınız..... Boyunuz..... Kilonuz.....
- 2.Cinsiyetiniz 1. Kadın 2. Erkek
- 3.Medeni durumunuz 1.Evli 2. Bekar 3.Diğer
- 4.Sağlık Güvenceniz var mı? 1. Evet 2. Hayır
- 5.Gelir Durumunuz 1.İyi 2. Orta 3. Kötü
- 6.Sürekli olarak ilaç kullanmanızı gerektiren kronik bir hastalığınız var mı?

1. Evet 2. Hayır

- 7.Tedavi gördüğünüz kronik hastalık/hastalıklar nelerdir?

1.Şeker hastalığı 2. Yüksek Tansiyon 3. Migren
4. Depresyon 5. Diğer (belirtiniz).....

8.Alişkanlıklarınız:

- Sigara 1. Var 2.Yok adet/günde ay/yıl
- Alkol 1. Var 2.Yok kadeh/gün ay/yıl
- Kahve 1. Var 2.Yok fincan/ gün ay/ yıl
- Çay 1. Var 2.Yok bardak/gün ay/yıl

9. Daha önce bir ameliyat geçirdiniz mi? 1. Evet 2. Hayır
Belirtiniz.....

- 10.Evde sürekli olarak kullandığınız bir ağrı kesici var mı? 1. Evet 2. Hayır

- 11.Kullandığınız ağrı kesicinin adını belirtiniz.....

- 12.Ne kadar süredir bel fitiği nedeni ile ağrı yaşıyorsunuz?..... ay/yıl

13. Ameliyat olmadan önceki ağrınızı hangi kelime tanımlar? Lütfen belirtiniz.....

- 14.Ameliyat olmaya karar vermenizdeki en büyük etken nedir?

<input type="checkbox"/> 1. Ağrı çekmek	<input type="checkbox"/> 2. Günlük işlerimi yapmakta zorlanmak
<input type="checkbox"/> 3. Hareketlerimin kısıtlanması	<input type="checkbox"/> 4. İş yaşamımı engellemesi
<input type="checkbox"/> 5. Diğer (belirtiniz).....	

3

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih :
Karar No :

15. Evde bel ağrınız olduğunda ilk yaptığımız şey nedir? Belirtiniz.....

BÖLÜM 2 (Hasta dosyasından toplanacak veriler)

16. Hastanın tanısı:

17. Ameliyat süresi..... saat

18. Ameliyatta kullanılan anestezi çeşidi 1. Genel 2. Epidural 3 Spinal

19. Ameliyat sonrası istemi yapılan analjezik(ler):

İlaç adı	Dozu/ veriliş yolu

20. Ameliyat sonrası hastanede kalış süresi..... saat

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih :
Karar No :

**AMELİYAT SONRASI AĞRININ GİDERİLMESİNDE HASTAYA VERİLEN
BAKIMIN KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ ÖLÇEĞİ**

26

**AMELİYAT SONRASI AĞRININ GİDERİLMESİNDE HASTAYA VERİLEN BAKIMIN KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ ÖLÇEĞİ**

Aşağıda ağrı tedaviniz ile ilgili bazı ifadeler bulunmaktadır. Lütfen ameliyatınızı izleyen gün veya günler için bu klinikte size uygulanan tedavi hakkındaki görüşünüzü en iyi tanımlayan ifadeyi 1-5 arası numaralandırılmış kutucukları işaretleyerek belirtiniz

	Kesinlikle katılmıyorum				Kesinlikle katılıyorum
	1	2	3	4	5
1. Ameliyat öncesi, ameliyattan sonra bana önerilecek ağrı tedavisi hakkında bilgilendirildim.					
2. Ameliyattan sonra, ağrımın nasıl tedavi edilmesini istediğim hakkında hemşire ile konuştum					
3. Ağrıdan kaçınmak ve yatakta en rahat pozisyonu bulabilmek için destek veya yardım aldım.					
4. Gece uyuyabilmem için sessizlik ve huzur dolu bir ortam sağlandı.					
5. Her zaman ağrı kesici ilaç istemesem de, ağrı kesici ilaçlar bana verildi.					
6. Derin derin soluk alıp verdiğimde, oturduğumda veya etrafta hareket ettiğimde sağlık personeli bana ağrımın olup olmadığını sordu.					
7. Sağlık personeli ağrımın şiddetini belirlemek için, en azından her sabah, öğleden sonra ve gece 1-10 arasında bir sayı ile ağrımı ifade etmemi söyledi.					
8. Hemşireler, ben ağrımın giderilmesinden memnun oluncaya kadar, ağrı tedavisi ile bana yardımcı oldular.					
9. Rahat bir odada kalıyorum.					
10. Ağrımı olduğunda ağrımın giderilmesi için hemen bana yardımcı olacak kadar yeterli sayıda çalışan hemşire vardı.					
11. Hemşireler nöbeti teslim aldıklarında ne kadar ağrımın olduğunu ve aldığım ağrı tedavisi hakkında her şeyi biliyorlardı.					
12. Hemşireler ağrımın giderilmesi konusunda bilgililer.					
13. Hemşirelere ağrımdan bahsettiğimde bana inanıyorlar.					
14. Hemşire ve doktorlar ağrımın tedavi edilmesi konusunda birbirileri ile işbirliği içindeler.					

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih :
Karar No :

Aşağıdaki sorular ameliyat sonrasındaki ağrınız ile ilgilidir. Lütfen sizin fikrinizi en iyi açıklayan cevabı işaretleyin.

15. Lütfen son 24 saat içinde çektiğiniz en kötü ağrınızı 0–10 arası bir rakamla işaretleyin

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ağrı yok Olabilecek en kötü ağrı

16. Lütfen son 24 saat içinde çektiğiniz en hafif ağrı şiddetini 0–10 arası bir rakamla işaretleyin

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ağrı yok Olabilecek en kötü ağrı

17. Lütfen şu anda çektiğiniz ağrının şiddetini tanımlayan rakamı işaretleyin.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ağrı yok Olabilecek en kötü ağrı

18. Ameliyattan sonra beklediğinizden daha fazla ağrınız oldu mu?

1. Evet 2. Hayır

19. Genel olarak, ameliyattan sonra ağrınızın giderilmesinden ne kadar memnunsunuz ya da değilsiniz? 1 den 10'a kadar bir rakam işaretleyiniz.

0=Hiç memnun değilim 10= Çok memnunum

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç memnun değilim Çok memnunum

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih :
Karar No :

HASTA İZLEM FORMU

20

HASTA İZLEM FORMU						
Hastanın adı soyadı:						
Protokol no						
Tarih.....						
SAAT	Ateş	Nabız	TA	Sol.	Ağrı şiddeti	Analjezik adı, Uygulama saati Uygulama yolu
Ameliyattan geldiğinde (0. Saat)						
Post op 15. dk						
Post op 30 dk						
Post op 45 dk						
Post op 1. saat						
Post op 2. saat						
Post op 3. saat						
Post op 4. saat						
Post op 5. saat						
Post op 6. saat						
Post op 7. saat						
Post op 8. saat						
Post op 9. saat						
Post op 10. saat						
Post op 11. saat						
Post op 12. saat						
Post op 13. saat						
Post op 14. saat						
Post op 15. saat						

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih :
Karar No :

5

Post op 16. saat						
Post op 17. saat						
Post op 18. saat						
Post op 19. saat						
Post op 20. saat						
Post op 21. saat						
Post op 22. saat						
Post op 23. saat						
Post op 24. saat						

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih :
Karar No :

İZİNLER



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Bursa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

BURSA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - BURSA İLİ SAĞLIK İDARI HİZMETLER
BAŞKANLIĞI

14/06/2017 14:02 - 88533808 - 773.99 - E.13955



00047234707

N.

Sayı : 88553808-773.99
Konu : Tuğba SINMAZ'ın Yüksek Lisans Tez
Araştırma İzni

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

İlgi : 30/05/2017 tarihli ve 69124690-605/623 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıklar Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç.Dr. Neriman AKANSEL'in danışmanlığında Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisi Tuğba SINMAZ'ın "Lomber Disk Hernisi Ameliyatı Geçiren Hastaların Ameliyat Sonrası Erken Dönemde Yaşadıkları Ağrı Deneyimi ve Ağrı Yönetiminden Duydukları Memnuniyetin Belirlenmesi" başlıklı tez çalışmasının anket sorularını birliğimize bağlı SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ek Binası Cerrahi servisinde yatan hastalarda uygulama yapılabilmesi için Genel Sekreterliğimizin 14.06.2017 tarih ve 13936 sayılı Makam Oluru Ek'te sunulmuştur.

Gereğini arz ederim

e-İmzalıdır.
Prof.Dr.Rüstem AŞKIN
Genel Sekreter

EKLER: Makam Oluru (1 sayfa).

BELGİNİN ASLI ELEKTRONİK İMZALIDIR

İrfan KAN

Hizmetçi

Bursa KHGB Genel Sekreterliği

14 Haziran 2017

Organize Sanayi Bölgesi 75 Yıl Bulvarı Park Caddesi No:1 Nilüfer/BURSA

Bilgi için:Fatma DOĞAN

Faks No:02246003398

Unvan:HEMŞİRE

e-Posta:fatma.dogan6@saglik.gov.tr İnt.Adresi: F.DOĞAN Tel: 0 224 6003300-1152

Telefon No:0224 600 33 00 / 1153

E-Posta: Fatma.Dogan6@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden cadda51a-4dc0-4c3b-a718-0d682bd7dbeb kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



TC Sağlık Bakanlığı

BURSA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - BURSA İLİ KHİGGS İDARİ HİZMETLER
BAŞKANLIĞI
1496/2017 11.37 - 88553808 - 774.99 - E.11936
00047220711

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Bursa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 88553808-774.99
Konu : Tuğba SINMAZ'ın Yüksek Lisans
Tez Araştırma İzni

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıklar Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç.Dr. Neriman AKANSEL'in danışmanlığında Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisi Tuğba SINMAZ'ın "Lomber Disk Hernisi Ameliyatı Geçiren Hastaların Ameliyat Sonrası Erken Dönemde Yaşadıkları Ağrı Deneyimi ve Ağrı Yönetiminden Duydukları Memnuniyetin Belirlenmesi" başlıklı tez çalışmasının anket sorularını birliğimize bağlı SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ek Binası Cerrahi servisinde yatan hastalarda uygulama isteği, Başkanlığımızca uygun görülmüş olup;

Olur'larınıza arz ederim.

e-imzalıdır.
Op.Dr.Muhammed GÜNAYDIN
İdari Hizmetler Başkanı

O L U R
.../06/2017
e-imzalıdır.
Prof.Dr.Rüstem AŞKIN
Genel Sekreter

Organize Sanayi Bölgesi 75 Yıl Bulvarı Park Caddesi No:1 Nilüfer/BURSA
Faks No:02246003398

e-Posta:fatma.dogan6@saglik.gov.tr İnt.Adresi: F.DOĞAN Tel. 0 224
6003300-1152 E.Posta. Fatma.Dogan6@saglik.gov.tr

Bilgi için:Fatma DOĞAN
Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0224 600 33 00 / 1153

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 60458cf9-1dbc-450c-9861-a9645883ec35 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Lomber disk hernisi ameliyatı geçiren hastaların ameliyat sonrası erken dönemde yaşadıkları ağrı deneyimi ve ağrı yönetiminden duydukları memnuniyetin değerlendirilmesi
------------------------------	--

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu			
	AÇIK ADRESİ	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Rektörlük Binası Kat.1 Görükle Kampüsü Nilüfer/ Bursa			
	TELEFON	0.224. 295 00 20			
	FAKS	0.224. 295 00 29			
	E-POSTA	uukaek@uludag.edu.tr			

BAŞVURU BİLGİLERİ	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Neriman Akansel			
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD			
	YARDIMCI ARAŞTIRMACININ UNVANI/ADI/SOYADI	Hemşire Tuğba Sınmaz			
	YARDIMCI ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi Nilüfer Ek Binası			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Anket çalışması			
	ARAŞTIRMANIN YAPILIŞ AMACI	Yüksek lisans tez çalışması			
	ARAŞTIRMANIN BAŞLAMA TARİHİ/ SÜRESİ	08.05.2017 / 6 ay			
	GÖNÜLLÜ/DOSYA SAYISI	187			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ	ÇOK MERKEZLİ	ULUSAL	ULUSLARARASI
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Dili
	GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR İÇİN BAŞVURU FORMU	17.04.2017	Türkçe
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	17.04.2017	Türkçe
	ANKET FORMU (veri toplama formu)	-	Türkçe

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇE FORMU	<input checked="" type="checkbox"/> Tarih: 17.04.2017
	ARAŞTIRICILAR İÇİN TAAHHÜTNAME FORMU	<input checked="" type="checkbox"/> Tarih: 17.04.2017
	PROSPEKTİF ÖZELLİKLI GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMA TAAHHÜTNAMESİ	<input type="checkbox"/>
	İKÜ klavuzunun okunduğuna dair taahhütname	<input checked="" type="checkbox"/> Tarih: 17.04.2017
	SONUÇ ÖZET RAPORU	<input type="checkbox"/>
DİĞER:	<input checked="" type="checkbox"/>	Araştırma ilk başvuru ön yazısı (19.04.2017), sorumlu araştırmacı özgeçmiş, araştırmacı tarafından imzalanmış Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi, literatür

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Lomber disk hernisi ameliyatı geçiren hastaların ameliyat sonrası erken dönemde yaşadıkları ağrı deneyimi ve ağrı yönetiminden duydukları memnuniyetin değerlendirilmesi
------------------------------	--

KARAR BİLGİLERİ	Karar No : 2017-6/ 5	Tarih : 25 Nisan 2017
	<p>Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak değerlendirildi.</p> <p>1-Araştırmanın yapılmasının uygun olduğuna,</p> <p>2-Araştırmanın yürütülmesi sırasında Etik kurul kaşesi bulunan "Onam" formunun kullanılması ve bu formun çalışmaya katılan gönüllülere çalışma hakkında sözlü bilgi verilmesi sonrasında eksiksiz bir şekilde doldurulmasına,</p> <p>3-Araştırmanın başlama tarihinin bildirilmesi ve araştırma tamamlandığında özet bir sonuç raporunun hazırlanarak kurulumuza iletilmesine,</p> <p>4-Araştırma protokolünde ve başvuru formunda yapılacak tüm değişiklikler için Etik Kuruldan izin alınması gerektiğinin sorumlu araştırmacılara iletilmesine oybirliği ile karar verildi.</p>	

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu

BAŞKANIN UNVANI/ADI SOYADI Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU

ÜYELER

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma İle İlgisi	Katılım *	İmza
Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U Ö T F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Elif BAŞAĞAN MOĞOL Başkan Yardımcısı	Anestezyoloji	U Ö T F Anestezyoloji ve Reanimasyon AD.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Mehmet CANSEV Üye	Farmakoloji	U Ö T F Tıbbi Farmakoloji AD.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Alpaslan TÜRKKAN Üye	Halk Sağlığı	U Ö T F Halk Sağlığı AD.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Pınar VURAL Üye	Psikiyatri	U Ö T F Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hilal ÖZKAN Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U Ö T F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hasan ARI Üye	Kardiyoloji	Bursa Yüksek İhtisas EAH Kardiyoloji Kliniği	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Kağan HUYSAL Üye	Biyokimya	Bursa Yüksek İhtisas EAH Biyokimya	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç. Dr. Tuna GÖLTEN Üye	Tıbbi Genetik	U Ö T F Tıbbi Genetik AD.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç. Dr. Çiğdem Mine YILMAZ Üye	Hukuk	U Ö Hukuk Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç. Dr. Engin SAĞDİLEK Üye	Biyofizik	U Ö T F Biyofizik AD.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç. Dr. Sener ERER KAFA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	U Ö T F Tıp Tarihi ve Etik AD.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Oğuzhan KUM Üye	Sağlık mesleği mensubu olmayan üye	Serbest Meslek	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

* Toplantıda Bulunma

9. TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın her aşamasında büyük emeği geçen, desteğini ve bilgisini hiçbir süreçte esirgemeyen, hakkını ödeyemeceğim sayın tez danışmanım Doç. Dr. Neriman AKANSEL'e minnetlerimi ve şükranlarımı sunuyorum. Her zaman her durumda bu yaşıma kadar bana çok emeği ve desteği olan aileme, benimle aynı mekanı paylaşan ve bu süreçte desteklerini esirgemeyen Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi araştırma görevlisi arkadaşlarıma, özellikle tez yazım aşamasındaki zor dönemde maddi manevi yardımını esirgemeyen Arş. Gör. Canan BOZKURT ile Arş. Gör. Emre ÇİYDEM'e ve Dr. Öğr. Üyesi Gökhan ABA'ya ve bu sürecin her aşamasında beni kalben destekleyen tüm sevdiğime teşekkürlerimi sunarım.

10. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Tuğba SINMAZ

Doğum Yılı: 1990

Doğum Yeri: Bursa

EĞİTİM

2015-2018 Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik A.B.D
(Yüksek Lisans), Bursa

2014-2016 Anadolu Üniversitesi AÖF, Adalet (Önlisans)

2010-2013 Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu (Lisans), Bursa

2008-2010 Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık Yüksek Okulu (Lisans-yatay geçiş),
İzmir

2004-2008 Ulubatlı Hasan Anadolu Lisesi, Bursa

1996-2004 Şerif Artış İlköğretim Okulu, Bursa

Ödüller

Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Bölüm birinciliği

Yabancı Dil Yeteneği:

76,25 Yabancı Dil Sınavı (YDS)- 2014

İş Tecrübesi

-SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi Genel cerrahi ve cerrahi servislerinde klinik hemşireliği 2014-2017

-Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği A.B.D Araştırma Görevlisi 2017- devam ediyor.