

2016



ORDU ÜNİVERSİTESİ
UNIVERSITY

Burçin IRMAK

LOMBER DİSK HERNİSİ NEDENİYLE AMELİYAT OLAN HASTALARDA
HASTALIK ALGISININ ÖZ-BAKIM GÜCÜNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

LOMBER DİSK HERNİSİ NEDENİYLE
AMELİYAT OLAN HASTALARDA
HASTALIK ALGISININ ÖZ-BAKIM GÜCÜNE
ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

MASTER THESIS

Burçin IRMAK
Hemşirelik Anabilim Dalı

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ

ORDU - 2016

T.C
ORDU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**LOMBER DİSK HERNİ NEDENİYLE
AMELİYAT OLAN HASTALARDA
HASTALIK ALGISININ ÖZ-BAKIM GÜCÜNE
ETKİSİ**

Burçin IRMAK

Hemşirelik Anabilim Dalı

TEZ DANIŞMANI

I. Danışman: Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ

II. Danışman: Doç. Dr. Ayla GÜRİSOY

**Bu araştırma Ordu Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi
tarafından TT-1604 proje numarası ile desteklenmiştir.**

ORDU-2016

ONAY

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencisi Burçin IRMAK tarafından hazırlanan ve Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ danışmanlığında yürütülen “*Lomber Disk Hernisi Nedeniyle Ameliyat Olan Hastalarda Hastalık Algısının Öz-Bakım Gücüne Etkisi*” adlı bu tez, jürimiz tarafından 27/12/2016 tarihinde oybirliği ile Hemşirelik Anabilim Dalı Ortak Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.


I. Tez Danışmanı : Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ

II. Tez Danışmanı : Doç. Dr. Ayla GÜRSOY

Başkan : Doç. Dr. Dilek ÇİLİNGİR
Hemşirelik Anabilim Dalı
Karadeniz Teknik Üniversitesi

İmza.....

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Nülüfer ERBİL
Hemşirelik Anabilim Dalı
Ordu Üniversitesi

İmza.....

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ
Hemşirelik Anabilim Dalı
Ordu Üniversitesi

İmza.....

ONAY

Bu tezin kabulü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 09/01/2017 tarih ve 2017/04 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

09/01/2017


Enstitü Müdürü

Doç. Dr. Nülüfer ERBİL

TEZ BİLDİRİMİ

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Burçin Irmak

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgisi, deneyimleri ve desteğiyle tez çalışmamın her aşamasında beni yönlendiren değerli danışmanım Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ' a,

Tez çalışmam süresince bilgisi ve desteğiyle araştırmaya katkı veren değerli danışmanım Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Ayla GÜRSOY' a,

Lisansüstü eğitimime ve tez çalışmama bilgi, görüş ve önerileriyle katkı sağlayan Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü Doç. Dr. Nülüfer ERBİL'e,

Araştırmaya verdiği bilimsel katkılarından dolayı Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Dilek ÇİLİNGİR' e,

Araştırmanın istatistiksel analizlerinde önemli katkısı olan Ordu Üniversitesi İstatistik Danışmanlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürü Yrd. Doç. Dr. Yeliz KAŞKO ARICI'ya,

Lisansüstü eğitimim süresince her zaman desteğini hissettiğim Arş. Gör. Mehtap GÜMÜŞAY'a ve tüm arkadaşlarıma,

Tüm eğitim hayatım boyunca yanımda olarak beni destekleyen sevgili annem ve babama, beni motive ederek her zaman varlığını hissettiren ablam Ecz. Burcu IRMAK'a,

Araştırmayı TT-1604 nolu proje ile maddi olarak destekleyen Ordu Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi'ne teşekkür ederim.

Burçin IRMAK

ÖZET

LOMBER DİSK HERNİSİ NEDENİYLE AMELİYAT OLAN HASTALARDA HASTALIK ALGISININ ÖZ-BAKIM GÜCÜNE ETKİSİ

Amaç: Araştırma, lomber disk hernisi nedeniyle ameliyat olan hastalarda hastalık algısının öz-bakım gücüne etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, Ordu İl merkezinde bulunan bir devlet hastanesinin Beyin ve Sinir Cerrahi Kliniği ile polikliniklerinde lomber disk hernisi tanılı 200 hastayla yapıldı. Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu, Hastalık Algısı Ölçeği ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, ortalama, yüzde hesaplamaları, standart sapma, minimum ve maksimum değerler, Student t-testi, Paired t-testi, Oneway ANOVA testi, Kruskal-Wallis Varyans Analizi, korelasyon ve Tukey testi kullanıldı. İstatistik hesaplamalar ve yorumlamalar %95 güven aralığında ve $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular: Araştırmada, lomber disk hernili hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönemde en sık olarak yaşadıkları ve hastalıkla ilişkilendirdikleri hastalık belirtilerinin sırasıyla ağrı, güç kaybı, yorgunluk, uyku güçlüğü ve eklem sertliği olduğu belirlendi. Hastaların öz-bakım gücü puan ortalaması ameliyat sonrası ikinci günde 98.93 ± 14.29 ve ameliyat sonrası onuncu günde 101.94 ± 13.63 olarak saptandı. Hastalık algısı ölçeği hastalık tipi/kimlik boyutu ile ameliyat sonrası ikinci gün öz-bakım gücü ölçeği puan ortalaması arasında negatif yönde “çok zayıf” düzeyde anlamlı ilişki belirlendi ($p=0.013$). Hastalık algısı ölçeği hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun sonuçlar alt boyutu ile ameliyat sonrası ikinci gün öz-bakım gücü ölçeği puan ortalamaları arasında negatif yönde “zayıf” düzeyde anlamlı ilişki saptandı ($p=0.000$). Hastalık algısı ölçeği hastalık nedenleri boyutunun psikolojik atıflar, risk faktörleri, bağışıklık alt boyutları ile ameliyat sonrası dönem öz-bakım gücü ölçeği puan ortalamaları arasında negatif yönde “çok zayıf” düzeyde anlamlı ilişki saptandı.

Sonuç: Çalışma sonucunda lomber disk hernisi nedeniyle ameliyat olan hastalarda hastalık algısı ve öz-bakım gücü arasında negatif yönde zayıf ilişki bulundu.

Anahtar Kelimeler: Hastalık algısı, hemşirelik bakımı, lomber disk hernisi, öz- bakım gücü

ABSTRACT

THE EFFECT OF ILLNESS PERCEPTION ON SELF-CARE ABILITY IN PATIENTS WHO HAD SURGERY OF LUMBAR DISC HERNIATION

Aim: The research was carried out as a descriptive research with the aim of defining the effect of illness perception on self-care ability in patients who had surgery of lumbar disc herniation.

Material and Method: The study was conducted with 200 patients diagnosed with lumbar disc herniation in neurosurgeon clinics and polyclinics of a public hospital in the centre of Ordu. The research data was gathered using the Personal Information Form, The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) and Self-Care Ability Scale. Datas were evaluated via number, mean, percent calculations, standard deviation, minimum and maximum values, Student's t-test, Paired t-test, Oneway ANOVA test, Kruskal-Wallis analysis of variance, correlation and Tukey test. Statistical calculations and interpretations were evaluated at the confidence interval of 95% and at the level of $p < 0.05$.

Results: In the research, it was determined that the patients with lumbar disc hernia most often experienced pain, loss of strength, fatigue, sleep disturbance and joint stiffness before and after the surgery and they associate these symptoms to this disease respectively. The self-care ability mean of patients was 98.93 ± 14.29 points on the 2nd postoperative day and was 101.94 ± 13.63 points on the 10th postoperative day. There was a significant negative in a very low correlation between the point averages of IPQ-R illness type/identity subscale and self-care ability scale in 2th postoperative day ($p = 0.013$). There was a significant negative in a low correlation between the point averages of results subscale of IPQ-R of views on illness and self-care ability scale in 2th postoperative day ($p = 0.000$). A very low correlation was recorded negatively between the point averages of psychological attributions, risk factors, immunity subscales of illness causes dimension of IPQ-R and self care ability scale in postoperative period.

Conclusion: Low level correlation was found negatively between illness perception and self-care ability of the patients who had lumbar disc herniation surgery.

Key Words: Illness perception, nursing care, lumbar disc herniation, self-care ability

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

İÇ KAPAK SAYFASI.....	
ONAY.....	
TEZ BİLDİRİMİ.....	I
TEŞEKKÜR.....	II
ÖZET.....	III
ABSTRACT.....	IV
İÇİNDEKİLER.....	V
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VIII
TABLolar DİZİNİ.....	IX
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	XI
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırmanın Soruları.....	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Lomber Disk Hernisi.....	4
2.1.1. Vertebral Kolon ve Diskin Anatomik Yapısı.....	4
2.1.2. Lomber Disk Hernisinin Tanımı.....	7
2.1.3. Lomber Disk Hernisinin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	7
2.1.4. Lomber Disk Hernisinin Fizyopatolojisi.....	8
2.1.5. Lomber Disk Hernisinde Klinik Belirti ve Bulgular.....	9

	Sayfa No
2.1.6. Lomber Disk Hernisinde Tanı Yöntemleri.....	9
2.1.7. Lomber Disk Hernisinde Tedavi Yöntemleri.....	11
2.1.8. Lomber Disk Hernileri ve Hemşirelik Bakımı.....	13
2.2. Lomber Disk Hernisi ve Hastalık Algısı.....	16
2.2.1. Hastalık Algısı Tanımı ve Önemi.....	16
2.2.2. Lomber Disk Hernili Hastalarda Hastalık Algısı ve Hemşirelik Bakımı	17
2.3. Lomber Disk Hernisi ve Öz-Bakım Gücü.....	18
2.3.1. Öz-Bakım Gücü Tanımı ve Önemi.....	18
2.3.2. Lomber Disk Hernili Hastalarda Öz-Bakım Gücü ve Hemşirelik Bakımı.....	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
3.1. Araştırmanın Türü.....	21
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	21
3.3.1. Araştırmanın Evreni.....	21
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi.....	21
3.3.2.1. Örneklemeye Kabul Ölçütleri.....	22
3.3.2.2. Örneklemeye Alınmama Ölçütleri.....	22
3.4. Veri Toplama Araçları.....	22
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu.....	23
3.4.2. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ).....	23
3.4.3. Öz-Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ).....	26
3.5. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması.....	26

	Sayfa No
3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	26
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	27
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	28
3.9. Araştırmada Karşılaşılan Zorluklar.....	28
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	28
3.11. Araştırmanın Planı.....	29
4. BULGULAR.....	30
5. TARTIŞMA.....	75
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	86
6.1. Sonuçlar.....	86
6.2. Öneriler.....	90
KAYNAKLAR.....	91
EKLER	99
Ek 1. Kişisel Bilgi Formu.....	99
Ek 2. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ).....	101
Ek 3. Öz-Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ).....	105
Ek 4. Kurum İzni	107
Ek 5. Etik Kurul Onayı	109
Ek 6. Ölçek İzinleri.....	110
Ek 7. Bilgilendirilmiş Onam Formu	112
ÖZGEÇMİŞ.....	113

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 2.1. Vertebral Kolonun Yapısı.....	4
Şekil 2.2. Vertebranın Anatomik Yapısı.....	5
Şekil 2.3. İntervertebral Disk Yapısı	6
Şekil 2.4. Disk Herniasyonu Oluşum Aşamaları.....	8
Şekil 3.1. Araştırmanın Planı.....	29

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	31
Tablo 4.2. Hastaların Hastalığına ve Yaşadıkları Ortama İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	33
Tablo 4.3. Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Tipi/Kimlik Alt Boyutu Dağılımı.....	35
Tablo 4.4. Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Döneme Göre Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	37
Tablo 4.5. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Öncesi Dönem Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Hakkındaki Görüşleri Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	41
Tablo 4.6. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Sonrası Dönem Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Hakkındaki Görüşleri Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	46
Tablo 4.7. Hastaların Hastalığına ve Yaşadıkları Ortam Özelliklerine Göre Ameliyat Öncesi Dönem Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Hakkındaki Görüşleri Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	53
Tablo 4.8. Hastaların Hastalığına ve Yaşadıkları Ortam Özelliklerine Göre Ameliyat Sonrası Dönem Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Hakkındaki Görüşleri Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	59
Tablo 4.9. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Öncesi Dönem Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Nedenleri Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	63
Tablo 4.10. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Sonrası Dönem Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Nedenleri Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	66
Tablo 4.11. Hastaların Ameliyat Sonrası Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamaları.....	67

Tablo 4.12. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Sonrası Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamaları.....	69
Tablo 4.13. Hastaların Hastalığına ve Yaşadıkları Ortam Özelliklerine Göre Ameliyat Sonrası Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamaları.....	72
Tablo 4.14. Hastaların Ameliyat Sonrası Dönem Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	74

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BKİ	:	Beden Kütle İndeksi
BT	:	Bilgisayarlı Tomografi
F	:	Tek Yönlü Varyans Analizi
HAÖ	:	Hastalık Algısı Ölçeği
LDH	:	Lomber Disk Hernisi
L4	:	Lomber Dördüncü Vertebra
L5	:	Lomber Beşinci Vertebra
Min-Mak	:	Minimum-Maksimum
MRG	:	Magnetik Rezonans Görüntüleme
ÖBGÖ	:	Öz-Bakım Gücü Ölçeği
S1	:	Sakral Birinci Vertebra
SPSS	:	Statistical Package for Social Science for Windows
SS	:	Standart Sapma
t	:	İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi
TÜİK	:	Türkiye İstatistik Kurumu
\bar{x}	:	Ortalama

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Vertebral kolon, intervertebral diskler yardımıyla bedeni dengede tutmayı sağlayan yapıdır (Gürgöze, 2015). Beden mekaniklerinin doğru işlev görmesini sağlayan bu yapılarda meydana gelen hasarlar sonucunda görülen önemli sağlık sorunlarından biri de lomber disk hernisi (LDH) olarak kabul edilmektedir. Lomber disk hernisi, intervertebral disklerin lomber alanda dejeneratif harabiyetleri nedeniyle ortaya çıkan ve bedende mekanik bozukluklara neden olan bir hastalıktır (Bono ve Schoenfeld, 2011).

Yaşam kalitesini azaltarak ciddi iş gücü kayıplarına neden olan LDH ameliyatları Amerika'da en sık yapılan ameliyatlardan biridir ve 2003 yılında yaklaşık 45.000 kişinin LDH, lomber stenoz ve dejenatif değişiklikler nedeniyle ameliyat olduğu bilinmektedir (Saban ve Penckofer, 2007). Kore'de ise her yıl yaklaşık 90.000 kişi diskektomi ameliyatı olmaktadır (Shin, 2014). Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2012 yılı verilerine göre, 15 yaş ve üzeri bireylerde hastalık/sağlık sorunu yaşadığını belirtenlerin %12.8'inde bel ağrısı ve bel fıtığı gibi kas iskelet problemleri belirlenmiştir. Aynı araştırmada 15 yaş ve üzeri bireylerde hekim tarafından teşhis edilen hastalık/sağlık sorunları arasında bel bölgesinde kas iskelet problemleri oranı %10.9 olarak bulunmuştur (Gültekin ve Boztaş, 2014).

Literatürde insanların yaklaşık %80'inin yaşamları süresince bel ağrısı yaşadığı belirtilmektedir. Bel ağrılarının %1-3'ü lomber disk hernisi nedeniyledir (İlhan ve ark., 2010). Lomber disk hernisi tanısı alan bireyler sıklıkla bel ve bacak ağrısı, bacakta uyuşma, yürüyememe, oturup kalkamama ve kuvvet kaybı şikâyetleri olmaktadır (Akca ve ark., 2013; Özbayır, 2014; Strömqvist ve ark., 2016). Lomber disk hernisi tanılı hastaların tedavisinde sıklıkla konservatif tedavi uygulanmakta, konservatif tedavinin yetersiz kaldığı durumlarda ise cerrahi tedaviye gereksinim duyulmaktadır (Erdoğan, 2015). Nöroşirürji polikliniğine başvuran 12.254 hastanın incelendiği bir çalışmada, hastaların %41.7'sinde bel ve bacak ağrısı şikayeti olduğu ve hastaların sadece %2.3'ünün LDH tanısıyla ameliyat edildiği saptanmıştır (Kıymaz ve ark., 2003).

Cerrahi tedavi uygulamaları lomber disk hernisi hastalığının iyileşme sürecinde önemli rol oynamaktadır. Ancak hastalara cerrahi tedavi öncesinde uzun bir süre cerrahi dışı tedavi yöntemleri uygulanmaktadır. Hastalarda LDH'nin konservatif tedaviyle iyileşememesi, motor ve duysal kayıpların olması, ağrının kontrol edilememesi, düşük ayak sendromu, anal veya üriner sfinkter kontrol kaybı gibi yaşamı ciddi etkileyen durumlar geliştiğinde cerrahi tedavi uygulanmaktadır (Erdil, 2012; Özbayır, 2014). Cerrahi yöntemlere bağlı kalıcı komplikasyon riskinin daha az olmasına rağmen bireylerde bazı psikososyal sorunlar ortaya çıkabilir (Yılmaz ve ark., 2006). Hastaların LDH hastalığına ilişkin algıları, cerrahi tedavi seçeneğini kabul etmelerinde oldukça önemli bir etkidir.

Hastalık algısı, hastalık durumunun bilişsel olarak görünümü olarak tanımlanmaktadır (Armay ve ark., 2007). Hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitimi, şikâyetleri, hastalığın süresi, geçmiş tıbbi deneyimleri gibi çeşitli nedenler bireyde hastalıkla ilgili olumlu ya da olumsuz bir algı oluşturur (Moss-Morris ve ark., 2002). Lomber disk hernisi tanılı bireylerde, öncelikle cerrahi dışı tedavi yöntemlerinin uygulanması ve cerrahi tedavi uygulanan kişi sayısının az olması nedeniyle bireylerin çoğu bu hastalığı kronik bir hastalık olarak görmektedir. Bu durum hastalık hakkında kişilerde olumsuz algıların oluşması olasılığını artırmaktadır (Foster ve ark., 2008; Havakeshian ve Mannion, 2013).

Hastalarda ameliyat öncesi dönemde hastalık algısıyla ilişkili olarak sıklıkla anksiyete, korku, kaygı ve hatta öfke duyguları açığa çıkmaktadır. Bu dönemde anksiyetenin ortaya çıkmasında bireylerin hastalığından kurtulma ve umut beklentisinin yanı sıra bedenine zarar geleceği, yaşantısını denetleyemeyeceği ya da tamamen iyileşemeyeceğini düşünmeleri etkili olmaktadır (Güz ve ark., 2003; Yılmaz ve ark., 2006; İbiş, 2010). Bireylerin hastalık algısı deneyimleri ameliyat öncesi dönemde ve ameliyat sonrası dönemde farklılık gösterebilir (Özyürek ve Dramalı, 2003). Cerrahi girişimler sonrasında da hastanın iyileşme sürecinde hastalık algısıyla ilişkili davranış ve tutumları oldukça önemlidir. Bireylerin hastalıkla ilgili algısı psikososyal, fiziksel ve psikolojik olarak ameliyat sürecini etkileyerek yaşam kalitesi ve fiziksel hastalığın seyrini etkilemektedir (Oktay, 2011).

Tüm cerrahi girişimler gibi LDH ameliyatı öncesi ve sonrasında hasta ve ailesinin bakıma katılmaları beklenmektedir. Lomber disk hernisi ameliyatları sonrası erken dönemde ağrı ve hareket kısıtlılığının sık görülmesi nedeniyle bireylerin yaşam kalitesi ve öz-bakım gücü olumsuz yönde etkilenmektedir (Köçkar ve Uzun, 2007; Sarıtaş, 2011). Hastalar hem hastalık hem de geçirdikleri cerrahi girişim nedeniyle öz-bakım ihtiyaçlarını karşılamak için desteğe gereksinim duymaktadır. Ülkemizde LDH ameliyatı olan hastalarla yürütülen bir çalışmada, hemşireler tarafından verilen planlı eğitim sonucunda bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamasının ameliyat sonrası her kontrol döneminde giderek arttığı bulunmuştur (Sarıtaş, 2011). Hemşireler tarafından hastaların hastalığıyla ilgili risk faktörlerinin ameliyat öncesi dönemde belirlenmesi ve düzenlenmesi bakım sürecinde önemlidir. Olumlu yönde geliştirilen hastalık algısı hasta ve ailesinin tedavi sürecine daha etkin katılımını sağlayarak hastaların kendi bakımlarına katılmalarını kolaylaştıracaktır.

Literatür incelendiğinde, Türkiye’de LDH tanılı hastalarla yapılan çalışmalar bulunmakla birlikte mevcut çalışmaların daha çok ameliyat sonrası dönemle ilgili olduğu görülmektedir (Köçkar ve Uzun, 2007; Uzun ve ark., 2009; Sarıtaş, 2011). Ayrıca, LDH tanılı hastaların öz-bakım gücünün değerlendirildiği çalışmaların sınırlı sayıda olduğu saptanmış ve bu hastaların hastalık algılarının değerlendirildiği bir çalışmaya ise rastlanmamıştır. Bu çalışmanın literatüre katkı sağlaması planlandı.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma, lomber disk hernisi nedeniyle ameliyat olan hastalarda hastalık algısının öz-bakım gücüne olan etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

1.3. Araştırmanın Soruları

Soru 1: Lomber disk hernili bireylerin hastalık algısı ile öz-bakım gücü arasında ilişki var mı?

Soru 2: Lomber disk hernili bireylerin tanıtıcı, hastalık ve yaşadıkları ortam özellikleri ile hastalık algıları arasında ilişki var mı?

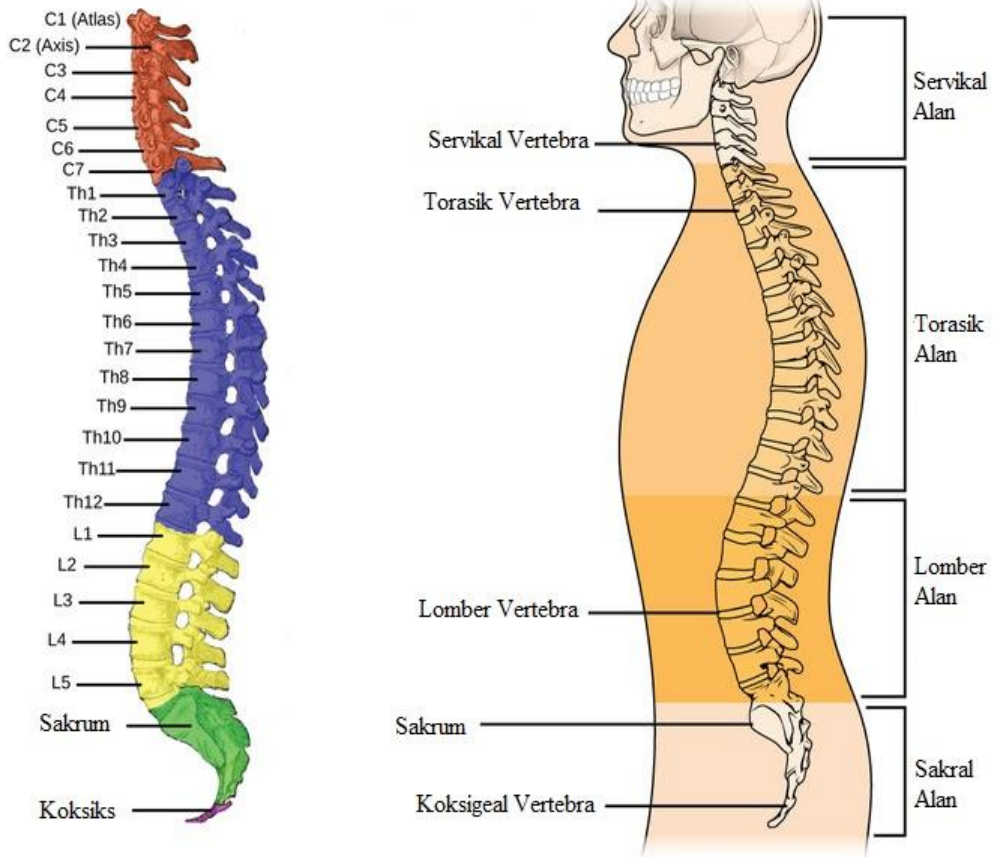
Soru 3: Lomber disk hernili bireylerin tanıtıcı, hastalık ve yaşadıkları ortam özellikleri ile öz-bakım güçleri arasında ilişki var mı?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Lomber Disk Hernisi

2.1.1. Vertebral Kolon ve Diskin Anatomik Yapısı

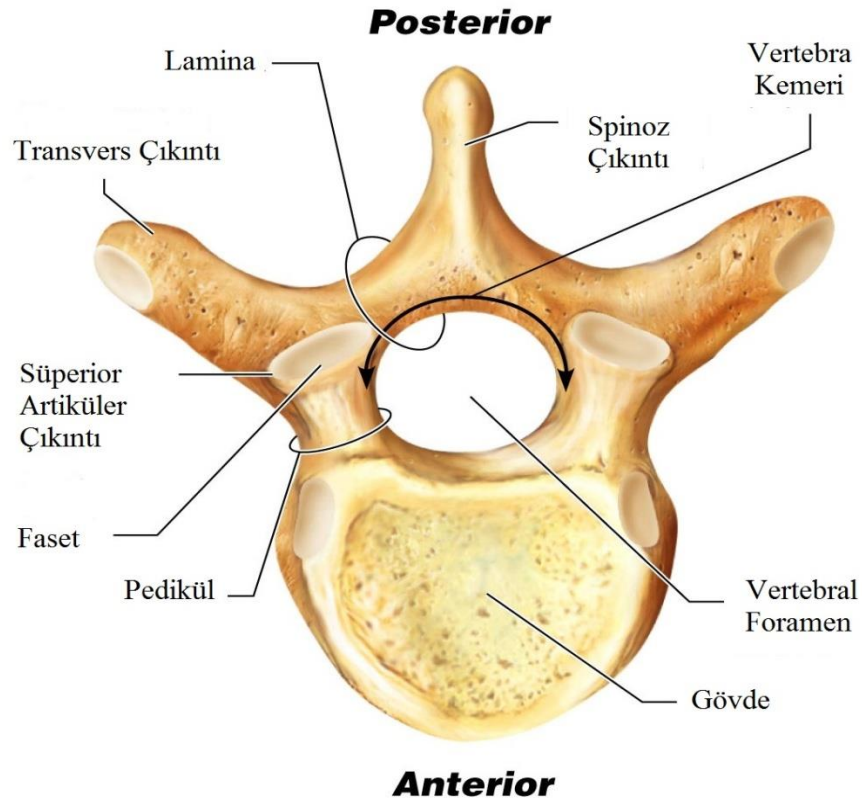
Vertebral kolon (omurga), omurlardan oluşmuş ve içerisinde omurilik bulunan kemik yapıdır. Vertebral kolon, üst üste sıralı şekilde servikal bölgede yedi, torakal bölgede on iki, lomber bölgede beş, sakral bölgede beş ve koksikte dört olmak üzere 33 ayrı omurun birleşmesinden oluşan güçlü ve esnek bir yapıdır (Şekil-1). Vertebra, beden ağırlığını taşıma, diğer bölgelere iletme, gövdeyi oluşturma, ağrısız hareket etme yeteneğiyle mekanik olarak ve omurilikle eklerini içinde bulundurması nedeniyle nörolojik olarak bedende fonksiyon göstermektedir (Bogduk, 2005; Gürgöze, 2015).



Şekil 2.1. Vertebral Kolonun Yapısı

(<https://cnx.org/contents/185cbf87c72e48f5b51ef14f21b5eabd@9.64:199/Types-of-Skeletal-Systems>)

Her bir vertebra anatomik olarak anterior ve posterior olmak üzere iki kısımdan oluşur (Şekil 2). Anterior kısmı vertebranın ağırlığını taşıyan *gövde* bölümünden, posterior kısmını ise *lamina*, *iki artiküler (superior ve inferior artiküler faset eklemleri)*, *iki transvers ve bir spinos çıkıntıdan* oluşur. Her omur gövdesi “*pedikül*” adı verilen iki kalın kemik sapla omur gövdesine bağlıdır. Arka kısımda ve orta hizada pediküllerin kemik halka oluşturacak şekilde birleşmesiyle “*lamina*” oluşur. Vertebra çıkıntılarının alt kısmında kalan ve yay şekli görünümlü yapıysa “*vertebra kemeri*” olarak adlandırılır. Vertebra üzerinde yer alan sap şeklindeki uzantılar “*eklem yüzeyleri*”dir. “*Vertebral foramen*” ise önde omur gövdesi, yanlarda omur sapı ve laminalarla çevrelenerek bir araya gelen omurga kanalını oluşturan boşluk yapısıdır (Bogduk,2005; Öktenoğlu, 2011; Karadokovan, 2014).

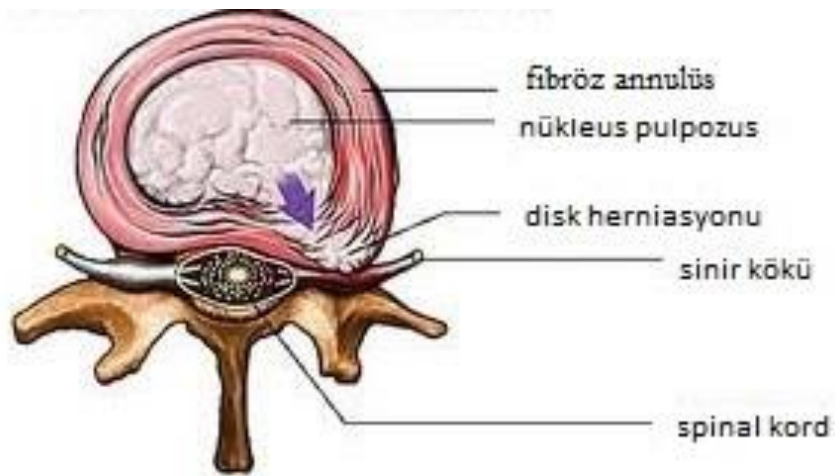


Şekil 2.2. Vertebranın Anatomik Yapısı

(<http://droualb.faculty.mjc.edu/Course%20Materials/Elementary%20Anatomy%20and%20Physiology%2050/Lecture%20outlines/skeletal%20system%20I%20with%20figures.htm>)

İntervertebral diskler, servikal ve lomber alanlara serbest hareket yeteneği sağlayan, iki omur arasında yer alan yapılardır. Disk yapısını su, kollajen ve proteoglikan olmak üzere üç temel bileşen oluşturmaktadır. Sağlıklı ve genç bireylerde disk yapısının %85'i gibi büyük bir oranı su içerirken, yaşlanma ve dejenerasyon nedeniyle su oranı %70'e kadar azalmaktadır. Kollajen yapı, diskte daha fazla su tutulumu ile intervertebral iletişimi sağlayan, Tip I ve Tip II kollajenlerden oluşan kısımdır. Proteoglikanlar ise osmotik özellikleri sayesinde intervertebral disk dokusunun hidrasyonunu sağlayan protein özelliğindeki yapılardır (Bogduk, 2005; Öktenoğlu, 2011).

Diskler orta bölümde nükleus pulpozus ve onun çevresindeki fibröz annülüs olarak adlandırılan iki kısımdan oluşmaktadır (Şekil-3). Nükleus pulpozus, yumuşak jelatinöz maddeden, kollajen liflerden, bağ dokusu ve kırık hücrelerinden oluşan vertebranın iç kısmıdır. Diski çevreleyen ligamentler hasar gördüğünde nükleus pulpozusun yapısı bozularak ligamentten dışarı doğru çıkmaktadır. Nükleus pulpozusun başlıca görevleri; vertebralar üzerine olacak zorlamaları absorbe etmek, disk ile kapiller arasındaki sıvı değişiminde rol oynamaktır. Yaşın ilerlemesiyle jelatinöz kısım katılaşmaya ve fonksiyonlarını kaybetmeye başlar. Fibröz annülüs nükleus pulposusu koruyan, zorlamaları absorbe eden, vertebra cisimleri arasında hareketi sağlayan ve vertebranın dış kısmında yer alan fibröz halkadır (İlhan, 2007; Erdil, 2012; Gürgöze, 2015).



Şekil 2.3. İntervertebral Disk Yapısı

(<http://neufeldlawfirm.com/laymans-medicine-herniated-disc/>)

2.1.2. Lomber Disk Hernisinin Tanımı

Herni, bir organın tamamının veya bir kısmının normalde bulunduğu boşluğun duvarındaki zayıflamış bir bölgeden ya da anormal bir açıklıktan dışarıya doğru çıkmasıdır. İntervertebral disk hernisi nükleus pulpozusun, fibroz annulüsten dışarıya doğru çıkarak spinal kanala doğru fıtıklaşmasıdır. Bu fıtıklaşma lomber bölgede ise lomber disk hernisi adını almaktadır (Öktenoğlu, 2011; Özbayır, 2014)

2.1.3. Lomber Disk Hernisinin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Lomber disk hernisinin etiyolojisi mesleki, sportif, kişisel ve psikolojik faktörler olmak üzere dört başlık altında sınıflandırılmaktadır.

1. Mesleki Faktörler: Bireylerin vücut mekaniklerini yanlış kullanması, tek taraflı ya da dizleri bükmeden ağır eşya taşıma, ayakta uzun süre kalma, ağır fiziksel koşullar ve ergonomik olmayan çalışma koşulları bel ağrıları ve herni oluşumuna neden olmaktadır. Titreşim yapan ve yayan araçları (iş makinesi, otomobil, kamyonet gibi) kullanan kişilerde yüksek vibrasyon nedeniyle disk hernisi görülme sıklığı artmaktadır (Aydoğan, 2005; Dönmez ve ark., 2010; İlhan ve ark., 2010).

2. Sportif Faktörler: Sporcularda bel ağrısı görülme oranı %1-30 arasındadır. Jimnastik, kayak, kürek, güreş, futbol, golf ve tenis sporlarıyla ilgilenen sporcularda ağrı semptomuyla daha sık karşılaşılmaktadır. Sporcularda karşılaşılan bel ağrısının önemli bir kısmını lomber disk hernisi oluşturmaktadır (Erhan ve ark., 2009).

3. Kişisel Faktörler: Orta ve ileri yaşta olmak, uzun boy, fazla kilo, beden kütle indeksinin yüksek olması, eğitim düzeyinin düşük olması, osteoporoz, genetik özellikler, sigara kullanımı ve sedanter yaşam tarzı disk hernisine neden olan kişisel faktörler arasında yer almaktadır (Dönmez ve ark., 2010; Shin, 2014; Miwa ve ark., 2015).

4. Psikolojik Faktörler: Stres durumunun ve depresyonun hastalık oluşumunda risk oluşturduğu bilinmektedir. Ayrıca disk hernisinin önemli bir belirtisi olan ağrı, iş yeri memnuniyetsizliği, beğenilmeme ve takdir edilmeme gibi nedenlerle şiddetlenmektedir (Dündar ve ark., 2009; Miller ve ark., 2015).

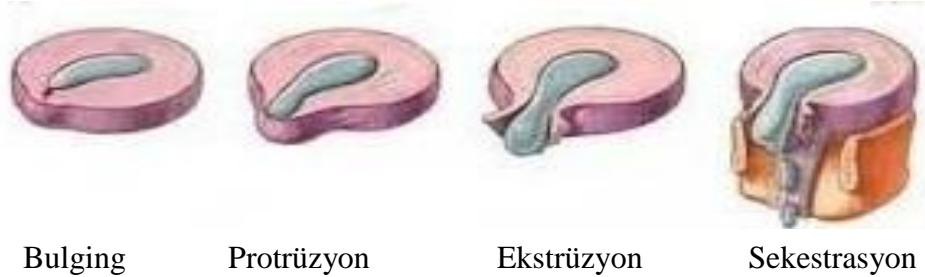
2.1.4. Lomber Disk Hernisinin Fizyopatolojisi

İnsan bedeninde ilerleyen yaş ile birlikte tüm sistemlerde görülen dejenerasyon intervertebral disk yapısında da görülmektedir. Yaşlanmayla beraber bedende su miktarının azalması sonucunda nükleus pulpozusun su tutma oranı azalır ve esnek yapısı bozulur (İlhan, 2007; Bayraktar, 2016). Bu durum kartilaj plak alanlarında skleroz gelişimine neden olur. Annülüs fibrozusun lifleri giderek parçalanır ve annülüs zayıflayarak gevşek bir görünüm alır. Disk vertebra cisimlerinden dışarıya doğru çıkar ve intervertebral disk yüksekliği azalır (Öktenoğlu, 2011).

İntervertebral disk hernileri, sıklıkla L4-L5 ve L5-S1 vertebraları arasında görülür. Çünkü bu disk seviyeleri daha hareketli ve kanal çapının dar olduğu alanlardır (Güven ve ark., 1999; Sucu ve ark., 2002; Karabekir ve ark., 2007; Erdil, 2012).

Lomber disk hernisi dört aşamada ele alınmaktadır (Şekil 4).

1. Annülüs fibrozusun korpus kenarlarından taşmasıyla oluşan ve diskte dejenerasyonun görüldüğü aşama "*Bulging*",
2. Annülüsün iç tabakalarının yırtılmasına bağlı olarak posterolateral alanda genişlemeye neden olan aşama "*Protrüzyon*",
3. Annülüsün tüm tabakalarının yırtılması nedeniyle nükleus pulpozusun posterior longitudinal ligamanın alt kısmına herniye olduğu aşama "*Ekstrüzyon*",
4. Ekstrüzyon sonrasında, nükleus pulpozusun posterior longitudinal ligamenti yırtarak kanal içinde serbest kaldığı aşama ise "*Sekestrasyon*" olarak adlandırılır (Erdoğan, 2016).



Şekil 2.4. Disk Herniasyonu Oluşum Aşamaları

(<http://www.precisionneurosurgery.com.au/services/neurosurgery-and-spinal-surgery-services/treatments/lumbar-microdiscectomy>)

2.1.5. Lomber Disk Hernisinde Klinik Belirti ve Bulgular

Lomber disk hernisi tanılı bireylerde hastalık belirti ve bulgularının türü, şiddeti, lokalizasyonu ve semptomları artıran ya da azaltan faktörleri farklılık göstermektedir. Hastalarda en sık görülen belirti ve bulgular ağrı, kas güçsüzlüğü, paralizisi, mesane ya da barsak inkontinansıdır (Karabekir ve ark., 2007; Erdil, 2012; Öztekin ve Sunal, 2015; Bayraktar, 2016).

Ağrı: Hasta bireylerde genellikle bel ve bacağı vuran, intraspinal sıvı basıncının arttığı (eğilme, zorlanma, aksırma, öksürme gibi) durumlarda şiddeti artan ve yatak istirahatiyle geçen ağrı şikayeti vardır (Akca ve ark., 2013; Öztekin ve Sunal, 2015; Strömqvist ve ark., 2016). “Düz Bacak Kaldırma Testi” fizik muayene sırasında uygulanarak ağrının saptanmasını kolaylaştırır. Bu testte sırt üstü pozisyonda birey yatarak topuğundan ve diz kapağından tutarak bacak kalçaya doğru fleksiyona getirilir. Normalde 90°'ye kadar ağrı ve hareket kısıtlılığı olmazken, LDH'li bireylerde bu açı daha azdır (Özbayır, 2014; Öztekin ve Sunal, 2015).

Kas Güçsüzlüğü: Ayakta veya ayak başparmağında tek ya da çift yönlü olarak uyuşma, kuvvet kaybı ve sinir sıkışmasına bağlı ortaya çıkan hastalığın ilk belirtileri arasındadır (Akca ve ark., 2013)

Paralizi: Hastalığın tedavi edilmediği durumlarda, sinirlerin sıkışarak herniasyon oluşan disk bölgesinin alt tarafındaki ekstremitenin felç olmasıdır (Bayraktar, 2016).

Mesane ya da Barsak İnkontinansı: Hastalığın zamanında tedavi edilmemesi sonucunda gelişen ve hastalığın ileri evrelerinde görülen bir belirtidir (Bayraktar, 2016).

2.1.6. Lomber Disk Hernisinde Tam Yöntemleri

Sağlık Öyküsü

Hastanın sağlık öyküsünde (Karabacak ve Yılmaz, 2014; Korkmaz, 2014; Özbayır, 2014);

- Hastanın biyografik verilerinin (isim, cinsiyet, adres, doğum yeri ve tarihi, medeni durum, meslek, iletişim kurulacak kişi vb.) kaydedilmesi,

- Mevcut hastalığın öyküsünün (semptomların başlangıcı, özelliği, ciddiyeti, lokalizasyonu, süresi, semptomları başlatan, azaltan ve ortadan kaldıran faktörler vb.) belirlenmesi,
- Hastanın mevcut sağlık durumunun (kronik hastalıklar, ilaç tedavisi, alerji durumu vb.) değerlendirilmesi,
- Hastanın geçmiş sağlık öyküsünün (ameliyat, hastaneye yatış, kazalar ve yaralanmalar, son muayene vb.) değerlendirilmesi,
- Aile öyküsünün değerlendirilmesi,
- Kişisel ve psikososyal öykünün (kişisel durum, aile ve sosyal ilişkiler, diyet ve beslenme, fonksiyonel yeterlilik, ruhsal sağlık, sigara-alkol-madde kullanımı gibi kişisel alışkanlıklar vb.) değerlendirilmesi,
- Vücut sistemlerinin değerlendirilmesi gerekmektedir.

Fizik Muayene

Fiziksel muayene sırasında omurganın anatomik yapısı incelenir. Refleks ve sinir germe testleri uygulanarak hastanın fiziksel aktiviteleri değerlendirilir. Ayrıca hastada duyu kaybı olup olmadığı da değerlendirilmelidir (Korkmaz, 2014).

Görüntüleme Yöntemleri

Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG): Günümüzde lomber disk hernisinin tanılanmasında kullanılan en yaygın görüntüleme yöntemidir. Radyasyon içermeyen bu yöntem, hastada ağrıya neden olmadan disk kanalı içindeki yumuşak yapıların görüntülenmesini sağlar (Bono ve Schoenfeld, 2011).

Bilgisayarlı Tomografi (BT): Disk hernilerinin değerlendirilmesinde MRG'den sonra en çok tercih edilen görüntüleme yöntemidir. Kemik ve yumuşak dokunun üç boyutlu görüntüsünün elde edilmesini sağlar (Bono ve Schoenfeld, 2011).

Direkt Grafi: İntervertebral diskteki yapısal değişiklikleri belirlemek için kullanılır. Kırık, instabilite, tümör ve enfeksiyon gibi durumlardan hastalığın ayırıcı tanısında uygulanır (Bono ve Schoenfeld, 2011; Öktenoğlu, 2011).

Miyelografi: Kontrast madde aracılığıyla omuriliğin incelenmesini sağlar (Karadokovan, 2014).

2.1.7. Lomber Disk Hernisinde Tedavi Yöntemleri

Lomber disk herni tanılı hastaların tedavisinde kullanılan tedavi yöntemleri alternatif, konservatif ve cerrahi tedavi yöntemleri olmak üzere üç bölümde ele alınabilir.

Alternatif Tedavi: Lomber disk hernili hastaların alternatif tedavi yöntemleri olarak sıcak- soğuk kompres, sırt bölgesine yün örtü sarma, bel çekme, bitkisel ürünlerin kullanımı, çeşitli maddelerle (sabunlu su, saf zeytinyağı, balık yağı, krem vb.) sırta masaj, çeşitli maddelerin (alabalık, katran, çam reçinesi vb.) sırta sarılması gibi yöntemleri kullandıkları belirlenmiştir (Uzun, 2010; Çilingir ve ark., 2014).

Konservatif Tedavi: Lomber disk hernili hastaların tedavisinde analjezik, kas gevşetici, antiinflamatuvar ve sedatif ilaçlar sıklıkla kullanılmaktadır. Ayrıca hastalara yatak istirahati, aktif-pasif egzersiz, traksiyon, korse ve fizik tedavi yöntemleri de uygulanabilmektedir (Ocak ve ark., 2007; Demirdağ ve ark., 2011; Erdil, 2012; Özbayır, 2014).

Cerrahi Tedavi: Literatürde lomber disk hernili hastaların %85'ine cerrahi tedavi gerekmediği ve cerrahi tedavinin başarı oranının %85-95 olduğu belirtilmektedir (Güven ve ark., 1999; Çetinkaya, 2015).

Lomber disk hernisi vakalarında cerrahi endikasyonları rölatif (göreceli) ve kesin olmak üzere iki bölümde incelenir (Özbayır, 2014; Bayraktar, 2016).

1. Rölatif Cerrahi Endikasyonları

- Konservatif tedavi ile iyileşme sağlamaması,
- Bacak germe testlerinin pozitif olması,
- Motor defisit durumu,
- Dar kanal zemininde lomber disk hernisi,
- Nörolojik defisitinin tekrarlaması,
- Sosyal endikasyon.

2. Kesin Cerrahi Endikasyonları

- Kauda equina sendromu (üriner ve/veya anal fonksiyon bozukluklarının görüldüğü LDH'nin ileri evresinde ortaya çıkan sendrom),
- Ciddi kas güçsüzlüğü,
- İlerleyici motor defisit.

Lomber disk hernili hastaların cerrahi tedavisinde uygulanan başlıca yöntemler:

Diskektomi: Nükleer disk materyalinin çıkarılmasıyla gerçekleştirilen ve en sık yapılan nöroşirürjik cerrahi girişimdir (Öztekin ve Sunal, 2015; Bayraktar, 2016).

Mikrodiskektomi: Ameliyat esnasında mikroskop kullanılarak, herniasyon görülen diskin ve bası altında kalan sinir köklerinin insizyonudur. Bu işlem ortalama 30 dakika sürmekte ve yaklaşık 2.5 cm'lik bir insizyon alanı olmaktadır. Ameliyat sonrası dönemde doku hasarının, kan kaybının ve hissedilen ağrının daha az olması nedeniyle hastalar hızla iyileşerek klinikten erken taburcu olmaktadır (Öztekin ve Sunal, 2015).

Perkütan Diskektomi: Sıklıkla L4-L5 seviyelerindeki herniasyonlarda, krista iliaka üzerinden ve 2.5 cm'lik insizyonla gerçekleştirilir. Görüntüleme yöntemleri kullanılarak retroperitoneal boşluktan tüp, toraker ve kanül disk alanına yerleştirilir. Ameliyat 15 dakika sürmesi ve ameliyat sonrasında kan kaybı, ağrısı az olan hastaların ikinci gün taburcu edilmesi girişimin avantajları arasındadır. Bu işlem sırasında, cerrahi alan içindeki doku yapılarının zarar görme riskinin olması ise dezavantajdır (Öztekin ve Sunal, 2015).

Laminektomi: Laminanın tümünün çıkarılmasıdır. Girişim sırasında yalnızca laminanın diskin herniye olduğu kısmındaki parçası çıkarılırsa işlem *hemilaminektomi* adını alır (Erdil, 2012).

Foraminotomi: Spinal sinir kökü çevresindeki açıklığın (foramenin) cerrahi girişimle genişletilmesidir (Bayraktar, 2016).

Spinal Füzyon: İnsan vücudundan alınan kemik parçasının ya da yapay kemik materyallerinin kullanılmasıyla omurların hareketsiz duruma getirilmesidir. Lomber disk hernili hastaların disk aralığına sıklıkla krista iliakadan alınan kemik grefti yerleştirilmektedir (Bayraktar, 2016).

2.1.8. Lomber Disk Hernisi ve Hemşirelik Bakımı

Lomber disk hernisi nedeniyle ameliyatı planlanan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hemşirelik bakımı aşağıdaki temel bakım ilkelerini içermektedir.

Ameliyat Öncesi Dönem Hemşirelik Bakımı

Tüm cerrahi hastalarında olduğu gibi LDH tanılı bireylere verilen hemşirelik bakımı hastaların kliniğe yatışından ameliyat öncesi geceye, ameliyat öncesi gecedeki ameliyat sabahına kadar ve ameliyat günü hazırlığı olmak üzere üç aşamayı kapsar. Hemşirelik bakımı (Akyüz, 2015; Bayraktar, 2016; Özbayır, 2014; Erdil, 2012; Öztekin ve Sunal, 2015):

- Hastanın kliniğe yatışından ameliyat öncesi geceye kadar olan bakım fizyolojik, psikolojik, yasal hazırlığını ve ameliyat öncesi eğitimini,
- Ameliyat sonrası dönemde uygulamak üzere hastaya derin solunum egzersizi, öksürük egzersizi, yatak içi aktif ve pasif egzersizler, yataktan kalkma ve yatağa geçiş hakkında bilgi verilmesini,
- Ameliyat sonrası dönemde hastanın durumuyla karşılaştırabilmek için ağrı, parestezi, kas spazmı, duyu-motor fonksiyonlar, mesane ve barsak fonksiyonları, ekstremitelerin nörovasküler değerlendirilmesini,
- Hasta ve ailesinin varsa soruları yanıtlanarak ameliyata ilişkin korku ve endişelerini ifade etmelerini,
- Hastanın ameliyattan önceki gece cilt hazırlığını, gastrointestinal sistem hazırlığını, anestezi hazırlığını, gece boyunca yeterince uyumasını ve dinlenmesini,
- Ameliyat günü yapılan tüm hazırlıkların güvenli cerrahi kontrol listesi “klinikten ayrılmadan önce” bölümü uygulanarak kontrol edilmesini,
- Hastanın tüm güvenlik önlemleri kontrol edildikten sonra sağlık personeli tarafından ameliyathane ekibine teslim edilmesini kapsar.

Ameliyat Sonrası Dönem Hemşirelik Bakımı

Hastalara ameliyat sonrası verilecek hemşirelik bakımının amacı; tekrar herniasyon oluşumunu engellemek, tedavinin etkinliğini sağlamak, iyileşme süresini

hızlandırmak, hastanın öz-bakımını sağlamak ve yaşam kalitesini yükseltmektir (Çetinkaya, 2015; Miller ve ark., 2015).

Ameliyat sonrası erken dönemde (ilk 48 saat) hastanın hemşire tarafından izlemi oldukça önemlidir. Hemşire aşağıda belirtilen durumları uygulamalı ve hastayı takip etmelidir (İlhan, 2007; Erdil, 2012; Özbayır, 2014; Akyüz, 2015; Öztekin ve Sunal, 2015; Bayraktar, 2016):

- Hastanın bel kaslarının gevşemesi için başının altına bir yastık yerleştirilir ve dizlerden itibaren bacakları hafif yükseltilir.
- Hastanın yan yatış pozisyonu sırasında dizinin aşırı fleksiyonunu önlemek için bacaklarının arasına yastık yerleştirilir.
- Hastanın yatak içi dönme sırasında bel bölgesine basıncın önlenmesi için bir bütün olarak dönmesi sağlanır.
- Hastanın cerrahi sonrası erken dönemde defekasyon dışında oturmaması sağlanır.
- Hastanın ameliyat sonrasında erken mobilizasyonu sağlanır. Hasta mobilize olmadan önce yatakta yan döndürülür, üstteki eliyle yatağı iterek oturtulur ve aynı esnada bacakları aşağıya indirilir.
- Hastanın her iki ekstremitesi için ameliyat öncesi dönemle karşılaştırarak nörovasküler değerlendirmesi yapılır.
- Venöz dönüşü sağlamak için hastaya antiembolitik çorap giydirilir.
- Hastada derin ven trombozu gelişme riski nedeniyle Homan's bulgusu, ödem ve dispne takibi yapılır.
- Hastanın dren ve pansuman takibi yapılır. Yara yerinde akıntı ve serebrospinal sıvı sızması durumu değerlendirilir.
- Hastanın özel bir diyet gereksinimi olmamakla birlikte konstipasyonu önlemek için yeterli sıvı ve lifli gıda alımı sağlanır.
- Hastanın düzenli olarak ağrısı değerlendirilir ve analjeziklerle kontrol altına alınır.
- Hasta; kanama, hematoma, ekstremitelerde duyu ve motor kayıplar, anal sfinkter kaybı ya da üriner retansiyon gibi komplikasyonlar yönünden izlenir. Bu gibi durumlarla karşılaşıldığında ise hemen hekime haber verilir.

Taburculuk Eğitimi

Cerrahi sonrasında hastanın evde bakım sürecinin etkin ve doğru biçimde sürdürülmesi oldukça önemlidir. Bu nedenle taburculuk eğitimi hastanın kliniğe yatışı ile planlanmalı ve taburculuk işlemi gerçekleşene kadar devam etmelidir (İlhan, 2007). Hasta ve ailesinin evde bakıma katılması ve bireyin öz-bakım ihtiyaçlarının sağlanması iyileşme sürecine olumlu katkıda bulunmaktadır (Öztekin ve Sunal, 2015). Taburculuk eğitimi aşağıdaki başlıkları içermelidir:

Yara Bakımı: Yara yerinde ilk birkaç gün kızarıklık ve şişlik olması durumu normaldir. Şişlik ve kızarıklığın günden güne azalarak beyaz ve gümüş rengi skar dokusuna dönüşmesi beklenir. Yara yerinde kızarıklık, şişlik, ağrı ve akıntı gibi belirtilerin gözlenmesi durumunda hemen hekime başvurulmalıdır (İlhan, 2007).

Beslenme: Beden ağırlığının normal değer aralığında sürdürülmesi gerekmektedir. Ameliyat sonrasında varsa fazla kilo verilmeli veya ideal kilo korunmalıdır. Ayrıca hastalarda herniasyon riskini artıracığından konstipasyon gelişimini önlenmelidir. Bu nedenle bol sıvı tüketimi ve lifli gıdalar yönünden zengin beslenme önemlidir (Özbayır, 2014).

Giyinme: Çok alçak ya da çok yüksek topuklu ayakkabı giyinmekten kaçınılmalıdır. Pantolon ve çorap giymek gibi yere eğilmeyi gerektiren durumlarda oturur pozisyona geçilmelidir (Çetinkaya, 2015).

Hareket ve Egzersiz: Ameliyat sonrasında beden mekaniklerinin doğru kullanımı ve fiziksel egzersizler oldukça önemlidir. Bu dönemde özellikle ilk üç aylık dönemde günlük yaşam aktivitelerinde bel bölgesini zorlayıcı aktivitelerden kaçınılmalıdır (İlhan, 2007). Genellikle erken dönemde yürüyüş ve ilk bir aydan sonra ise yüzme sporu önerilmektedir (Shin, 2014; Bayraktar, 2016).

Banyo: Ameliyat sırasında kullanılan dikiş materyalinin özelliğine göre banyo yapmaya başlama süresi değişmektedir. Cilt altı emilebilen dikişler varsa birkaç gün sonra, emilemeyen dikişler varsa dikişler alındıktan sonra hastanın banyo yapması önerilmektedir. Banyo esnasında ameliyat alanının tahriş edilmemesine özen gösterilmelidir. Hastalar düşme riskine karşı gereken güvenlik önlemlerini alarak ve mümkünse duş şeklinde banyo yapmalıdır (Çetinkaya, 2015).

Boşaltım: Hastaya alaturka tuvalet kullanmaması gerektiği açıklanır. Bel bölgesinin anatomik pozisyonunu korumak için mümkünse alafranga (klozet) tuvalet kullanılmalıdır. Disk içi basınç artışına neden olacağı için ıkınmaktan kaçınılmalı ve konstipasyonu engellemeye yönelik önlemler alınmalıdır (İlhan, 2007).

Araba Kullanma: Altı haftaya kadar uzun süreli araç kullanılmamalıdır. Araç kullanırken ise en az iki saatte bir mola verilmeli, bel bölgesi yastıkla desteklenmeli, koltukla pedal mesafesi doğru ayarlanmalı ve emniyet kemeri takılmalıdır (Çetinkaya, 2015).

Seyahat: Herhangi bir problem olmaması durumunda ilk altı haftadan sonra uzun seyahatlere izin verilir. Ancak ilk altı haftalık dönemde zorunlu durumlarda hastanın oturur pozisyon yerine yatış pozisyonunda seyahat etmesi önerilir (Çetinkaya, 2015).

İlaçlar: Ameliyat sonrası sıklıkla kullanılması önerilen ilaçlar; kas gevşeticiler, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar ve antibiyotiklerdir. Hastalar evde kullanacakları ilaçların ismi, etkisi, dozu, sıklığı, yan etkileri, diğer ilaçlarla etkileşimi ve gerekiyorsa ilaç kullanımı esnasında alınacak önlemler hakkında bilgilendirilmelidir (İlhan, 2007).

Cinsel Yaşam: Ameliyat sonrasında yaklaşık 10-30 gün sonra cinsel yaşama dönülebilir. Hastanın ilişki sırasında beli yormayan pasif pozisyonları tercih etmesi gerektiği açıklanmalıdır (Akbaş, 2008; Sarıtaş, 2011).

Kontroller: Hastaya herhangi bir şikayeti olması durumunda hemen, şikayet olmaması durumunda ise hekim tarafından belirlenen aralıklarla kontrollerine düzenli olarak gelmesinin önemi açıklanmalıdır (İlhan, 2007).

2.2. Lomber Disk Hernisi ve Hastalık Algısı

2.2.1. Hastalık Algısı Tanımı ve Önemi

Biyopsikososyal bir varlık olan insan yaşamı boyunca hastalıkla karşılaşabilir. Bireylerin hastalıkla ilgili deneyimleri, bilgileri, değerleri, inançları ve gereksinimlerindeki çeşitlilik gibi nedenlerle her bireyde hastalık deneyimi farklı gözlemlenir (Moss-Morris ve ark., 2002).

Hastalık algısı, hastalık durumunun bilişsel görünümü olarak tanımlanmaktadır (Armay ve ark., 2007). Hastalık algısı kişinin hastalığa zihninde yüklediği anlamdır. Hastalık algısıyla baş etme, cerrahi tedavi kararı ve tedavi etkilerini değerlendirme süreciyle ilişkilidir. Kişinin hastalığıyla ilgili içsel kontrol algısı yüksekse hastalığın seyri de daha olumlu olur. Bu nedenle bireylerin tedavi sürecinde hastalıklarını nasıl algıladıklarını belirlemek önemlidir (Foster ve ark., 2008).

Hastalık algısı ve hastalık arasında önemli bir ilişki vardır. Olumlu yönde geliştirilen hastalık algısı bireylerin tedavi sürecine daha etkin katılmasını sağlar. Bu nedenle hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlarının değerlendirilerek hastalık hakkındaki tutumunun belirlenmesi önemlidir. Hastalık algısının hastaların yaşam kalitesini, öz-bakımını, duyu durumunu ve tedaviye uyumunu etkilediğine ilişkin çalışmalar da bulunmaktadır (Karadağ, 2013; Özen, 2013; Kepenek, 2014).

2.2.2. Lomber Disk Hernili Hastalarda Hastalık Algısı ve Hemşirelik Bakımı

Cerrahi tedavi seçeneğine karar vermek hastalar için oldukça güç olmaktadır. Nöroşirurji polikliniğinde kronik bel ağrısı olan hastaların cerrahi tedavi hakkındaki düşüncelerinin incelendiği bir çalışmada; cerrahi tedavi yöntemini kabul eden hastalar ameliyat sonrası ağrılarının azalacağını, daha az ağrı kesici ilaca gereksinim duyacaklarını ve günlük yaşam aktivitelerini rahat gerçekleştirebileceklerini düşündüklerini ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada cerrahi tedaviyi kabul etmeyen hastalar ise ameliyat olmaktan korkma, ağrılarının geçmeyeceğini düşünme ve ameliyatını yapacak hekime güvenmeme gibi nedenlerle tedaviyi reddetmiştir (İbiş, 2010). Bir başka çalışmada ise fonksiyonel yetersizliği fazla, ağrısı şiddetli, cerrahiye inanış tutum puanları yüksek ve yaşam kalitesi düşük olan disk hernili hastaların cerrahi tedaviyi tercih etme oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Çıkrıkçioğlu ve Yılmaz, 2015).

Ameliyat öncesi dönemde bireylerde hastalığından kurtulma ve umut beklentisinin yanı sıra bedenine zarar geleceği, yaşantısını denetleyemeyeceği ve tamamen iyileşemeyeceğini düşünmesi gibi nedenlerden dolayı sıklıkla anksiyete gözlemlenmektedir. Lomber disk hernili hastalar ameliyat sonrasında sakat kalma, ağrı yaşama, iş gücü kaybına uğrama korkusu ve bir başkasına bağımlı olma endişesini sıklıkla yaşamaktadır (Karadağ ve Aksoy, 2001). Lomber disk hernili

hastalarla yapılan bir araştırmada; şiddetli ağrı, yüksek eğitim seviyesi ve nörolojik defisit varlığı durumlarının ameliyat öncesi dönemde anksiyete düzeyini artırdığı saptanmıştır (Gz ve ark., 2003).

Ameliyat sonrasında hastalar ağrıya bağlı kişisel bakımda yetersizlik, fiziksel hareketlerin sınırlanması ve sosyal yaşamda değişme gibi sorunlarla karşılaşmaktadır. Hastaların yaşadıkları bu durumların sonucunda, günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenmektedir (Köçkar ve Uzun, 2007).

2.3. Lomber Disk Hernisi ve z-Bakım Gücü

2.3.1. z-Bakım Gücü Tanımı ve önemi

z-bakım kavramı, insanın kendine yeterli olmadığı durumlara ve kendi bakımını üstlenebilmek için duyduğu gereksinimlere odaklanır. z-bakım; Dorothea Orem tarafından geliştirilmiş ve ilk kez 1959 yılında yayınlanmış bir kavramdır. (Velioğlu, 1999; Callaghan, 2003).

Orem'e göre öz-bakım, bireylerin belirli bir zaman çerçevesinde bakımla ilgili eylemlerini olgunlaştıran, kendilerinin yaptıkları, sağlıklı, etkin, kişisel gelişim ve iyileşmeyi sağlayan aktivitelerin uygulanmasıdır. Bir başka tanıma göre ise bireyin kendi sağlığına sürekli katılımı öz-bakım olarak adlandırılabilir (Nahcivan, 1993; Velioğlu, 1999).

z-bakım gücü, sağlığı ve iyiliği devam ettirme sürecinde bireyin ihtiyaı olan öz-bakım davranışlarını yerine getirme yeteneğidir. Başka bir tanımda ise öz-bakım gücü, sağlığın geliştirilmesi ve devamlılığının sağlanmasıyla ilgili kişilerin öz-bakım uygulamalarını belirleyen fiziksel ve duygusal öğelerinin bileşimi olarak ifade edilmiştir (Velioğlu, 1999). Bireyin kültürel geçmişi, sağlık inançları, ekonomik durumu, sağlık öyküsü, hastalık öyküsü ve aile öyküsü gibi pek çok durum hastaların öz-bakım gücünü olumlu ya da olumsuz olarak etkilemektedir (Callaghan, 2003; Nahcivan, 2004).

Sağlık ve öz-bakım gücü arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır. Birey herhangi bir sağlık sorunuyla karşılaştığında öz-bakım gereksinimi ortaya çıkmaktadır (Callaghan, 2003). z-bakım yerine getirildiğinde sağlık ve iyilik

halinin gelişmesine katkı sağlar. Cerrahi tedavi yöntemi sonrası erken dönemde hastalar daha önceden yapabildikleri aktiviteleri yapamayabilir ya da başkalarına bağımlı olarak yapabilir. Bu durumda ameliyat sonrası dönemde hastaların öz-bakım gücü azalabilir ya da öz-bakım yetersizliği durumu ortaya çıkabilir (Sarıtaş, 2011; Özbayır, 2014).

Ameliyat sonrası dönemde gereksinimlerini öncelikle kendisi karşılamayı deneyen birey yetersizlik durumuyla karşılaştığında fiziksel, sosyal ve psikolojik yönden yardım arar (Aydoğan, 2005). Hasta, tıbbi bilgi ve bakım gereksinimleri için sağlık personeli ve yakınlarından destek alır (Bayraktar, 2016). Bu nedenle ameliyat olan bireylerin öz-bakım gücünü etkileyen faktörlerin bilinmesi, sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları sergilemesinde önemlidir. Ameliyat sonrasında bireylerin öz-bakım gücünün desteklenmesinde sağlık personeli, hasta ve hasta yakınlarının iş birliği içerisinde olması gerekmektedir (Cebeci, 2004).

2.3.2. Lomber Disk Hernili Hastalarda Öz-Bakım Gücü ve Hemşirelik Bakımı

Lomber disk hernisi cerrahi girişimin gerekli olduğu durumlardan birisidir. Lomber disk hernisi nedeniyle ameliyat olan hastaların ameliyat sonrası dönemde hem klinikte hem de evde bakımında öz-bakım ihtiyaçlarının karşılanması ve güçlendirilmesi oldukça önemlidir (Çetinkaya, 2015).

Hastaların ameliyat sonrası erken dönemde klinikte bakımları sağlık personeli ve hasta yakınları tarafından karşılanmaktadır. Bu dönemde uygulanan bakım sonucunda, bireyin öz-bakımında etkinlik kazanarak bağımsız fonksiyonlarının giderek artması ve en kısa sürede kendi bakımını üstlenmesini amaçlanır. Ayrıca kendi bakımını kısa sürede üstlenen hastaların hastanede kalış süreleri kısalmaktadır. Yapılan çalışmalarda, klinikte erken mobilize olan, beslenme ve boşaltım gibi aktivitelerini bağımsız olarak yerine getiren hastaların öz-bakım gücünün yüksek olduğu bulunmuştur (Korkmaz, 2011; Nart, 2013). Ayrıca postoperatif dönemde öz-bakım gücü yüksek olan bireylerin taburculuğa hazır olma düzeylerinin de daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Bıçakçı, 2010).

Evde bakım süreci, ameliyat sonrası bakımın önemli bir unsurudur. Bireyin kişisel ihtiyaçlarının karşılanması ve günlük yaşam aktivitelerinin sağlanması

oldukça önemlidir. Bu nedenle, bireyler taburcu olmadan önce yeterli bilgi ve beceriye sahip olmalıdır. Hastanın kliniğe yatışıyla başlayan taburculuk eğitimi, bireylerin daha yüksek öz-bakım gücüne sahip olmasında etkin rol oynar (Öztekin ve Sunal, 2015). Lomber disk hernisi nedeniyle ameliyat olan hastalarla yürütülen bir çalışmada, hemşireler tarafından verilen planlı eğitimin hastaların öz-bakım gücü puan ortalamalarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak arttırdığı bulunmuştur (Sarıtaş, 2011). Bir başka çalışmada ise LDH nedeniyle cerrahi geçiren hastaların yaşam kalitesi ve öz-bakım gücü arasında olumlu yönde güçlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Ayrıca aynı çalışmada, ameliyat sonrası geç dönemlerde öz-bakım gücü puanlarının daha fazla olduğu saptanmıştır (Uzun ve ark., 2009).

Lomber disk hernisi ameliyatı olan bireylerin öz-bakım ihtiyaçları erken dönemde belirlenmeli ve bu ihtiyaçlara göre bireyin gereksinimleri karşılanmalıdır. Hastalarda öz-bakım gücünün ameliyat sonrası dönemde giderek artması beklenmektedir. Bu doğrultuda ise hastalara planlı eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmesi önemlidir (Sarıtaş, 2011; Çetinkaya, 2015).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, lomber disk hernisi nedeniyle ameliyat olan hastalarda hastalık algısının öz-bakım gücüne etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Ordu İl merkezindeki bir devlet hastanesinin Beyin ve Sinir Cerrahi Kliniği ile polikliniklerinde yapıldı. Araştırmanın veri toplama aşaması 10.09.2015- 30.06.2016 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

Araştırmanın yapıldığı klinikte toplam 13 oda ve 30 hasta yatağı vardır. Hasta odalarının yedisi üç kişilik, üçü iki kişilik ve üçü tek kişiliktir. Klinikte biri sorumlu hemşire olmak üzere toplam dokuz hemşire iki vardiya şeklinde çalışmaktadır. Klinik ve polikliniklerde dört uzman nöroşirürji hekimi görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırma evrenini, Ordu İl merkezinde bulunan bir devlet hastanesinin Beyin ve Sinir Cerrahi Kliniğinde lomber disk hernisi tanısı almış ve ameliyat planıyla kliniğe yatırılmış hastalar oluşturdu.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın yapıldığı, Ordu İl merkezinde bulunan bir devlet hastanesinde 1 Ocak-31 Aralık 2014 tarihleri arasında lomber disk hernisi nedeniyle 405 hastanın ameliyat olduğu saptandı. Araştırmanın örneklemini evrenden olasılıksız örnekleme yöntemi ile seçilen, araştırma ölçütlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 197 lomber disk hernili hasta oluşturdu. Literatürde örneklem büyüklüğünün saptanması için lomber disk hernisinin görülüş sıklığının belirlendiği çalışmaya rastlanmaması nedeniyle hastalığın görülüş sıklığı %50 olarak kabul edildi. Araştırma örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde bilinen evrenden örneklem büyüklüğü hesaplama formülü kullanıldı (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 2009).

$$n: [Nt^2pq] / [d^2(N-1)+t^2pq]$$

N: Evrendeki birey sayısı (405)

n: Örneklem alınacak birey sayısı

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (0.5)

q: İncelenen olayın görülmeşiş sıklığı (1-p)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer (1,96)

n: $[405 \times (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5] / [(0.05)^2 \times 404 + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5] = 197$ lomber disk hernisi nedeniyle ameliyat olan hasta çalışmanın örneklemini oluşturdu ve araştırma 200 hasta ile tamamlandı.

3.3.2.1. Örneklem Alınma Ölçütleri

- Okur-yazar olmak,
- 18 yaşından büyük olmak,
- Kişisel iletişim problemi olmamak,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak,
- Ameliyattan en az bir gün önce klinikte yatmak,
- Ameliyat sonrası onuncu günde kontrol amacıyla polikliniğe gelmektir.

3.3.2.2. Örneklemden Dışlama Ölçütleri

- Okur-yazar olmamak,
- 18 yaşından küçük olmak,
- Kişisel iletişim problemi olmaktır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından literatür bilgilerinden yararlanılarak geliştirilen Kişisel Bilgi Formu, Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) ve Öz-Bakım Gücü

Ölçeği (ÖBGÖ) kullanılarak toplandı (Nahcivan, 1993; Özyürek ve Dramalı, 2003; Armay, 2006; Köçkar ve Uzun, 2007; Dönmez ve ark., 2010).

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan Kişisel Bilgi Formu toplam 21 sorudan ve iki bölümden oluşmaktadır (Özyürek ve Dramalı, 2003; Köçkar ve Uzun, 2007; Dönmez ve ark., 2010). Birinci bölümde hastaların tanıtıcı özelliklerini içeren yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, boy, kilo, sosyal güvence, sigara alışkanlığı, kronik hastalık, yaşanılan yer, gelir düzeyi gibi sorular yer almaktadır. İkinci bölümde ise ameliyat öncesi dönemde hastaneye başvurma nedeni, şikayetlerinin süresi, hekime başvuru sayısı, ameliyat öyküsü, aile öyküsü, kaza ya da travma öyküsü, oturlan konut tipi gibi hastaların hastalığı ve yaşadıkları ortama ilişkin sorular bulunmaktadır (Ek-1).

3.4.2. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)

Weinmann ve arkadaşları tarafından 1996 yılında geliştirilen ölçek, 2002 yılında Moss-Morris ve arkadaşları tarafından yenilenmiştir. Ölçeğin Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları 2006 yılında Armay tarafından yapılmıştır. Ölçek, hastalık tipi/kimlik, hastalık hakkındaki görüşleri ve hastalık nedenleri olmak üzere üç boyuttan oluşmaktadır (Ek-2).

1. Hastalık Tipi/Kimlik Boyutu: Sık görülen 14 hastalık belirtisini (ağrı, boğazda yanma, bulantı, soluk almada güçlük, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözlerde yanma, hırıltılı soluma, baş ağrısı, mide yakınmaları, sersemlik hissi, uyku güçlüğü, güç kaybı) içerir. Kişiler her bir belirtiyi “hastalığın başlangıcından bu yana yaşayıp yaşamadığını” ve “bu belirtiyi hastalığıyla ilgili görüp görmediğini” değerlendirerek evet/hayır şeklinde yanıtlar. İfadelere verilen evet yanıtları bir puan, hayır yanıtları sıfır puan olarak değerlendirilir. Belirtinin hastalıkla ilgili görüldüğü evet yanıtları toplamı hastalık tipi/kimlik boyutunun değerlendirme sonucunu oluşturur. Bu boyuttan alınabilecek en yüksek puan 14, en düşük puan ise sıfırdır. Araştırmada *hastalık tipi/kimlik* boyutunun Cronbach Alfa değerleri ameliyat öncesi dönemde 0.84 ve ameliyat sonrası dönemde 0.85 olarak bulundu.

2. Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu: Bu boyut, 38 madde ve beşli likert tipi ölçümü (kesinlikle böyle düşünmüyorum, böyle düşünmüyorum, kararsızım,

böyle düşünüyorum, kesinlikle böyle düşünüyorum) içerir. Hastalık hakkındaki görüşleri boyutu; süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller olarak yedi alt boyuttan oluşur.

Süre (akut/kronik) alt boyutu, kişinin hastalık süresine ilişkin algılarını değerlendirir. Altı madde (1, 2, 3, 4, 5, 18) içerir. Bir, dört ve on sekizinci maddeler ters puanlanır. Yüksek puan, hastalığın kronik olarak algılandığını ifade eder.

Sonuçlar alt boyutu, kişinin hastalığının ciddiyetine ilişkin inançlarını değerlendirir. Altı madde (6, 7, 8, 9, 10, 11) içerir. Sekizinci madde ters puanlanır. Yüksek puan, hastalığın sonuçlarının ciddi olduğunu ifade eder.

Kişisel kontrol alt boyutu, kişinin hastalığında bireysel olarak kontrolüne olan inancını değerlendirir. Altı madde (12, 13, 14, 15, 16, 17) içerir. On beş ve on yedinci maddeler ters puanlanır. Yüksek puan, hastalığın kontrol altına alınabileceğine ilişkin olumlu algıyı ifade eder.

Tedavi kontrol alt boyutu, kişinin tedavi etkinliğine olan inançlarını değerlendirir. Beş madde (19, 20, 21, 22, 23) içerir. On dokuz ve yirmi üçüncü maddeler ters puanlanır. Yüksek puan, hastalığın uygulanan tedavi sonucunda kontrol edilebileceğine ilişkin olumlu algıyı ifade eder.

Hastalığı anlayabilme alt boyutu, kişinin hastalığını anlama biçimini değerlendirir. Beş madde (24, 25, 26, 27, 28) içerir. Yirmi dört, yirmi beş, yirmi altı, yirmi yedinci maddeler ters puanlanır. Yüksek puan, hastalığın anlaşıldığını ifade eder.

Süre (döngüsel) alt boyutu, kişinin hastalığının belirli aralıklarla tekrarlamasına ilişkin algısını değerlendirir. Dört madde (29, 30, 31, 32) içerir. Yüksek puan, hastalığın döngüsel olduğunun düşünüldüğünü ifade eder.

Duygusal temsiller alt boyutu, kişinin hastalığıyla ilgili hissettiklerini değerlendirir. Altı madde (33, 34, 35, 36, 37, 38) içerir. Otuz altıncı madde ters puanlanır. Yüksek puan, hastalıkla ilgili endişenin fazla olduğunu ifade eder.

Ölçeğin alt boyutları puanlanırken, her bir ifadeye bir ile beş arasında puan verilir ve her bir alt boyuttaki puanlar toplanır. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirlik

çalışmasında alt boyutun Cronbach Alfa değerleri deney grubunda sırasıyla 0.85, 0.66, 0.60, 0.80, 0.72, 0.67, 0.68 ve kontrol grubunda sırasıyla 0.93, 0.77, 0.65, 0.85, 0.76, 0.72, 0.83 olarak bulunmuştur (Armay, 2006). Bu çalışmada *süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller* alt boyutlarının ameliyat öncesi dönemde Cronbach Alfa değerleri sırasıyla 0.86, 0.76, 0.75, 0.80, 0.71, 0.72 ve 0.78 olarak bulundu. Ameliyat sonrası dönemde ise alt boyutların Cronbach Alfa değerleri sırasıyla 0.87, 0.70, 0.82, 0.93, 0.80, 0.85 ve 0.80 olarak saptandı.

3. Hastalık Nedenleri Boyutu: Kişinin hastalığının olası nedenlerini araştırır ve 18 maddeden oluşur. Beşli-likert tipi (kesinlikle böyle düşünmüyorum, böyle düşünmüyorum, kararsızım, böyle düşünüyorum, kesinlikle böyle düşünüyorum) bir ölçektir. Psikolojik atıflar, risk etkenleri, bağışıklık, kaza veya şans olmak üzere dört alt boyut içerir.

Psikolojik atıflar alt boyutu; stres ya da endişe, benim tutumum, aile problemleri, aşırı çalışma, duygusal durumum, kişilik özelliklerim olmak üzere altı madde içerir.

Risk etkenleri alt boyutu; kalıtsal, diyet-yemek alışkanlıkları, geçmişimdeki kötü tıbbi bakım, kendi davranışım, yaşlanma, alkol, sigara kullanımı olmak üzere yedi madde içerir.

Bağışıklık alt boyutu; bir mikrop ya da virüs, çevre kirliliği, vücut direncimin azalması olmak üzere üç madde içerir.

Kaza veya şans alt boyutu; şans ya da kötü talih, kaza ya da yaralanma olmak üzere iki madde içerir.

Ölçeğin alt boyutları puanlanırken, her bir ifadeye bir ile beş arasında puan verilir ve her bir alt boyuttaki puanlar toplanır. Alt boyutlar toplam puanının yüksek olması kişilerde lomber disk hernisine neden olan faktörlerin algılandığını gösterir. Ölçeğin son bölümü ise bireylerin hastalığının en önemli nedeni olarak gördüğü üç faktörü yazmasıyla tamamlanır.

Araştırmada ameliyat öncesi dönemde *psikolojik atıflar, risk etkenleri, bağışıklık, kaza veya şans* alt boyutlarının Cronbach Alfa değerleri sırasıyla 0.57,

0.48, 0.46 ve 0.62 olarak bulundu. Ameliyat sonrası dönemde ise alt boyutların Cronbach Alfa değerleri sırasıyla 0.56, 0.52, 0.37 ve 0.55 olarak bulundu.

3.4.3. Öz-Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ)

Kearney ve Fleischer tarafından 1979 yılında geliştirilen ölçek 43 maddeden oluşmaktadır. Ülkemizde Nahcivan tarafından 1993 yılında ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılarak ölçek 35 madde olarak yeniden düzenlenmiştir. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0.92 olarak belirlenmiştir. Ayrıca Bu çalışmada ise ÖBGÖ'nün Cronbach Alfa değeri ameliyat sonrası ikinci günde 0.88 ve ameliyat sonrası onuncu günde 0.87 olarak saptandı.

Ölçekte öz-bakım gücüyle ilgili ifadelerin yer aldığı maddeler için “Beni hiç tanımlamıyor”, “Beni pek tanımlamıyor”, “Fikrim yok”, “Beni biraz tanımlıyor” ve “Beni çok tanımlıyor ” seçenekleri bulunmaktadır. Ölçekte her bir ifade sıfır ve dört arasında değişebilen puanlar almaktadır. Ölçekte olumsuz ifade içeren sekiz maddeye (3, 6, 9, 13, 19, 22, 26 ve 31) verilen yanıtlarda ise ters puanlama uygulanır (Ek-3).

Ölçekten alınabilecek en düşük puan sıfır, en yüksek puan ise 140'dır. Ölçekten toplam 82 puanın altında alınması düşük, 82-120 puan arasında alınması orta, 120 puanın üzerinde alınması ise yüksek öz-bakım gücü olarak ifade edilir. Ölçekten alınan puanın artması bireyin öz-bakım gücünün yüksekliğini gösterir. Ölçeğin sınır/kesme değeri yoktur.

3.5. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması

Araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formunun ön uygulaması 01.05.2015-01.06.2015 tarihleri arasında 20 hasta ile yapıldı. Ön uygulama sonrasında form üzerinde yeniden düzenlemeler yapıldı ve ön uygulama yapılan hastalar araştırmaya dahil edilmedi.

3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırma verileri 10.09.2015–30.06.2016 tarihleri arasında, hastalarla yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak üç aşamada toplandı. Araştırmacı tarafından, lomber

disk hernisi nedeniyle ameliyat olacak hastalara ameliyat öncesi dönemde Kişisel Bilgi Formu ve Hastalık Algısı Ölçeği, ameliyat sonrası ikinci gün klinikte Öz-Bakım Gücü Ölçeği uygulandı. Hastalar ameliyat sonrası onuncu günde kontrol amacıyla polikliniğe geldiğinde ise Hastalık Algısı Ölçeği ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği tekrar uygulanarak araştırma verileri toplandı.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra Statistical Package For Social Science For Windows 24.0 (SPSS 24.0) paket programı ile analiz edildi. Hastaların tanıtıcı özellikleri ve hastalık ile yaşadıkları ortam özellikleri bağımsız değişkenleri, ölçeklerden elde edilen puanlar ise bağımlı değişkenleri oluşturdu. Araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özellikleri ve ölçeklerde bulunan sorulara verdikleri yanıtlarda istatistiksel olarak sayı, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma, minimum-maksimum değerler kullanıldı.

Verilerin normal dağılım kontrolü Kolmogorov-Smirnov testi, grup varyanslarının homojenlik kontrolü ise Levene testi ile yapıldı. Normallik testi uygulandıktan sonra normal dağılım gösteren bağımsız iki grup karşılaştırılmasında t-testi, üç ve üzeri grup karşılaştırılmasında Oneway ANOVA testi kullanıldı. Bağımlı iki grup karşılaştırılmasında Paired t-test uygulandı. Normal dağılım göstermeyen bağımsız üç ve üzeri grup karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis Varyans Analizi testi kullanıldı. Varyans analizi sonucunda fark oluşturan grup Tukey çoklu karşılaştırma testi ile belirlendi ve sonuçları harfli gösterim şeklinde ortalamaların yanında verildi. Ölçekler arasındaki ilişkilerin belirlenmesi amacıyla korelasyon analizi yapıldı ve Pearson korelasyon katsayıları hesaplandı. Korelasyon hesaplamalarında r değer aralığı (0.00-0.25) “çok zayıf”, (0.26-0.49) “zayıf”, (0.50-0.69) “orta”, (0.70-0.89) “yüksek” ve (0.90-1.00) “çok yüksek” ilişki olarak değerlendirildi (Çoşansu, 2014).

Araştırma sonuçları yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0.05 kullanılmış olup; $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu, $p > 0.05$ değeri ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı şeklinde ifade edildi. İstatistik hesaplamalar ve yorumlamalar %95 güven aralığında ve %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın verilerinin toplanabilmesi için Ordu Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği'nden 09.09.2015 tarihinde (Sayı: 90305902-773.02/10324) yazılı izin alındı (Ek-4). Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 01.04.2016 tarihinde (Sayı: 2016/19) etik kurul izni alındı (Ek-5). Çalışmaya başlamadan önce araştırmada kullanılan ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını yapan araştırmacılardan e-posta aracılığıyla ölçek kullanım izni alındı (Ek-6).

Araştırma verileri toplanmaya başlamadan önce hasta hakları göz önüne alınarak bireylere çalışmanın amacı sözel olarak açıklandı ve "Bilgilendirilmiş Onam Formu" verildi (Ek-7). Elde edilen bilgilerin başkalarıyla paylaşılmayacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesine ve araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyenlerin alınmasıyla "Özerkliğe Saygı" ilkesine uygun davranıldı. Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden hastalar bilgilendirilmiş yazılı onam formlarını imzaladı.

3.9. Araştırmada Karşılaşılan Zorluklar

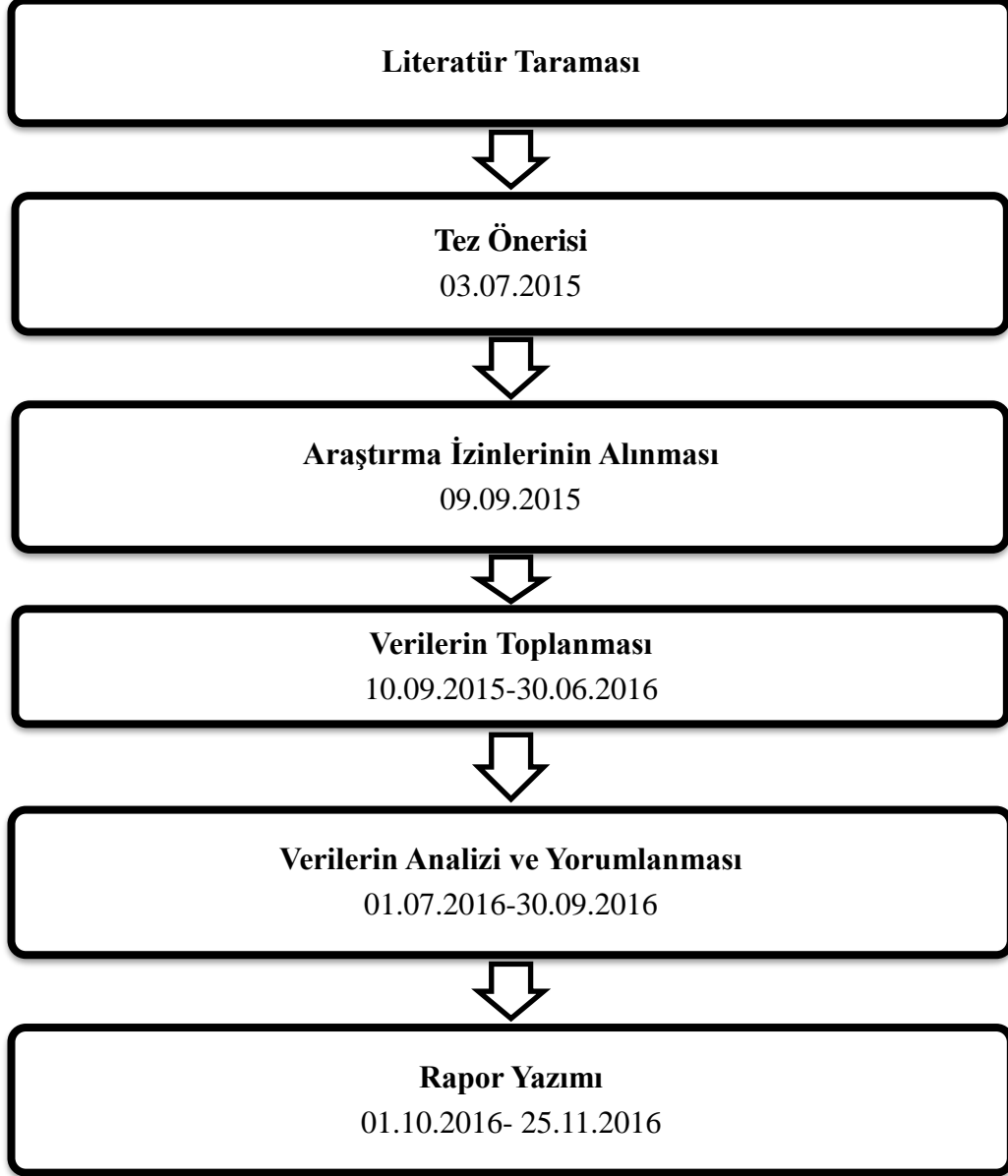
Araştırmanın verilerinin üç aşamalı olarak ameliyat öncesi dönemde, ameliyat sonrası dönemin ikinci ve onuncu gününde toplanması nedeniyle örneklem sayısına ulaşılmasında güçlük yaşandı. Araştırma verilerinin poliklinikte toplanması sırasında uygun fiziksel ortam bulunmaması veri toplama araçlarının uygulanmasını zorlaştırdı.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma tek bir sağlık kurumunda gerçekleştiği ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalarla yapıldığı için genellenebilirlik yönünden sınırlılık taşımaktadır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar yalnızca araştırmaya katılan hasta grubuna genellenebilir.

3.11. Araştırmanın Planı

Araştırmanın planı Şekil 5'te yer almaktadır.



Şekil 3.1. Araştırmanın Planı

4. BULGULAR

Bu çalışma, lomber disk hernisi nedeniyle ameliyat olan hastaların hastalık algısının öz-bakım gücüne etkisini belirlemek amacıyla yapıldı ve araştırma kapsamına alınan 200 hastadan elde edilen bulgular dört başlık altında verildi.

- Hastaların tanıtıcı özelliklerine, hastalığa ve yaşadıkları ortama ilişkin bulgular
- Hastaların hastalık algısı ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamalarına ilişkin bulgular
- Hastaların öz-bakım gücü ölçeğine ilişkin bulgular
- Hastaların hastalık algısı ölçeği alt boyutları ve öz-bakım gücü ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişkiye ait bulgular

Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine, Hastalığa ve Yaşadıkları Ortama İlişkin Bulgular

Tablo 4.1’de lomber disk hernili hastaların tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması 47.52 ± 9.68 (28-69), boy ortalaması 166.96 ± 7.82 , kilo ortalaması 75.34 ± 11.82 , beden kütle indeksi (BKİ) ortalaması 26.99 ± 3.64 ’tür. Hastaların %51.5’i kadın, %36’sı 48-57 yaş grubunda, %93.5’i evlidir. Lomber disk hernisi tanımlı hastaların %37.5’i ilkokul mezunu, %45.5’i ev hanımı ve %96’sı sosyal güvenceye sahiptir. Hastaların %74.5’inin sigara alışkanlığı olmadığı ve %72’sinin kronik hastalığının bulunmadığı saptandı. Hastaların %38.5’inin ilde yaşadığı ve %66’sının gelir gider durumunun eşit olduğu belirlendi.

Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=200)

Özellikler	$\bar{X}\pm SS$	Min.-Mak.
Yaş	47.52±9.68	28-69
Boy	166.96±7.82	151-185
Kilo	75.34±11.82	49-115
Beden Kütle İndeksi	26.99±3.64	18.69-38.05
Tanıtıcı Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	103	51.5
Erkek	97	48.5
Yaş		
28-37 yaş	35	17.5
38-47 yaş	60	30.0
48-57 yaş	72	36.0
58 yaş ve üzeri	33	16.5
Medeni Durum		
Evli	187	93.5
Bekar	13	6.5
Eğitim Durumu		
Okur-yazar	36	18.0
İlkokul	75	37.5
Ortaokul	41	20.5
Lise	34	17.0
Üniversite ve üzeri	14	7.0
Meslek		
Ev hanımı	91	45.5
İşçi	31	15.5
Memur	10	5.0
Serbest meslek	53	26.5
Emekli	15	7.5
Sosyal Güvence		
Var	192	96.0
Yok	8	4.0
Sigara Alışkanlığı		
Var	51	25.5
Yok	149	74.5
Kronik Hastalık		
Var	56	28.0
Yok	144	72.0
Yaşanılan Yer		
İl	77	38.5
İlçe	71	35.5
Köy-Kasaba	52	26.0
Gelir Durumu		
Gelir-giderden az	45	22.5
Gelir-gidere eş	132	66.0
Gelir-giderden fazla	23	11.5

Tablo 4.2’de hastaların hastalığına ve yaşadıkları ortama ilişkin özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Lomber disk hernili hastaların %60.5’inin hastaneye bacağına vuran ağrı şikayetiyle başvurduğu belirlendi. Hastaların %57’sinin hastalık şikayetlerinin başlama süresinin bir ile altı ay arasında olduğu ve %66.5’inin ameliyat öncesi hekime bir ile üç kez aralığında başvurduğu belirlendi. Hastaların %69’una cerrahi tedavi öncesinde ilaç tedavisi uygulandığı ve %89’unun daha önceden LDH’ya ilişkin ameliyat geçirmediği saptandı. Hastaların %73.5’inin ailesinde LDH öyküsü olmadığı ve LDH öyküsü olanların %54.7’sinin birinci derece akrabalarında bu hastalığın olduğu bulundu. Hastaların %85’inin yaşamları boyunca bel bölgesi hasarına neden olabilecek herhangi bir kaza ya da travma geçirmediği saptandı. Hastaların %60’ının apartman dairesinde yaşadığı, apartmanda yaşayan bireylerin %75’inin yaşadığı binada asansör olmadığı, %71.7’sinin üçüncü ya da daha alt katlarda yaşadığı belirlendi.

Tablo 4.2. Hastaların Hastalığına ve Yaşadıkları Ortama İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=200)

Özellikler	n	%
Hastaneye Başvurma Nedeni		
Bacağa vuran ağrı	121	60.5
Bacakta kasılma ve uyuşma	35	17.5
Yürümede ve oturup kalkmada güçlük	44	22.0
Şikayetlerin Başlama Süresi		
1-6 ay	114	57.0
7-12 ay	27	13.5
1 yıldan fazla	59	29.5
Ameliyat Öncesi Hekime Başvurma Süresi		
1-3 kez	133	66.5
4-6 kez	42	21.0
7 kez ve üzeri	25	12.5
Ameliyat Öncesi Uygulanan Tedavi Yöntemi		
İlaç tedavisi	138	69.0
Fizik tedavi	10	5.0
Kombine tedavi	23	11.5
Yok	29	14.5
LDH'ye İlişkin Ameliyat Öyküsü		
Var	22	11.0
Yok	178	89.0
Ailede LDH Öyküsü		
Var	53	26.5
Yok	147	73.5
Yakınlık Derecesi (n=53)*		
Birinci derece akraba	29	54.7
İkinci derece akraba	15	28.3
Üçüncü derece akraba	9	17.0
Kaza ya da Travma Öyküsü		
Var	30	15.0
Yok	170	85.0
Konut Tipi		
Tek katlı	53	26.5
İki katlı	27	13.5
Apartman	120	60.0
Apartmanda Asansör Durumu (n=120)*		
Var	30	25.0
Yok	90	75.0
Apartmanda Oturulan Kat (n=120)*		
≤3	86	71.7
>4	34	28.3

*Yüzdeler "n" sayısı üzerinden hesaplandı.

Hastaların Hastalık Algısı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.3'te hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hastalık algısı ölçeğinin hastalık tipi/kimlik boyutunda yer alan hastalık belirtileri ve bu belirtilerin hastalıkla ilişkilendirilme durumu yer almaktadır. Hastaların *ameliyat öncesi dönem* en sık yaşadıkları hastalık belirtilerinin ağrı (%96.5), güç kaybı (%77.5), yorgunluk (%60), uyku güçlüğü (%52) ve eklem sertliği (%35.5) olduğu belirlendi. Hastalar yaşadıkları belirtiler içerisinde en sık olarak ağrıyı (%93.5), güç kaybını (%76), yorgunluğu (%59.5), uyku güçlüğü (%49.5) ve eklem sertliğini (%34) LDH ile ilişkili olarak belirtti.

Hastaların *ameliyat sonrası dönem* en sık yaşadıkları hastalık belirtilerinin ise ağrı (%97), güç kaybı (%75.5), yorgunluk (%59.5), uyku güçlüğü (%49) ve eklem sertliği (%47) olduğu belirlendi. Hastalar yaşadıkları belirtiler içerisinde en sık olarak ağrıyı (%94.5), güç kaybını (%78), yorgunluğu (%59), uyku güçlüğü (%46.5) ve eklem sertliğini (%43) LDH ile ilişkili olarak belirtti.

Tablo 4.3. Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Tipi/Kimlik Alt Boyutu Dağılımı (n=200)

HASTALIK TİPİ/KİMLİK	Ameliyat Öncesi Dönem				Ameliyat Sonrası Dönem			
	Hastalığının Başından Bu Yana Bu Belirtiyi Yaşadım		Bu Belirti Hastalığımla İlgili		Hastalığının Başından Bu Yana Bu Belirtiyi Yaşadım		Bu Belirti Hastalığımla İlgili	
	n*	%	n*	%	n*	%	n*	%
Ağrı	193	96.5	187	93.5	194	97.0	189	94.5
Boğazda yanma	12	6.0	8	4.0	13	6.5	8	4.0
Bulantı	14	7.0	14	7.0	13	6.5	13	6.5
Soluk almada güçlük	18	9.0	13	6.5	16	8.0	14	7.0
Kilo kaybı	19	9.5	20	10.0	20	10.0	18	9.0
Yorgunluk	120	60.0	119	59.5	119	59.5	118	59.0
Eklem sertliği	71	35.5	68	34.0	94	47.0	86	43.0
Gözlerde yanma	10	5.0	6	3.0	10	5.0	5	2.5
Hırıltılı soluma	16	8.0	10	5.0	17	8.5	10	5.0
Baş ağrıları	47	23.5	39	19.5	56	28.0	38	19.0
Mide yakınmaları	19	9.5	11	5.5	19	9.5	10	5.0
Uyku güçlükleri	104	52.0	99	49.5	98	49.0	93	46.5
Sersemlik hissi	47	23.5	46	23.0	67	35.5	54	27.0
Güç kaybı	155	77.5	152	76.0	151	75.5	156	78.0

*Yüzdeler soruya “evet” yanıtı veren hastalar üzerinden alındı.

Tablo 4.4'te hastaların ameliyat öncesi ve sonrası döneme göre hastalık algısı ölçeği alt boyut puan ortalamaları yer almaktadır. LDH tanılı bireylerin HAÖ puan ortalamaları incelendiğinde *hastalık tipi/kimlik* boyutu puan ortalaması ameliyat öncesi dönemde 3.96 ± 2.16 ve ameliyat sonrası dönemde ise 4.06 ± 2.21 'dir. Lomber disk hernili hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönemde HAÖ hastalık tipi/kimlik boyutunun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0.029$).

Ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunda yer alan maddelerin puan ortalamaları; *süre (akut/kronik)* 15.12 ± 4.40 , *sonuçlar* 15.96 ± 4.47 , *kişisel kontrol* 20.83 ± 3.61 , *tedavi kontrolü* 19.25 ± 2.95 , *hastalığı anlayabilme* 19.42 ± 2.60 , *süre (döngüsel)* 13.87 ± 2.91 ve *duygusal temsiller* 20.53 ± 5.17 'dir. Ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunda yer alan maddelerin puan ortalamaları ise *süre (akut/kronik)* 12.66 ± 4.45 , *sonuçlar* 14.42 ± 4.03 , *kişisel kontrol* 21.28 ± 3.91 , *tedavi kontrolü* 20.02 ± 3.44 , *hastalığı anlayabilme* 20.07 ± 2.72 , *süre (döngüsel)* 14.42 ± 3.21 ve *duygusal temsiller* 20.51 ± 5.43 olarak saptandı. HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunda yer alan *süre (akut/kronik)*, *sonuçlar*, *tedavi kontrolü*, *hastalığı anlayabilme* ve *süre (döngüsel)* alt boyutu puan ortalamaları arasında ameliyat öncesi ve sonrası dönemde istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı fark saptandı ($p=0.000$). Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunda yer alan *kişisel kontrol* alt boyutu puan ortalaması arasında ise istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark saptandı ($p=0.003$). Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunda yer alan *duygusal temsiller* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p=0.838$).

Ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık nedenleri boyutu *psikolojik atıflar* puan ortalaması 15.24 ± 3.43 , *risk etkenleri* puan ortalaması 16.87 ± 3.48 , *bağışıklık* puan ortalaması 6.15 ± 1.70 ve *kaza veya şans* puan ortalaması 4.49 ± 1.58 'dir. Ameliyat sonrası dönemde ise *psikolojik atıflar* puan ortalaması 15.39 ± 3.48 , *risk etkenleri* puan ortalaması 16.89 ± 3.60 , *bağışıklık* puan ortalaması 6.08 ± 1.65 ve *kaza veya şans* puan ortalaması 4.54 ± 1.61 'dir. Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde HAÖ hastalık nedenleri boyutunun alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0.138$, $p=0.843$, $p=0.204$, $p=0.265$).

Tablo 4.4. Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Döneme Göre Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları (n= 200)

Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları	Ameliyat Öncesi Dönem		Ameliyat Sonrası Dönem		t	p
	Min.-Mak.	$\bar{x}\pm SS$	Min.-Mak.	$\bar{x}\pm SS$		
Hastalık Tipi/Kimlik Boyutu	0.00-14.00	3.96±2.16	0.00-14.00	4.06±2.21	2.203	0.029*
Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu						
Süre (Akut/Kronik)	6.00-29.00	15.12±4.40	5.00-25.00	12.66±4.45	24.548	0.000***
Sonuçlar	7.00-27.00	15.96±4.47	8.00-27.00	14.42±4.03	7.691	0.000***
Kişisel Kontrol	9.00-30.00	20.83±3.61	9.00-30.00	21.28±3.91	-3.017	0.003**
Tedavi Kontrolü	6.00-25.00	19.25±2.95	7.00-25.00	20.02±3.44	-5.649	0.000***
Hastalığı Anlayabilme	10.00-25.00	19.42±2.60	5.00-25.00	20.07±2.72	-4.074	0.000***
Süre (Döngüsel)	5.00-20.00	13.87±2.91	4.00-20.00	14.42±3.21	-3.611	0.000***
Duygusal Temsiller	6.00-28.00	20.53±5.17	6.00-29.00	20.51±5.43	0.204	0.838
Hastalık Nedenleri Boyutu						
Psikolojik Atıflar	6.00-23.00	15.24±3.43	6.00-25.00	15.39±3.48	-1.490	0.138
Risk Etkenleri	7.00-27.00	16.87±3.48	7.00-27.00	16.89±3.60	-0.198	0.843
Bağışıklık	3.00-15.00	6.15±1.70	3.00-14.00	6.08±1.65	1.274	0.204
Kaza veya Şans	2.00-10.00	4.49±1.58	2.00-10.00	4.54±1.61	-1.119	0.265

* p<0.05

**p<0.01

***p<0.001

Tablo 4.5'te hastaların tanıtıcı özelliklerine göre ameliyat öncesi dönem hastalık algısı ölçeği hastalık hakkındaki görüşleri alt boyut puan ortalamaları yer almaktadır. Araştırmada kadın (15.47 ± 4.50), 38-47 yaş aralığında (13.96 ± 3.32), bekar (18.31 ± 4.99), ilkokul mezunu (16.08 ± 4.91), memur (17.30 ± 4.80), sosyal güvencesi olan (15.22 ± 4.43), sigara kullanan (15.51 ± 4.97), kronik hastalığı bulunan (15.96 ± 4.61), köy/kasabada yaşayan (15.67 ± 4.64) ve geliri giderinden az olan (15.62 ± 4.62) hastaların ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *süre (akut/kronik)* alt boyutu puan ortalamaları yüksek bulundu. Hastaların medeni durumu ile ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *süre (akut/kronik)* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark saptandı ($p=0.007$). Hastalarda cinsiyet ($p=0.246$), yaş ($p=0.986$), eğitim düzeyi ($p=0.079$), meslek ($p=0.511$), sigara alışkanlığı ($p=0.459$), kronik hastalık ($p=0.089$), yaşanan yer ($p=0.464$) ve gelir durumu ($p=0.630$) ile ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *süre (akut/kronik)* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmadı (Tablo 4.5).

Araştırmada erkek (15.85 ± 4.57), 48-57 yaş aralığında (16.50 ± 4.72), bekar (18.77 ± 5.53), ilkokul mezunu (17.13 ± 4.32), memur (18.10 ± 4.17), sosyal güvencesi olan (15.22 ± 4.43), sigara kullanan (17.41 ± 4.57), kronik hastalığı bulunan (16.95 ± 3.86), köy/kasabada yaşayan (17.42 ± 4.81) ve geliri giderinden az olan (16.53 ± 4.63) hastaların ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *sonuçlar* alt boyutu puan ortalamaları yüksek bulundu. Hastaların eğitim düzeyi ($p=0.043$) ve yaşadıkları yer ($p=0.014$) ile ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *sonuçlar* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Hastaların sigara alışkanlığı ile ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *sonuçlar* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark saptandı ($p=0.007$). Hastalarda cinsiyet ($p=0.720$), yaş ($p=0.514$), medeni durum ($p=0.077$), meslek ($p=0.378$), sosyal güvence ($p=0.046$), kronik hastalık ($p=0.051$), ve gelir durumu ($p=0.611$) ile ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *sonuçlar* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmadı (Tablo 4.5).

Araştırmada erkek (20.84±3.47), 38-47 yaş aralığında (21.20±4.10), bekar (23.15±4.67), üniversite ve üzeri eğitilmiş (21.57±2.90), memur (24.10±2.23), sosyal güvencesi olan (21.06±3.29), sigara kullanmayan (20.91±3.75), kronik hastalığı bulunan (21.57±3.09), köy/kasabada yaşayan (21.17±3.85) ve geliri giderinden fazla (21.61±3.83) olan hastaların ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *kişisel kontrol* alt boyutu puan ortalamaları yüksek bulundu. Hastaların medeni durumu ile ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *kişisel kontrol* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0.016). Hastalarda cinsiyet (p=0.970), yaş (p=0.574), eğitim düzeyi (p=0.588), meslek (p=0.058), sosyal güvence (p=0.032), sigara alışkanlığı (p=0.589), kronik hastalık (p=0.068), yaşanılan yer (p=0.362) ve gelir durumu (p=0.099) ile ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *kişisel kontrol* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmadı (Tablo 4.5).

Araştırmada erkek (19.38±2.97), 58 yaş ve üzeri (19.42±2.73), bekar (20.92±2.93), lise mezunu (20.18±2.28), memur (20.50±3.13), sosyal güvencesi olan (19.35±2.86), sigara kullanmayan (19.48±2.78), kronik hastalığı bulunan (19.30±2.43), köy/kasabada yaşayan (19.88±2.88) ve geliri giderinden fazla olan (19.96±2.14) hastaların ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *tedavi kontrol* alt boyutu puan ortalamaları yüksek bulundu. Hastaların medeni durumu ile ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *tedavi kontrol* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0.034). Hastalarda cinsiyet (p=0.543), yaş (p=0.902), eğitim düzeyi (p=0.277), meslek (p=0.235), sosyal güvence (p=0.140), sigara alışkanlığı (p=0.056), kronik hastalık (p=0.873), yaşanılan yer (p=0.187) ve gelir durumu (p=0.324) ile ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *tedavi kontrol* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmadı (Tablo 4.5).

Araştırmada erkek (19.57±2.52), 48-57 yaş aralığında (19.70±2.13), bekar (20.15±1.14), okur-yazar (p=19.94±1.98), serbest meslek yapan (19.86±2.02), sosyal güvencesi olan (19.55±2.52), sigara kullanmayan (19.56±2.64), kronik hastalığı bulunmayan (19.43±2.65), ilde yaşayan (19.61±2.41) ve geliri giderine eş olan

(19.55±2.37) hastaların ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *hastalığı anlayabilme* alt boyutu puan ortalamaları yüksek bulundu. Hastalarda cinsiyet (p=0.438), yaş (p=0.711), medeni durum (p=0.293), eğitim düzeyi (p=0.356), meslek (p=0.258), sosyal güvence (p=0.100), sigara alışkanlığı (p=0.203), kronik hastalık (p=0.927), yaşanılan yer (p=0.693) ve gelir durumu (p=0.417) ile ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *hastalığı anlayabilme* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmadı (Tablo 4.5).

Araştırmada erkek (14.08±2.59), 38-47 yaş aralığında (13.96±3.32), bekar (13.31±2.46), okur-yazar (14.69±3.01), işçi (14.35±2.77), sosyal güvencesi olan (14.06±2.62), sigara kullanan (14.41±2.61), kronik hastalığı bulunan (13.91±2.45), ilde yaşayan (14.05±2.78) ve geliri giderinden fazla olan (14.74±2.16) hastaların ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *süre (döngüsel)* alt boyutu puan ortalamaları yüksek bulundu. Hastalarda cinsiyet (p=0.317), yaş (p=0.986), medeni durum (p=0.472), eğitim düzeyi (p=0.078), meslek (p=0.511), sosyal güvence (p=0.043), sigara alışkanlığı (p=0.123), kronik hastalık (p=0.902), yaşanılan yer (p=0.725) ve gelir durumu (p=0.211) ile ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *süre (döngüsel)* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmadı (Tablo 4.5).

Araştırmada kadın (21.12±5.26), 38-47 yaş aralığında (21.23±5.93), bekar (21.69±3.40), lise mezunu (21.62±5.20), ev hanımı (20.85±5.43), sosyal güvencesi olan (20.88±4.77), sigara kullanan (20.75±4.53), kronik hastalığı bulunan (21.23±4.64), ilde yaşayan (21.23±4.63) ve geliri giderine eş olan (20.89±5.06) hastaların ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *duygusal temsiller* alt boyutu puan ortalamaları yüksek bulundu. Hastalarda cinsiyet (p=0.099), yaş (p=0.149), medeni durum (p=0.404), eğitim düzeyi (p=0.495), meslek (p=0.569), sosyal güvence (p=0.012), sigara alışkanlığı (p=0.732), kronik hastalık (p=0.232), yaşanılan yer (p=0.261) ve gelir durumu (p=0.217) ile ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *duygusal temsiller* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmadı (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Öncesi Dönem Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Hakkındaki Görüşleri Alt Boyut Puan Ortalamaları (n=200)

Tanıtıcı Özellikler	n	%	Süre (Akut/Kronik) $\bar{x}\pm SS$	Sonuçlar $\bar{x}\pm SS$	Kişisel Kontrol $\bar{x}\pm SS$	Tedavi Kontrol $\bar{x}\pm SS$	Hastalığı Anlayabilme $\bar{x}\pm SS$	Süre (Döngüsel) $\bar{x}\pm SS$	Duygusal Temsiller $\bar{x}\pm SS$
Cinsiyet									
Kadın	103	51.5	15.47±4.50	15.85±4.57	20.82±3.76	19.13±2.95	19.28±2.67	13.67±3.18	21.12±5.26
Erkek	97	48.5	14.74±4.29	16.07±4.38	20.84±3.47	19.38±2.97	19.57±2.52	14.08±2.59	19.91±5.04
t			1.164	-0.359	-0.038	-0.610	-0.777	-1.003	1.659
p			0.246	0.720	0.970	0.543	0.438	0.317	0.099
Yaş									
28-37 yaş	35	17.5	13.74±3.19	15.37±4.77	21.20±4.10	19.05±3.37	19.25±2.88	13.74±3.19	20.00±5.42
38-47 yaş	60	30.0	13.96±3.32	15.98±4.38	20.28±4.07	19.41±2.72	19.26±2.57	13.96±3.32	21.23±5.93
48-57 yaş	72	36.0	13.87±2.64	16.50±4.72	20.98±3.12	19.12±3.06	19.70±2.13	13.87±2.64	20.95±4.43
58 yaş ve üzeri	33	16.5	13.81±2.41	15.33±3.68	21.06±3.19	19.42±2.73	19.24±3.23	13.81±2.41	18.87±4.70
F			0.047	0.767	0.667	0.192	0.460	0.047	1.799
p			0.986	0.514	0.574	0.902	0.711	0.986	0.149
Medeni Durum									
Evli	187	93.5	14.89±4.28	15.76±4.34	20.66±3.49	19.13±2.93	19.37±2.66	13.91±2.94	20.45±5.27
Bekar	13	6.5	18.31±4.99	18.77±5.53	23.15±4.67	20.92±2.93	20.15±1.14	13.31±2.46	21.69±3.40
t			-2.750	-1.923	-2.433	-2.130	-1.055	0.720	-0.837
p			0.007**	0.077	0.016*	0.034*	0.293	0.472	0.404
Eğitim Düzeyi									
Okur-yazar	36	18.0	13.94±3.66	14.58±3.70b	21.33±1.60	19.50±2.72	19.94±1.98	14.69±3.01	20.83±4.96
İlkokul	75	37.5	16.08±4.91	17.13±4.32a	20.56±3.87	18.99±3.23	19.07±2.62	13.32±2.47	20.57±4.79
Ortaokul	41	20.5	14.17±4.13	15.29±5.06ab	20.32±4.41	18.90±2.77	19.83±2.47	13.46±3.38	19.61±6.17
Lise	34	17.0	15.12±3.67	15.82±4.79ab	21.18±3.79	20.18±2.28	19.35±2.64	14.47±3.05	21.62±5.20
Üniversite ve üzeri	14	7.0	15.71±4.87	15.43±3.25ab	21.57±2.90	18.79±3.77	18.93±3.85	14.43±2.50	19.57±4.45
F			2.123	2.506	0.707	1.284	1.103	2.134	0.850
p			0.079	0.043*	0.588	0.277	0.356	0.078	0.495
Meslek									
Ev Hanımı	91	45.5	15.50±4.51	15.76±4.58	20.51±3.74	18.98±2.94	19.20±2.77	13.60±3.30	20.85±5.43
İşçi	31	15.5	14.19±3.68	16.29±4.33	20.00±3.56	19.12±2.01	19.67±1.70	14.35±2.77	20.54±5.85
Memur	10	5.0	17.30±4.80	18.10±4.17	24.10±2.23	20.50±3.13	19.10±3.47	13.10±2.07	20.30±4.32
Serbest Meslek	53	26.5	14.73±4.24	15.88±4.32	21.20±3.45	19.58±2.91	19.86±2.02	14.28±2.29	20.37±4.49
Emekli	15	7.5	14.53±5.13	15.20±4.82	20.86±3.18	19.06±4.41	18.80±3.93	13.53±3.02	19.20±5.21
F			3.286	4.211	9.122	5.551	5.295	3.286	2.935
p			0.511	0.378	0.058	0.235	0.258	0.511	0.569

*p<0.05

**p<0.01

Tablo 4.5 (Devam). Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Öncesi Dönem Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Hakkındaki Görüşleri Alt Boyut Puan Ortalamaları (n=200)

Tanıtıcı Özellikler	n	%	Süre (Akut/Kronik) $\bar{x}\pm SS$	Sonuçlar $\bar{x}\pm SS$	Kişisel Kontrol $\bar{x}\pm SS$	Tedavi Kontrol $\bar{x}\pm SS$	Hastalığı Anlayabilme $\bar{x}\pm SS$	Süre (Döngüsel) $\bar{x}\pm SS$	Duygusal Temsiller $\bar{x}\pm SS$
Sosyal Güvence									
Var	192	96.0	15.22±4.43	16.08±4.48	21.06±3.29	19.35±2.86	19.55±2.52	14.06±2.62	20.88±4.77
Yok	8	4.0	12.63±2.88	12.88±3.00	15.25±6.16	16.88±4.19	16.38±2.72	9.38±5.37	12.13±7.41
t			1.641	2.005	2.651	1.654	3.480	2.454	3.311
p			0.102	0.046	0.032	0.140	0.100	0.043	0.012
Sigara Alışkanlığı									
Var	51	25.5	15.51±4.97	17.41±4.57	20.59±3.19	18.57±3.36	19.02±2.43	14.41±2.61	20.75±4.53
Yok	149	74.5	14.98±4.20	15.46±4.34	20.91±3.75	19.48±2.78	19.56±2.64	13.68±2.99	20.46±5.39
t			0.742	2.741	-0.541	-1.921	-1.278	1.547	0.343
p			0.459	0.007**	0.589	0.056	0.203	0.123	0.732
Kronik Hastalık									
Var	56	28.0	15.96±4.61	16.95±3.86	21.57±3.09	19.30±2.43	19.39±2.47	13.91±2.45	21.23±4.64
Yok	144	72.0	14.78±4.29	15.57±4.64	20.53±3.77	19.23±3.14	19.43±2.65	13.85±3.07	20.26±5.36
t			1.711	1.971	1.833	0.159	-0.092	0.123	1.198
p			0.089	0.051	0.068	0.873	0.927	0.902	0.232
Yaşanılan Yer									
İl	77	38.5	15.14±4.75	15.75±4.51ab	21.04±3.23	18.95±3.35	19.61±2.41	14.05±2.78	21.23±4.63
İlçe	71	35.5	14.68±3.81	15.10±3.93b	20.34±3.82	19.11±2.48	19.35±2.73	13.85±2.98	19.85±5.61
Köy-Kasaba	52	26.0	15.67±4.64	17.42±4.81ab	21.17±3.85	19.88±2.88	19.23±2.71	13.63±3.03	20.42±5.29
F			0.771	4.328	1.022	1.690	0.367	0.322	1.351
p			0.464	0.014*	0.362	0.187	0.693	0.725	0.261
Gelir Durumu									
Gelir-giderden az	45	22.5	15.62±4.62	16.53±4.63	19.87±4.31	18.82±3.18	19.36±2.94	13.42±3.04	20.33±5.65
Gelir-gidere eş	132	66.0	14.91±4.32	15.77±4.26	21.02±3.26	19.27±2.99	19.55±2.37	13.87±2.96	20.89±5.06
Gelir-giderden fazla	23	11.5	15.30±4.53	15.91±5.36	21.61±3.83	19.96±2.14	18.78±3.09	14.74±2.16	18.87±4.68
F			0.462	0.494	2.339	1.134	0.880	1.570	1.539
p			0.630	0.611	0.099	0.324	0.417	0.211	0.217

*p<0.05

**p<0.01

Tablo 4.6’da hastaların tanıtıcı özelliklerine göre ameliyat sonrası dönem hastalık algısı ölçeği hastalık hakkındaki görüşleri alt boyut puan ortalamaları yer almaktadır. Araştırmada kadın (12.94±4.42), 28-37 yaş aralığında (12.74±5.02), bekar (15.85±6.00), ilkokul mezunu (13.68±4.72), memur (14.20±6.62), sosyal güvencesi olan (12.73±4.50), sigara kullanan (12.98±4.86), kronik hastalığı bulunan (13.55±4.63), köy/kasabada yaşayan (13.54±4.69) ve geliri giderinden az olan (13.47±4.50) hastaların ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *süre (akut/kronik)* alt boyutu puan ortalamaları yüksek bulundu. Hastalarda cinsiyet (p=0.349), yaş (p=0.629), medeni durum (p=0.065), eğitim düzeyi (p=0.079), meslek (p=0.905), sosyal güvence (p=0.249), sigara alışkanlığı (p=0.546), kronik hastalık (p=0.075), yaşanılan yer (p=0.233) ve gelir durumu (p=0.357) ile ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *süre (akut/kronik)* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmadı (Tablo 4.6).

Araştırmada erkek (14.49±4.06), 48-57 yaş aralığında (14.84±4.21), bekar (15.08±5.07), ilkokul mezunu (15.33±3.82), memur (15.40±3.86), sosyal güvencesi olan (14.47±4.06), sigara kullanan (15.35±4.39), kronik hastalığı bulunan (15.05±3.61), köy/kasabada yaşayan (15.67±4.41) ve geliri giderinden az olan (15.24±4.42) hastaların ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *sonuçlar* alt boyutu puan ortalamaları yüksek bulundu. Hastaların yaşadıkları yer ile ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *sonuçlar* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0.028). Hastalarda cinsiyet (p=0.786), yaş (p=0.629), medeni durum (p=0.541), eğitim düzeyi (p=0.083), meslek (p=0.905), sosyal güvence (p=0.312), sigara alışkanlığı (p=0.054), kronik hastalık (p=0.163) ve gelir düzeyi (p=0.225) ile ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *sonuçlar* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmadı (Tablo 4.6).

Araştırmada erkek (21.28±3.88), 28-37 yaş aralığında (22.00±4.42), bekar (22.54±5.88), okur-yazar (21.89±1.69), memur (23.20±5.05), sosyal güvencesi olan (21.45±3.69), sigara kullanmayan (21.37±4.15), kronik hastalığı bulunan (21.79±3.25), köy/kasabada yaşayan (22.23±3.89) ve geliri giderine eş (21.42±3.38) olan hastaların ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri

boyutunun *kişisel kontrol* alt boyutu puan ortalamaları yüksek bulundu. Hastalarda cinsiyet ($p=0.991$), yaş ($p=0.209$), medeni durum ($p=0.429$), eğitim düzeyi ($p=0.660$), meslek ($p=0.058$), sosyal güvence ($p=0.092$), sigara alışkanlığı ($p=0.562$), kronik hastalık ($p=0.250$), yaşanılan yer ($p=0.092$) ve gelir durumu ($p=0.751$) ile ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *kişisel kontrol* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmadı (Tablo 4.6).

Araştırmada erkek (20.20 ± 3.32), 38-47 yaş aralığında (20.20 ± 2.96), bekar (21.00 ± 4.30), lise mezunu (21.03 ± 2.49), memur (21.50 ± 3.47), sosyal güvencesi olan (20.19 ± 3.18), sigara kullanmayan (20.25 ± 3.38), kronik hastalığı bulunmayan (20.04 ± 3.73), köy/kasabada yaşayan (20.58 ± 3.37) ve geliri giderinden fazla olan (21.57 ± 2.21) hastaların ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *tedavi kontrol* alt boyutu puan ortalamaları yüksek bulundu. Hastaların gelir durumu ile ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *tedavi kontrol* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0.020$). Hastalarda cinsiyet ($p=0.472$), yaş ($p=0.968$), medeni durum ($p=0.287$), eğitim düzeyi ($p=0.200$), meslek ($p=0.408$), sosyal güvence ($p=0.086$), sigara alışkanlığı ($p=0.101$), kronik hastalık ($p=0.861$), yaşanılan yer ($p=0.325$), gelir durumu ($p=0.020$) ile ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *tedavi kontrol* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmadı (Tablo 4.6).

Araştırmada kadın (20.12 ± 2.76), 48-57 yaş aralığında (20.41 ± 1.77), bekar (20.23 ± 1.54), okur-yazar (20.72 ± 1.86), serbest meslek yapan (20.37 ± 1.92), sosyal güvencesi olan (20.24 ± 2.42), sigara kullanmayan (20.15 ± 2.94), kronik hastalığı bulunan (20.36 ± 2.06), ilde yaşayan (20.38 ± 2.16) ve geliri giderine eş olan (20.08 ± 2.72) hastaların ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *hastalığı anlayabilme* alt boyutu puan ortalamaları yüksek bulundu. Hastalarda cinsiyet ($p=0.783$), yaş ($p=0.400$), medeni durum ($p=0.821$), eğitim düzeyi ($p=0.585$), meslek ($p=0.516$), sosyal güvence ($p=0.057$), sigara alışkanlığı ($p=0.428$), kronik hastalık ($p=0.345$), yaşanılan yer ($p=0.428$), gelir durumu ($p=0.989$) ile ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri

boyutunun *hastalığı anlayabilme* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmadı (Tablo 4.6).

Araştırmada erkek (14.49±2.78), 58 yaş ve üzerinde (15.03±2.27), evli (14.47±3.22), okur-yazar (15.31±3.40), memur (14.70±3.86), sosyal güvencesi olan (14.63±2.90), sigara kullanan (14.76±2.83), kronik hastalığı bulunan (14.75±2.66), ilde yaşayan (14.70±3.07) ve geliri giderinden fazla olan (15.17±2.67) hastaların ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *süre (döngüsel)* alt boyutu puan ortalamaları yüksek bulundu. Hastaların sosyal güvence durumu ile ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *süre (döngüsel)* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0.037). Hastalarda cinsiyet (p=0.750), yaş (p=0.380), medeni durum (p=0.399), eğitim düzeyi (p=0.158), meslek (p=0.958), sosyal güvence (p=0.037), sigara alışkanlığı (p=0.376), kronik hastalık (p=0.366), yaşanılan yer (p=0.621) ve gelir durumu (p=0.477) ile ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *süre (döngüsel)* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmadı (Tablo 4.6).

Araştırmada kadın (21.15±5.61), 38-47 yaş aralığında (21.06±6.24), bekar (21.62±3.18), lise mezunu (21.82±5.28), ev hanımı (20.87±5.80), sosyal güvencesi olan (20.87±5.00), sigara kullanan (20.67±5.01), kronik hastalığı bulunan (21.50±4.84), ilde yaşayan (21.22±4.91) ve geliri giderine eş olan (20.79±5.46) hastaların ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *duygusal temsiller* alt boyutu puan ortalamaları yüksek bulundu. Hastalarda cinsiyet (p=0.086), yaş (p=0.330), medeni durum (p=0.237), eğitim düzeyi (p=0.322), meslek (p=0.573), sosyal güvence (p=0.015), sigara alışkanlığı (p=0.806), kronik hastalık (p=0.106), yaşanılan yer (p=0.224) ve gelir durumu (p=0.263) ile ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *duygusal temsiller* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmadı (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Sonrası Dönem Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Hakkındaki Görüşleri Alt Boyut Puan Ortalamaları (n=200)

Tanıtıcı Özellikler	n	%	Süre (Akut/Kronik) $\bar{x}\pm SS$	Sonuçlar $\bar{x}\pm SS$	Kişisel Kontrol $\bar{x}\pm SS$	Tedavi Kontrol $\bar{x}\pm SS$	Hastalığı Anlayabilme $\bar{x}\pm SS$	Süre (Döngüsel) $\bar{x}\pm SS$	Duygusal Temsiller $\bar{x}\pm SS$
Cinsiyet									
Kadın	103	51.5	12.94±4.42	14.34±4.01	21.27±3.95	19.84±3.56	20.12±2.76	14.35±3.58	21.15±5.61
Erkek	97	48.5	12.35±4.48	14.49±4.06	21.28±3.88	20.20±3.32	20.01±2.69	14.49±2.78	19.82±5.18
t			0.939	-0.271	-0.012	-0.721	0.275	-0.319	1.728
p			0.349	0.786	0.991	0.472	0.783	0.750	0.086
Yaş									
28-37 yaş	35	17.5	12.74±5.02	14.37±4.15	22.00±4.42	19.88±4.40	20.20±2.50	14.25±3.38	19.97±5.40
38-47 yaş	60	30.0	12.65±4.27	13.91±4.03	20.41±4.43	20.20±2.96	19.61±3.49	13.91±3.79	21.06±6.24
48-57 yaş	72	36.0	12.69±4.53	14.84±4.21	21.55±3.40	19.95±3.50	20.41±1.77	14.63±2.94	20.91±4.68
58 yaş ve üzeri	33	16.5	12.48±4.09	14.42±3.50	21.45±3.15	19.93±3.07	19.96±3.01	15.03±2.27	19.15±5.33
F			0.580	0.580	1.526	0.085	0.987	1.031	1.151
p			0.629	0.629	0.209	0.968	0.400	0.380	0.330
Medeni Durum									
Evli	187	93.5	12.43±4.25	14.37±3.96	21.19±3.74	19.95±3.38	20.05±2.79	14.47±3.22	20.43±5.55
Bekar	13	6.5	15.85±6.00	15.08±5.07	22.54±5.88	21.00±4.30	20.23±1.54	13.69±3.17	21.62±3.18
t			-2.017	-0.612	-0.817	-1.068	-0.227	0.845	-1.224
p			0.065	0.541	0.429	0.287	0.821	0.399	0.237
Eğitim Düzeyi									
Okur-yazar	36	18.0	11.47±3.11	13.47±3.20	21.89±1.69	20.14±2.96	20.72±1.86	15.31±3.40	21.00±5.41
İlkokul	75	37.5	13.68±4.72	15.33±3.82	20.96±4.08	19.37±3.69	19.81±2.25	13.93±2.63	20.49±5.09
Ortaokul	41	20.5	11.73±4.11	13.46±4.53	20.90±4.26	20.05±3.52	19.93±3.40	13.98±3.80	19.46±6.32
Lise	34	17.0	12.76±4.58	14.44±4.56	21.82±4.56	21.03±2.49	20.06±3.16	15.06±3.27	21.82±5.28
Üniversite ve üzeri	14	7.0	12.64±5.68	14.64±3.39	21.14±4.45	20.57±4.54	20.14±3.55	14.50±3.23	19.14±4.54
F			2.125	2.097	0.604	1.511	0.711	1.673	1.178
p			0.079	0.083	0.660	0.200	0.585	0.158	0.322
Meslek									
Ev hanımı	91	45.5	12.97±4.31	14.36±4.07	21.17±3.81	19.79±3.64	20.04±2.85	14.31±3.67	20.87±5.80
İşçi	31	15.5	11.58±3.25	14.45±3.93	20.32±3.90	20.06±1.99	20.00±2.73	14.35±2.78	20.12±6.24
Memur	10	5.0	14.20±6.62	15.40±3.86	23.20±5.05	21.50±3.47	19.50±4.22	14.70±3.86	19.90±4.14
Serbest meslek	53	26.5	12.49±4.66	14.16±4.08	21.64±3.98	20.16±3.39	20.37±1.92	14.66±2.58	20.52±4.40
Emekli	15	7.5	12.46±4.99	14.86±4.24	21.26±3.15	19.73±4.65	19.60±3.23	14.13±2.87	19.33±5.62
F			1.032	1.032	9.122	3.986	3.254	0.648	2.912
p			0.905	0.905	0.058	0.408	0.516	0.958	0.573

Tablo 4.6 (Devam). Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Sonrası Dönem Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Hakkındaki Görüşleri Alt Boyut Puan Ortalamaları (n=200)

Tanıtıcı Özellikler	n	%	Süre (Akut/Kronik) X̄±SS	Sonuçlar X̄±SS	Kişisel Kontrol X̄±SS	Tedavi Kontrol X̄±SS	Hastalığı Anlayabilme X̄±SS	Süre (Döngüsel) X̄±SS	Duygusal Temsiller X̄±SS
Sosyal Güvence									
Var	192	96.0	12.73±4.50	14.47±4.06	21.45±3.69	20.19±3.18	20.24±2.42	14.63±2.90	20.87±5.00
Yok	8	4.0	10.88±2.70	13.00±2.88	17.00±6.44	15.75±6.27	15.88±5.41	9.38±5.78	11.75±8.10
t			1.156	1.014	1.944	1.992	2.272	2.558	3.159
p			0.249	0.312	0.092	0.086	0.057	0.037*	0.015*
Sigara Alışkanlığı									
Var	51	25.5	12.98±4.86	15.35±4.39	21.00±3.11	19.33±3.56	19.80±1.95	14.76±2.83	20.67±5.01
Yok	149	74.5	12.54±4.31	14.09±3.86	21.37±4.15	20.25±3.38	20.15±2.94	14.30±3.33	20.45±5.58
t			0.604	1.940	0.581	-1.647	0.793	0.888	0.246
p			0.546	0.054	0.562	0.101	0.428	0.376	0.806
Kronik Hastalık									
Var	56	28.0	13.55±4.63	15.05±3.61	21.79±3.25	19.95±2.57	20.36±2.06	14.75±2.66	21.50±4.84
Yok	144	72.0	12.31±4.34	14.17±4.16	21.08±4.13	20.04±3.73	19.95±2.94	14.29±3.40	20.12±5.61
t			1.791	1.402	1.154	-0.175	0.947	0.906	1.623
p			0.075	0.163	0.250	0.861	0.345	0.366	0.106
Yaşanılan Yer									
İl	77	38.5	12.48±4.77	14.12±4.05ab	21.17±3.74	19.65±3.68	20.38±2.16	14.70±3.07	21.22±4.91
İlçe	71	35.5	12.20±3.84	13.82±3.53b	20.69±4.02	20.00±3.21	19.82±3.25	14.24±3.24	19.68±5.79
Köy-Kasaba	52	26.0	13.54±4.69	15.67±4.41a	22.23±3.89	20.58±3.37	19.94±2.67	14.25±3.40	20.58±5.61
F			1.467	3.623	2.414	1.131	0.852	0.478	1.509
p			0.233	0.028*	0.092	0.325	0.428	0.621	0.224
Gelir Durumu									
Gelir-gidenden az	45	22.5	13.47±4.50	15.24±4.42	21.02±4.67	19.11±4.10b	20.04±2.74	14.22±3.26	20.56±5.61
Gelir-gidere eş	132	66.0	12.36±4.27	14.08±3.84	21.42±3.38	20.05±3.29ab	20.08±2.72	14.36±3.28	20.79±5.46
Gelir-gidenden fazla	23	11.5	12.74±5.30	14.74±4.23	20.91±5.10	21.57±2.21a	20.00±2.78	15.17±2.67	18.78±4.75
F			1.036	1.504	0.287	4.015	0.011	0.744	1.343
p			0.357	0.225	0.751	0.020*	0.989	0.477	0.263

* p<0.05

Tablo 4.7’de hastaların hastalığına ve yaşadıkları ortam özelliklerine göre ameliyat öncesi dönem hastalık algısı ölçeği hastalık hakkındaki görüşleri alt boyutu puan ortalamaları yer almaktadır. Ameliyat öncesinde yürüme ve oturup kalkmada güçlük çeken (15.36 ± 4.18), şikayetleri bir yıldan fazla olan (16.08 ± 4.86), hekime dört ile altı kez arasında başvuran (15.86 ± 4.79), fizik tedavi yöntemi uygulanan (16.70 ± 4.90), LDH ameliyat öyküsü olmayan (17.18 ± 5.22), ailede LDH öyküsü olmayan (15.57 ± 5.23), birinci derece yakınlarında LDH olan (16.41 ± 6.21), kaza ya da travma öyküsü olmayan (15.20 ± 4.25), iki katlı evde oturan (16.11 ± 4.50), apartmanında asansör olan (15.80 ± 5.45), dördüncü kat ve daha üst katlarda oturan (15.20 ± 4.61) hastaların ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *süre (döngüsel)* alt boyutu puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Hastaların hastaneye başvurma nedenleri ($p=0.086$), şikayetlerin başlama süresi ($p=0.082$), hekime başvurma süresi ($p=0.436$), ameliyat öncesi uygulanan tedavi yöntemi ($p=0.334$), LDH ameliyatı öyküsü ($p=0.056$), ailede LDH öyküsü ($p=0.441$), yakınlık durumu ($p=0.059$), kaza ya da travma öyküsü ($p=0.488$), oturduğu konut tipi ($p=0.402$), konutta asansör bulunma durumu ($p=0.375$), apartmanda oturduğu kat ($p=0.654$) ile ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *süre (döngüsel)* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmadı.

Araştırmada yürüme ve oturup kalkmada güçlük çekerek hastaneye başvuran (16.73 ± 5.37), şikayetleri bir yıldan fazla olan (16.49 ± 4.75), ameliyat öncesinde hekime yedi kez ve üzeri başvuran (17.76 ± 4.54), ameliyat öncesinde kombine tedavi alan (16.83 ± 5.16), LDH ameliyat öyküsü olmayan (19.09 ± 4.57), ailede LDH öyküsü olmayan (16.21 ± 4.33), ikinci derece yakınlarında LDH olan (17.20 ± 3.48), kaza ya da travma öyküsü olan (16.40 ± 4.14), iki katlı evde oturan (17.11 ± 4.25), apartmanında asansör olan (15.77 ± 4.85), dördüncü kat ve üzeri katlarda oturan (15.64 ± 4.95) hastaların ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *sonuçlar* alt boyutu puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Hastalarda hekime başvurma süresi ile ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *sonuçlar* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0.012$). Hastalarda LDH’ye ilişkin ameliyat öyküsü ile ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *sonuçlar*

alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı fark saptandı ($p=0.000$). Hastaların hastaneye başvurma nedenleri ($p=0.279$), şikayetlerin başlama süresi ($p=0.421$), hekime başvurma süresi ($p=0.012$), ameliyat öncesi uygulanan tedavi yöntemi ($p=0.287$), ailede LDH öyküsü ($p=0.633$), yakınlık durumu ($p=0.231$), kaza ya da travma öyküsü ($p=0.555$), oturduğu konut tipi ($p=0.112$), konutta asansör bulunma durumu ($p=0.635$), apartmanda oturduğu kat ($p=0.741$) ile ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *sonuçlar* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmadı (Tablo 4.7).

Araştırmada bacağa vuran ağrı nedeniyle hastaneye başvuran (21.48 ± 3.13), şikayetleri bir yıldan fazla olan (21.51 ± 3.55), ameliyat öncesinde dört ile altı kez arasında başvuran (21.57 ± 3.86), ameliyat öncesinde tedavi uygulanmayan (21.76 ± 1.90), LDH ameliyat öyküsü olmayan (21.64 ± 4.17), ailede LDH öyküsü olmayan (21.13 ± 2.86), üçüncü derece yakınlarında LDH olan (21.66 ± 0.50), kaza ya da travma öyküsü olmayan (20.84 ± 3.58), tek katlı evde oturan (21.49 ± 3.21), apartmanında asansör olan (21.67 ± 3.08), dördüncü kat ve üzeri katlarda oturan (21.38 ± 3.27) hastaların ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *kişisel kontrol* alt boyutu puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Hastalarda hastaneye başvurma nedeni ile ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *kişisel kontrol* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark saptandı ($p=0.006$). Hastalarda apartmanda asansör bulunma durumu ile ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *kişisel kontrol* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0.038$). Hastaların şikayetlerin başlama süresi ($p=0.058$), hekime başvurma süresi ($p=0.210$), ameliyat öncesi uygulanan tedavi yöntemi ($p=0.330$), LDH ameliyatı öyküsü ($p=0.265$), ailede LDH öyküsü ($p=0.472$), yakınlık durumu ($p=0.620$), kaza ya da travma öyküsü ($p=0.881$), oturduğu konut tipi ($p=0.145$), apartmanda oturduğu kat ($p=0.082$) ile ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *kişisel kontrol* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmadı (Tablo 4.7).

Araştırmada bacağa vuran ağrı nedeniyle hastaneye başvuran (19.55 ± 2.90), şikayetleri bir yıldan fazla olan (19.37 ± 3.48) ameliyat öncesinde hekime yedi kez ve

üzeri başvuran (19.64±2.27), ameliyat öncesinde tedavi olmayan (20.28±1.31), LDH ameliyat öyküsü olmayan (19.77±2.78), ailede LDH öyküsü olan (19.38±2.65), ikinci derece yakınlarında LDH olan (19.26±1.94), kaza ya da travma öyküsü olmayan (19.34±2.84), tek katlı evde oturan (20.13±2.39), apartmanında asansör olan (19.13±3.62), dördüncü kat ve üzeri katlarda oturan (19.35±3.32) hastaların ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *tedavi kontrol* alt boyutu puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Hastaların yaşadıkları konut tipi ile ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *tedavi kontrol* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0.032). Hastaların hastaneye başvurma nedenleri (p=0.192), şikayetlerin başlama süresi (p=0.463), hekime başvurma süresi (p=0.758), ameliyat öncesi uygulanan tedavi yöntemi (p=0.215), LDH ameliyatı öyküsü (p=0.380), ailede LDH öyküsü (p=0.298), yakınlık durumu (p=0.754), kaza ya da travma öyküsü (p=0.270), konutta asansör bulunma durumu (p=0.566), apartmanda oturduğu kat (p=0.260) ile ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *tedavi kontrol* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmadı (Tablo 4.7).

Araştırmada bacağa vuran ağrı nedeniyle hastaneye başvuran (19.74±2.40), şikayetleri bir yıldan fazla olan (19.64±3.11), ameliyat öncesinde hekime yedi kez ve üzeri başvuran (19.80±3.00), ameliyat öncesinde fizik tedavi uygulanan (20.10±2.64), LDH ameliyat öyküsü olmayan (19.50±2.87), ailede LDH öyküsü olmayan (19.45±2.64), üçüncü derece yakınlarında LDH olan (20.22±0.44), kaza ya da travma öyküsü olmayan (19.51±2.66), iki katlı evde oturan (19.70±2.27), apartmanında asansör olmayan (19.51±2.56), üçüncü kat ve daha alt katlarda oturan (19.47±2.85) hastaların ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *hastalığı anlayabilme* alt boyutu puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Hastaların hastaneye başvurma nedenleri (p=0.101), şikayetlerin başlama süresi (p=0.106), hekime başvurma süresi (p=0.428), ameliyat öncesi uygulanan tedavi yöntemi (p=0.448), LDH ameliyatı öyküsü (p=0.879), ailede LDH öyküsü (p=0.915), yakınlık durumu (p=0.293), kaza ya da travma öyküsü (p=0.235), oturduğu konut tipi (p=0.729), konutta asansör bulunma durumu (p=0.260), apartmanda oturduğu kat (p=0.307) ile ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri

boyutunun *hastalığı anlayabilme* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmadı (Tablo 4.7).

Araştırmada bacakta kasılma ve uyuşma nedeniyle hastaneye başvuran (14.54±2.76), şikayetleri bir ile altı ay arasında olan (14.19±2.78), ameliyat öncesinde hekime bir ile üç kez arasında başvuran (14.11±2.94), ameliyat öncesinde tedavi uygulanmayan (15.00±2.27), LDH ameliyat öyküsü olmayan (13.94±2.98), ailede LDH öyküsü olan (13.95±2.80), birinci derece yakınlarında LDH olan (14.20±3.41), kaza ya da travma öyküsü olan (14.30±3.13), tek katlı evde oturan (14.51±2.78), apartmanında asansör olmayan (13.97±2.97), dördüncü kat ve üzeri katlarda oturan (14.05±2.14) hastaların ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *süre (döngüsel)* alt boyutu puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Hastaların yaşadıkları konut tipi ile ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *süre (döngüsel)* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0.023). Hastaların hastaneye başvurma nedenleri (p=0.248), şikayetlerin başlama süresi (p=0.069), hekime başvurma süresi (p=0.174), ameliyat öncesi uygulanan tedavi yöntemi (p=0.056), LDH ameliyatı öyküsü (p=0.308), ailede LDH öyküsü (p=0.567), yakınlık durumu (p=0.432), kaza ya da travma öyküsü (p=0.381), konutta asansör bulunma durumu (p=0.520), apartmanda oturduğu kat (p=0.654) ile ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *süre (döngüsel)* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmadı (Tablo 4.7).

Araştırmada bacakta kasılma ve uyuşması olan (22.00±4.97), şikayetleri bir-altı ay arasında olan (21.10±5.14), ameliyat öncesinde hekime yedi kez ve üzeri başvuran (21.16±4.82), ameliyat öncesinde tedavi uygulanmayan (23.41±2.82), LDH ameliyat öyküsü olmayan (20.82±4.87), ailede LDH öyküsü olmayan (21.30±4.33), ikinci derece yakınlarında LDH olan (23.13±21.66), kaza ya da travma öyküsü olmayan (20.53±5.11), iki katlı evde oturan (21.33±3.34), apartmanında asansör olan (22.20±4.45), dördüncü kat ve üzeri katlarda oturan (20.85±4.78) hastaların ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *duygusal temsiller* alt boyutu puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Hastalarda hastaneye başvurma nedeni (p=0.038) ve yaşadıkları apartmanda asansör bulunma durumu (p=0.017) ile ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *duygusal*

temsiller alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Hastalara uygulanan tedavi yöntemi ile ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *duygusal temsiller* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark saptandı ($p=0.005$). Hastaların şikayetlerin başlama süresi ($p=0.185$), hekime başvurma süresi ($p=0.619$), LDH ameliyatı öyküsü ($p=0.783$), ailede LDH öyküsü ($p=0.206$), yakınlık durumu ($p=0.316$), kaza ya da travma öyküsü ($p=0.973$), oturduğu konut tipi ($p=0.674$), apartmanda oturduğu kat ($p=0.527$) ile ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *duygusal temsiller* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmadı (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Hastaların Hastalığına ve Yaşadıkları Ortam Özelliklerine Göre Ameliyat Öncesi Dönem Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Hakkındaki Görüşleri Alt Boyut Puan Ortalamaları (n=200)

Hastalık ve Yaşanılan Ortam Özellikleri	n	%	Süre (Akut/Kronik) $\bar{x}\pm SS$	Sonuçlar $\bar{x}\pm SS$	Kişisel Kontrol $\bar{x}\pm SS$	Tedavi Kontrol $\bar{x}\pm SS$	Hastalığı Anlayabilme $\bar{x}\pm SS$	Süre (Döngüsel) $\bar{x}\pm SS$	Duygusal Temsiller $\bar{x}\pm SS$
Hastaneye Başvurma Nedeni									
Bacağa vuran ağrı	121	60.5	15.14±4.45	15.92±4.29	21.48±3.13a	19.55±2.90	19.74±2.40	13.63±2.78	20.64±4.86ab
Bacakta kasılma ve uyuşma	35	17.5	14.71±4.59	15.11±3.74	19.66±3.09b	18.89±2.47	18.86±3.19	14.54±2.76	22.00±4.97a
Yürüme ve oturmada güçlük	44	22.0	15.36±4.18	16.73±5.37	19.95±4.74b	18.70±3.37	19.00±2.52	14.00±3.31	19.05±5.86b
F			0.216	1.284	5.312	1.666	2.323	1.405	3.331
p			0.806	0.279	0.006***	0.192	0.101	0.248	0.038**
Şikayetlerin Başlangıcı									
1-6 ay	114	57.0	14.54±4.04	15.60±4.17	20.78±3.47	19.34±2.56	19.54±2.17	14.19±2.78	21.10±5.14
7-12 ay	27	13.5	15.44±4.56	16.30±5.05	19.52±4.09	18.59±3.30	18.44±2.89	12.78±3.32	19.41±5.42
1 yıldan fazla	59	29.5	16.08±4.86	16.49±4.75	21.51±3.55	19.37±3.48	19.64±3.11	13.75±2.86	19.95±5.06
F			2.538	0.870	2.884	00.773	2.267	2.707	1.703
p			0.082	0.421	0.058	0.463	0.106	0.069	0.185
Hekime Başvurma Süresi									
1-3 kez	133	66.5	14.86±4.19	15.32±4.06b	20.51±3.68	19.23±2.89	19.48±2.38	14.11±2.94	20.28±5.42
4-6 kez	42	21.0	15.86±4.79	16.90±5.25ab	21.57±3.86	19.10±3.51	19.00±2.99	13.14±3.00	20.95±4.60
7 kez ve üzeri	25	12.5	15.24±4.82	17.76±4.54a	21.24±2.52	19.64±2.27	19.80±3.00	13.84±2.46	21.16±4.82
F			0.835	4.501	1.572	0.278	0.853	1.763	0.480
p			0.436	0.012**	0.210	0.758	0.428	0.174	0.619
Uygulanan Tedavi Yöntemi									
İlaç tedavisi	138	69.0	15.20±4.31	16.04±4.58	20.75±3.91	19.07±3.19	19.34±2.54	13.64±3.08	19.92±5.38b
Fizik tedavi	10	5.0	16.70±4.90	16.70±4.52	21.20±2.35	19.60±2.67	20.10±2.64	12.70±3.13	22.30±3.20ab
Kombine tedavi	23	11.5	15.39±5.91	16.83±5.16	19.96±3.74	18.91±2.92	18.96±3.39	14.35±2.04	19.78±5.66b
Yok	29	14.5	13.97±3.04	14.62±3.04	21.76±1.90	20.28±1.31	19.93±2.12	15.00±2.27	23.41±2.82a
F			1.140	1.266	1.149	1.503	0.890	2.559	4.408
p			0.334	0.287	0.330	0.215	0.448	0.056	0.005***
LDH'ye İlişkin Ameliyat									
Öyküsü									
Var	22	11.0	14.86±4.24	15.57±4.31	20.72±3.54	19.19±2.98	19.41±2.57	13.27±2.19	20.49±5.22
Yok	178	89.0	17.18±5.22	19.09±4.57	21.64±4.17	19.77±2.78	19.50±2.87	13.94±2.98	20.82±4.87
t			-2.008	-3.591	-1.117	-0.879	-0.153	1.021	-0.276
p			0.056	0.000***	0.265	0.380	0.879	0.308	0.783

*Yüzdeler "n" sayısı üzerinden hesaplandı.

**p<0.05

***p<0.01

****p<0.001

Tablo 4.7 (Devam). Hastaların Hastalığına ve Yaşadıkları Ortam Özelliklerine Göre Ameliyat Öncesi Dönem Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Hakkındaki Görüşleri Alt Boyut Puan Ortalamaları (n=200)

Hastalık ve Yaşanılan Ortam Özellikleri	n	%	Süre (Akut/Kronik) $\bar{x}\pm SS$	Sonuçlar $\bar{x}\pm SS$	Kişisel Kontrol $\bar{x}\pm SS$	Tedavi Kontrol $\bar{x}\pm SS$	Hastalığı Anlayabilme $\bar{x}\pm SS$	Süre (Döngüsel) $\bar{x}\pm SS$	Duygusal Temsiller $\bar{x}\pm SS$
Ailede LDH Öyküsü									
Var	53	26.5	14.95±4.07	15.86±4.53	20.71±3.85	19.38±2.65	19.41±2.59	13.95±2.80	20.25±5.43
Yok	147	73.5	15.57±5.23	16.21±4.33	21.13±2.86	18.89±3.68	19.45±2.64	13.66±3.20	21.30±4.33
t			-0.774	-0.479	-0.721	1.044	-0.107	0.574	-1.269
p			0.441	0.633	0.472	0.298	0.915	0.567	0.206
Yakınlık Derecesi (n=53)*									
Birinci derece akraba	29	54.7	16.41±6.21	16.17±5.07	20.55±3.29	18.06±4.64	19.34±3.01	14.20±3.41	20.27±4.97
İkinci derece akraba	15	28.3	14.60±4.74	17.20±3.48	20.80±2.14	19.26±1.94	18.40±3.54	13.13±2.73	23.13±21.66
Üçüncü derece akraba	9	17.0	13.88±2.36	14.44±1.50	21.66±0.50	19.11±1.05	20.22±0.44	13.55±3.32	20.53±5.17
F			1.235	2.929	0.957	0.564	2.456	1.677	2.304
p			0.539	0.231	0.620	0.754	0.293	0.432	0.316
Kaza yada Travma Öyküsü									
Var	30	15.0	14.60±5.20	16.40±4.14	20.73±3.82	18.70±3.52	18.90±2.13	14.30±3.13	20.50±5.59
Yok	170	85.0	15.20±4.25	15.87±4.53	20.84±3.58	19.34±2.84	19.51±2.66	13.79±2.86	20.53±5.11
t			-0.694	0.532	-0.150	-1.106	-1.191	0.878	-0.034
p			0.488	0.555	0.881	0.270	0.235	0.381	0.973
Konut Tipi									
Tek katlı	53	26.5	14.72±3.98	16.55±4.58	21.49±3.21	20.13±2.39a	19.53±2.10	14.51±2.78a	20.53±5.34
İki katlı	27	13.5	16.11±4.50	17.11±4.25	21.33±3.25	19.26±3.39ab	19.70±2.27	12.63±2.71b	21.33±3.34
Apartman	120	60.0	15.07±4.55	15.43±4.42	20.42±3.82	18.86±3.02b	19.31±2.86	13.87±2.94ab	20.35±5.45
F			0.915	2.213	1.952	3.502	0.316	3.845	0.396
p			0.402	0.112	0.145	0.032**	0.729	0.023**	0.674
Apartmanda Asansör Bulunma Durumu (n=120)*									
Var	30	25.0	15.80±5.45	15.77±4.85	21.67±3.08	19.13±3.62	18.70±3.59	13.57±2.86	22.20±4.45
Yok	90	75.0	14.82±4.21	15.32±4.29	20.00±3.97	18.77±2.80	19.51±2.56	13.97±2.97	19.73±5.63
t			0.897	0.475	2.099	0.575	-1.143	-0.645	2.451
p			0.375	0.635	0.038**	0.566	0.260	0.520	0.017**
Apartmanda Oturulan Kat (n=120)*									
≤3 kat	86	71.7	15.01±4.55	15.34±4.21	20.03±3.96	18.66±2.88	19.47±2.85	13.79±3.20	20.15±5.69
>4 kat	34	28.3	15.20±4.61	15.64±4.95	21.38±3.27	19.35±3.32	18.88±2.87	14.05±2.14	20.85±4.78
t			-0.449	-0.332	-1.756	-1.131	1.026	-0.449	0.338
p			0.654	0.741	0.082	0.260	0.307	0.654	0.527

*Yüzdeler "n" sayısı üzerinden hesaplandı.

**p<0.05

***p<0.01

****p<0.001

Tablo 4.8’de hastaların hastalığına ve yaşadıkları ortam özelliklerine göre ameliyat sonrası dönem hastalık algısı ölçeği hastalık hakkındaki görüşleri alt boyutu puan ortalamaları yer almaktadır. Araştırmada bacağına vuran ağrı nedeniyle hastaneye başvuran (12.89 ± 4.51), şikayetleri bir yıldan fazla olan (13.59 ± 4.70), hekime dört ile altı kez arasında başvuran (13.40 ± 4.68), fizik tedavi yöntemi uygulanan (14.30 ± 4.67), LDH nedeniyle ameliyat olmayan (14.86 ± 4.69), ailede LDH öyküsü olan (13.19 ± 4.86), birinci derece yakınlarında LDH olan (14.20 ± 3.85), kaza ya da travma öyküsü olmayan (14.45 ± 3.18), iki katlı evde oturan (13.56 ± 4.38), apartmanında asansör olan (12.90 ± 5.79), dördüncü kat ve daha üst katlarda oturan (15.05 ± 2.56) hastaların ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *süre (döngüsel)* alt boyutu puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Hastalarda LDH’ye ilişkin ameliyat öyküsü ile ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *süre (akut/kronik)* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0.013$). Hastaların hastaneye başvurma nedenleri ($p=0.595$), şikayetlerin başlama süresi ($p=0.120$), hekime başvurma süresi ($p=0.390$), ameliyat öncesi uygulanan tedavi yöntemi ($p=0.259$), ailede LDH öyküsü ($p=0.310$), yakınlık durumu ($p=0.276$), kaza ya da travma öyküsü ($p=0.802$), konut tipi ($p=0.528$), konutta asansör bulunma durumu ($p=0.626$), apartmanda oturduğu kat ($p=0.238$) ile ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *süre (akut/kronik)* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmadı (Tablo 4.8).

Araştırmada ameliyat öncesinde bacağına vuran ağrı nedeniyle hastaneye başvuran (14.53 ± 3.98), şikayetleri bir yıldan fazla olan (14.95 ± 4.20), hekime yedi kez ve üzeri başvuran (16.68 ± 4.67), kombine tedavi uygulanan (15.83 ± 4.46), LDH ameliyat öyküsü olmayan (17.09 ± 4.58), ailede LDH öyküsü olan (14.91 ± 4.26), ikinci derece yakınlarında LDH olan (15.66 ± 4.27), kaza ya da travma öyküsü olmayan (14.44 ± 4.15), tek katlı evde oturan (14.98 ± 3.92), apartmanında asansör olmayan (14.22 ± 3.93), üçüncü kat ve daha alt katlarda yaşayan (14.16 ± 4.18) hastaların ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *sonuçlar* alt boyutu puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Hastalarda hekime başvurma süresi ($p=0.002$), uygulanan tedavi yöntemi ($p=0.032$) ve LDH’ye ilişkin ameliyat öyküsü ($p=0.001$) ile ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri

boyutunun *sonuçlar* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Hastaların hastaneye başvurma nedenleri ($p=0.843$), Şikayetlerin başlama süresi ($p=0.382$), ailede LDH öyküsü ($p=0.312$), yakınlık durumu ($p=0.276$), kaza ya da travma öyküsü ($p=0.790$), konut tipi ($p=0.457$), konutta asansör bulunma durumu ($p=0.739$), apartmanda oturduğu kat ($p=0.957$) ile ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *sonuçlar* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmadı (Tablo 4.8).

Araştırmada bacağa vuran ağrı nedeniyle hastaneye başvuran (21.81 ± 3.19), Şikayetleri bir yıldan fazla olan (21.98 ± 3.28), ameliyat öncesinde dört ile altı kez arasında başvuran (21.76 ± 4.03), ameliyat öncesinde tedavi uygulanmayan (22.21 ± 2.06), LDH ameliyat öyküsü olmayan (21.91 ± 4.15), ailede LDH öyküsü olan (21.62 ± 2.83), üçüncü derece yakınlarında LDH olan (22.00 ± 1.00), kaza ya da travma öyküsü olmayan (21.28 ± 3.90), tek katlı evde yaşayan (22.28 ± 2.94), apartmanında asansör olan (21.83 ± 3.91), dördüncü kat ve üzeri katlarda oturan (21.58 ± 3.92) hastaların ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *kişisel kontrol* alt boyutu puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Hastaların hastaneye başvurma nedenleri ($p=0.051$), Şikayetlerin başlama süresi ($p=0.051$), hekime başvurma süresi ($p=0.580$), ameliyat öncesi uygulanan tedavi yöntemi ($p=0.325$), LDH ameliyatı öyküsü ($p=0.421$), ailede LDH öyküsü ($p=0.367$), yakınlık durumu ($p=0.825$), kaza ya da travma öyküsü ($p=0.910$), oturduğu konut tipi ($p=0.072$), konutta asansör bulunma durumu ($p=0.127$), apartmanda oturduğu kat ($p=0.207$) ile ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *kişisel kontrol* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmadı (Tablo 4.8).

Araştırmada bacağa vuran ağrı nedeniyle hastaneye başvuran (20.06 ± 3.54), Şikayetleri bir-altı ay arasında olan (20.36 ± 2.89) ameliyat öncesinde hekime dört-altı kez başvuran (20.05 ± 3.92), ameliyat öncesinde tedavi olmayan (21.03 ± 1.92), LDH ameliyat öyküsü olmayan (20.14 ± 2.98), ailede LDH öyküsü olmayan (20.27 ± 3.13), ikinci derece yakınlarında LDH olan (20.13 ± 2.09), kaza ya da travma öyküsü olmayan (20.18 ± 3.28), tek katlı evde oturan (20.72 ± 2.77), apartmanında asansör olan (20.10 ± 3.77), dördüncü kat ve üzeri katlarda oturan (20.41 ± 3.06) hastaların ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *tedavi kontrol* alt

boyutu puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Hastaların hastaneye başvurma nedenleri ($p=0.966$), şikayetlerin başlama süresi ($p=0.190$), hekime başvurma süresi ($p=0.988$), ameliyat öncesi uygulanan tedavi yöntemi ($p=0.370$), LDH ameliyatı öyküsü ($p=0.861$), ailede LDH öyküsü ($p=0.078$), yakınlık durumu ($p=0.702$), kaza ya da travma öyküsü ($p=0.102$), konut tipi ($p=0.201$), konutta asansör bulunma durumu ($p=0.495$), apartmanda oturduğu kat ($p=0.184$) ile ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *tedavi kontrol* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmadı (Tablo 4.8).

Araştırmada bacağa vuran ağrı nedeniyle hastaneye başvuran (20.32 ± 2.44), şikayetleri bir-altı ay arasında olan (20.16 ± 2.67), ameliyat öncesinde hekime dört-altı kez başvuran (20.12 ± 2.80), ameliyat öncesinde fizik tedavi uygulanan (20.80 ± 1.93), LDH ameliyat öyküsü olmayan (20.77 ± 1.51), ailede LDH öyküsü olan (20.17 ± 2.31), üçüncü derece yakınlarında LDH olan (20.88 ± 1.36), kaza ya da travma öyküsü olmayan (20.07 ± 2.82), tek katlı evde oturan (20.32 ± 2.36), apartmanında asansör olmayan (20.06 ± 2.55), üçüncü kat ve daha alt katlarda oturan (19.93 ± 3.30) hastaların ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *hastalığı anlayabilme* alt boyutu puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Hastalarda hastaneye başvurma nedeni ile ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *hastalığı anlayabilme* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0.043$). Hastaların şikayetlerinin başlama süresi ($p=0.799$), hekime başvurma süresi ($p=0.934$), ameliyat öncesi uygulanan tedavi yöntemi ($p=0.624$), LDH ameliyatı öyküsü ($p=0.197$), ailede LDH öyküsü ($p=0.744$), yakınlık durumu ($p=0.297$), kaza ya da travma öyküsü ($p=0.945$), oturduğu konut tipi ($p=0.659$), konutta asansör bulunma durumu ($p=0.414$), apartmanda oturduğu kat ($p=0.976$) ile ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *hastalığı anlayabilme* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmadı (Tablo 4.8).

Araştırmada bacakta kasılma ve uyuşma nedeniyle hastaneye başvuran (14.54 ± 3.01), şikayetleri bir ile altı ay arasında olan (14.72 ± 3.01), ameliyat öncesinde hekime yedi kez ve üzerinde başvuran (14.96 ± 2.11), ameliyat öncesinde tedavi uygulanmayan (15.72 ± 1.62), LDH ameliyat öyküsü olan (14.44 ± 3.27), ailede LDH öyküsü olan (14.57 ± 3.05), birinci derece yakınlarında LDH olan (14.20 ± 3.85),

kaza ya da travma öyküsü olmayan (14.45 ± 3.18), tek katlı evde oturan (15.23 ± 2.74), apartmanında asansör olan (14.57 ± 3.66), dördüncü kat ve üzeri katlarda oturan (15.05 ± 2.56) hastaların ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *süre (döngüsel)* alt boyutu puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Hastaların yaşadıkları konut tipi ile ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *süre (döngüsel)* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark saptandı ($p=0.001$). Hastaların hastaneye başvurma nedenleri ($p=0.744$), şikayetlerin başlama süresi ($p=0.230$), hekime başvurma süresi ($p=0.149$), ameliyat öncesi uygulanan tedavi yöntemi ($p=0.102$), LDH ameliyatı öyküsü ($p=0.766$), ailede LDH öyküsü ($p=0.307$), yakınlık durumu ($p=0.833$), kaza ya da travma öyküsü ($p=0.731$), konutta asansör bulunma durumu ($p=0.921$), apartmanda oturduğu kat ($p=0.238$) ile ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *süre (döngüsel)* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmadı (Tablo 4.8).

Araştırmada ameliyat öncesinde bacakta kasılma ve uyuşması olan (21.43 ± 5.57), şikayetleri bir-altı ay arasında olan (20.92 ± 5.42), hekime yedi kez ve üzeri başvuran (21.32 ± 4.96), herhangi bir tedavi uygulanmayan (23.45 ± 2.98), LDH ameliyat öyküsü olmayan (21.05 ± 5.09), aile LDH öyküsü olan (21.00 ± 4.89), ikinci derece yakınlarında LDH olan (23.33 ± 1.67), kaza ya da travma öyküsü olmayan (20.56 ± 5.36), iki katlı evde oturan (21.15 ± 3.68), apartmanında asansör olan (21.80 ± 5.05), dördüncü kat ve üzeri katlarda oturan (20.61 ± 5.22) hastaların ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *duygusal temsiller* alt boyutu puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Hastalara uygulanan tedavi yöntemi ile ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *duygusal temsiller* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark saptandı ($p=0.003$). Hastaların hastaneye başvurma nedenleri ($p=0.106$), şikayetlerin başlama süresi ($p=0.460$), hekime başvurma süresi ($p=0.527$), LDH ameliyatı öyküsü ($p=0.622$), ailede LDH öyküsü ($p=0.440$), yakınlık durumu ($p=0.151$), kaza ya da travma öyküsü ($p=0.712$), oturduğu konut tipi ($p=0.624$), konutta asansör bulunma durumu ($p=0.077$), apartmanda oturduğu kat ($p=0.622$) ile ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *duygusal temsiller* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmadı.

Tablo 4.8. Hastaların Hastalığına ve Yaşadıkları Ortam Özelliklerine Göre Ameliyat Sonrası Dönem Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Hakkındaki Görüşleri Alt Boyut Puan Ortalamaları (n=200)

Hastalık ve Yaşanılan Ortam Özellikleri	n	%	Süre (Akut/Kronik) $\bar{x}\pm SS$	Sonuçlar $\bar{x}\pm SS$	Kişisel Kontrol $\bar{x}\pm SS$	Tedavi Kontrol $\bar{x}\pm SS$	Hastalığı Anlayabilme $\bar{x}\pm SS$	Süre (Döngüsel) $\bar{x}\pm SS$	Duygusal Temsiller $\bar{x}\pm SS$
Hastaneye Başvurma Nedeni									
Bacağa vuran ağrı	121	60.5	12.89±4.51	14.53±3.98	21.81±3.19	20.06±3.54	20.32±2.44a	14.50±3.01	20.77±5.05
Bacakta kasılma ve uyuşma	35	17.5	12.06±4.46	14.40±4.29	20.66±3.99	19.89±2.61	20.31±2.72ab	14.54±3.03	21.43±5.57
Yürüme ve oturmada güçlük	44	22.0	12.48±4.32	14.11±4.04	20.30±5.24	20.00±3.79	19.16±3.27b	14.09±3.87	19.05±6.14
F			0.521	0.170	3.014	0.034	3.198	0.296	2.267
p			0.595	0.843	0.051	0.966	0.043**	0.744	0.106
Şikayetlerin Başlama Süresi									
1-6 ay	114	57.0	12.13±4.35	14.08±3.89	21.26±4.08	20.36±2.89	20.16±2.67	14.72±3.01	20.92±5.42
7-12 ay	27	13.5	12.81±4.11	14.67±4.25	19.78±4.13	19.11±4.05	19.78±2.53	13.63±3.74	19.89±5.78
1 yıldan fazla	59	29.5	13.59±4.70	14.95±4.20	21.98±3.28	19.76±4.03	20.02±2.92	14.20±3.31	19.98±5.31
F			2.142	0.968	3.011	1.674	0.224	1.455	0.779
p			0.120	0.382	0.051	0.190	0.799	0.230	0.460
Hekime Başvurma Süresi									
1-3 kez	133	66.5	12.36±4.39	13.80±3.54b	21.08±4.08	20.02±3.41	20.08±2.61	14.58±3.01	20.20±5.56
4-6 kez	42	21.0	13.40±4.68	15.02±4.57ab	21.76±4.03	20.05±3.92	20.12±2.80	13.60±4.17	20.98±5.31
7 kez ve üzeri	25	12.5	12.96±4.36	16.68±4.67b	21.52±2.54	19.92±2.81	19.88±3.22	14.96±2.11	21.32±4.96
F			0.945	6.319	0.547	0.012	0.068	1.921	0.643
p			0.390	0.002***	0.580	0.988	0.934	0.149	0.527
Uygulanan Tedavi Yöntemi									
İlaç tedavisi	138	69.0	12.78±4.47	14.43±3.98ab	21.27±4.34	19.85±3.85	19.91±2.84	14.14±3.45	19.82±5.62b
Fizik tedavi	10	5.0	14.30±4.67	15.70±4.99ab	21.20±2.35	20.20±2.15	20.80±1.93	13.90±3.51	23.10±3.25ab
Kombine tedavi	23	11.5	12.83±5.26	15.83±4.46a	20.17±3.31	19.65±2.52	20.48±2.87	14.65±2.79	19.78±6.04b
Yok	29	14.5	11.34±3.38	12.76±3.03b	22.21±2.06	21.03±1.92	20.21±2.24	15.72±1.62	23.45±2.98a
F			1.350	3.004	1.163	1.053	0.587	2.095	4.724
p			0.259	0.032**	0.325	0.370	0.624	0.102	0.003***
LDH'ye İlişkin Ameliyat Öyküsü									
Var	22	11.0	12.38±4.35	14.08±3.84	21.20±3.88	20.00±3.50	19.98±2.82	14.44±3.27	20.44±5.48
Yok	178	89.0	14.86±4.69	17.09±4.58	21.91±4.15	20.14±2.98	20.77±1.51	14.23±2.76	21.05±5.09
t			-2.500	-3.389	-0.806	-0.175	-1.296	0.298	-0.494
p			0.013**	0.001***	0.421	0.861	0.197	0.766	0.622

*Yüzdeler "n" sayısı üzerinden hesaplandı.

**p<0.05

***p<0.01

Tablo 4.8 (Devam). Hastaların Hastalığına ve Yaşadıkları Ortam Özelliklerine Göre Ameliyat Sonrası Dönem Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Hakkındaki Görüşleri Alt Boyut Puan Ortalamaları (n=200)

Hastalık ve Yaşanılan Ortam Özellikleri	n	%	Süre (Akut/Kronik) X̄±SS	Sonuçlar X̄±SS	Kişisel Kontrol X̄±SS	Tedavi Kontrol X̄±SS	Hastalığı Anlayabilme X̄±SS	Süre (Döngüsel) X̄±SS	Duygusal Temsiller X̄±SS
Ailede LDH Öyküsü									
Var	53	26.5	13.19±4.86	14.91±4.26	21.62±2.83	19.30±4.13	20.17±2.31	14.00±3.61	21.00±4.89
Yok	147	73.5	12.46±4.29	14.24±3.94	21.15±4.23	20.27±3.13	20.03±2.86	14.57±3.05	20.33±5.62
t			-1.019	-1.035	-0.905	1.770	-0.326	1.027	-0.773
p			0.310	0.302	0.367	0.078	0.744	0.307	0.440
Yakınlık Derecesi (n=53)*									
Birinci derece akraba	29	54.7	14.20±3.85	15.27±4.78	21.17±3.21	18.31±5.17	20.24±2.23	14.20±3.85	19.62±5.65
İkinci derece akraba	15	28.3	13.80±3.05	15.66±4.27	21.26±2.28	20.13±2.09	18.86±3.73	13.80±3.05	23.33±1.67
Üçüncü derece akraba	9	17.0	14.11±3.91	12.88±2.26	22.00±1.00	20.00±0.86	20.88±1.36	14.11±3.91	21.88±4.75
F			2.571	2.570	0.385	0.707	2.426	0.365	3.787
p			0.276	0.276	0.825	0.702	0.297	0.833	0.151
Kaza ya da Travma Öyküsü									
Var	30	15.0	14.23±3.40	14.23±3.29	21.20±4.00	19.06±4.13	20.03±2.04	14.23±3.40	20.16±5.85
Yok	90	85.0	14.45±3.18	14.44±4.15	21.28±3.90	20.18±3.28	20.07±2.82	14.45±3.18	20.56±5.36
t			-0.251	-0.267	-0.114	-1.645	-0.069	-0.345	-0.369
p			0.802	0.790	0.910	0.102	0.945	0.731	0.712
Konut Tipi									
Tek katlı	53	26.5	12.47±3.82	14.98±3.92	22.28±2.94	20.72±2.77	20.32±2.36	15.23±2.74a	20.85±5.61
İki katlı	27	13.5	13.56±4.38	14.48±3.96	21.37±3.76	20.04±3.41	20.19±1.88	12.41±3.58b	21.15±3.68
Apartman	120	60.0	12.53±4.72	14.12±4.09	20.81±4.24	19.70±3.68	19.93±3.02	14.52±3.15a	20.21±5.69
F			0.641	0.785	2.672	1.617	0.417	7.492	0.472
p			0.528	0.457	0.072	0.201	0.659	0.001***	0.624
Apartmanda Asansör Bulunma Durumu (n=120)*									
Var	30	25.0	12.90±5.79	13.93±4.60	21.83±3.91	20.10±3.77	19.53±4.15	14.57±3.66	21.80±5.05
Yok	90	75.0	12.41±4.34	14.22±3.93	20.47±4.31	19.57±3.67	20.06±2.55	14.50±2.98	19.68±5.82
t			0.424	-0.334	1.537	0.685	-0.650	0.100	1.786
p			0.626	0.739	0.127	0.495	0.414	0.921	0.077
Apartmanda Oturulan Kat (n=120)*									
<3 kat	86	71.7	14.30±3.34	14.16±4.18	20.50±4.34	19.41±3.88	19.93±3.30	14.30±3.34	20.04±5.88
≥4 kat	34	28.3	15.05±2.56	14.11±3.89	21.58±3.92	20.41±3.06	19.91±2.17	15.05±2.56	20.61±5.22
t			-1.187	0.054	-1.270	-1.335	0.030	-1.187	-0.494
p			0.238	0.957	0.207	0.184	0.976	0.238	0.622

*Yüzdeler "n" sayısı üzerinden hesaplandı.

**p<0.05

*** p<0.01

Tablo 4.9’da hastaların tanıtıcı özelliklerine göre ameliyat öncesi dönem hastalık algısı ölçeği hastalık nedenleri alt boyutu puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Araştırmada kadın (15.24±3.66), 38-47 yaş aralığında (15.68±3.07), bekar (17.39±3.75), ilkokul mezunu (15.75±3.20), serbest meslek yapan (15.47±3.01), sosyal güvencesi olmayan (18.50±3.74), sigara kullanan (15.27±3.12), kronik hastalığı bulunmayan (15.35±3.39), köy/kasabada yaşayan (15.90±3.45) ve geliri giderine eş olan (15.46±3.24) hastaların ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık nedenleri boyutunun *psikolojik atıflar* alt boyutu puan ortalamaları yüksek bulundu. Hastaların medeni durum (p=0.019) ve eğitim düzeyi (p=0.012) ile ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık nedenleri boyutunun *psikolojik atıflar* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Hastaların sosyal güvence durumu ile ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık nedenleri boyutunun *psikolojik atıflar* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark saptandı (p=0.006). Hastaların ameliyat öncesi dönemde cinsiyet (p=0.991), yaş (p=0.349), meslek (p=0.857), sigara alışkanlığı (p=0.934), kronik hastalık (p=0.480), yaşanılan yer (p=0.268) ve gelir durumu (p=0.136) ile HAÖ hastalık nedenleri boyutunun *psikolojik atıflar* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmadı (Tablo 4.9).

Araştırmada kadın (17.19±3.49), 48-57 yaş aralığında (17.39±3.94), bekar (18.00±4.69), okur-yazar (17.56±3.02), ev hanımı (17.30±3.44), sosyal güvencesi olan (16.91±3.52), sigara kullanan (16.90±3.74), kronik hastalığı olan (17.41±3.55), köy/kasabada yaşayan (17.52±3.38) ve geliri giderine eş olan (17.18±3.43) hastaların ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık nedenleri boyutunun *risk faktörleri* alt boyutu puan ortalamaları yüksek bulundu. Hastaların cinsiyet (p=0.175), yaş (p=0.446), medeni durum (p=0.227), eğitim düzeyi (p=0.255), meslek (p=0.275), sosyal güvence durumu (p=0.472), sigara alışkanlığı (p=0.940), kronik hastalık (p=0.171), yaşanılan yer (p=0.103) ve gelir durumu (p=0.104) ile ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık nedenleri boyutunun *risk faktörleri* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmadı (Tablo 4.9).

Araştırmada erkek (6.32±1.71), 38-47 yaş aralığında (6.42±1.68), bekar (6.23±1.48), ilkokul mezunu (6.52±1.70), serbest meslek yapan (6.43±1.33), sosyal güvencesi olmayan (6.25±0.71), sigara kullanan (6.45±2.21), kronik hastalığı

bulunmayan (6.26 ± 1.63), köy/kasabada yaşayan (6.58 ± 1.96) ve geliri giderinden az olan (6.24 ± 1.76) hastaların ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık nedenleri boyutunun *bağışıklık* alt boyutu puan ortalamaları yüksek bulundu. Hastaların eğitim düzeyi ile ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık nedenleri boyutunun *bağışıklık* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0.049$). Hastaların cinsiyet ($p=0.172$), yaş ($p=0.515$), medeni durum ($p=0.860$), meslek ($p=0.399$), sosyal güvence ($p=0.866$), sigara alışkanlığı ($p=0.144$), kronik hastalık ($p=0.130$), yaşanılan yer ($p=0.062$) ve gelir durumu ($p=0.946$) ile ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık nedenleri boyutunun *bağışıklık* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmadı (Tablo 4.9).

Araştırmada kadın (4.53 ± 1.47), 48-57 yaş aralığında (4.77 ± 1.64), bekar (4.54 ± 0.97), okur-yazar (4.78 ± 1.59), işçi (4.67 ± 1.77), sosyal güvencesi olan (4.50 ± 1.61), sigara kullanan (4.92 ± 1.75), kronik hastalığı bulunan (4.77 ± 1.54), köy/kasabada yaşayan (4.79 ± 1.67) ve geliri giderinden az olan (4.62 ± 1.57) hastaların ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık nedenleri boyutunun *kaza veya şans* alt boyutu puan ortalamaları yüksek bulundu. Hastaların sigara alışkanlığı ile ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık nedenleri boyutunun *kaza veya şans* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0.038$). Hastaların cinsiyet ($p=0.688$), yaş ($p=0.257$), medeni durum ($p=0.909$), eğitim düzeyi ($p=0.242$), meslek ($p=0.898$), sosyal güvence ($p=0.686$), kronik hastalık ($p=0.122$), yaşanılan yer ($p=0.161$) ve gelir durumu ($p=0.131$) ile ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık nedenleri boyutunun *kaza veya şans* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmadı (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Öncesi Dönem Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Nedenleri Alt Boyut Puan Ortalamaları (n=200)

Tanıtıcı Özellikler	n	%	Psikolojik Atflar $\bar{x}\pm SS$	Risk Faktörleri $\bar{x}\pm SS$	Bağıışıklık $\bar{x}\pm SS$	Kaza veya Şans $\bar{x}\pm SS$
Cinsiyet						
Kadın	103	51.5	15.24±3.66	17.19±3.49	5.99±1.69	4.53±1.47
Erkek	97	48.5	15.24±3.19	16.53±3.46	6.32±1.71	4.44±1.70
t			0.012	1.360	-1.369	0.403
p			0.991	0.175	0.172	0.688
Yaş Grubu						
28-37 yaş	35	17.5	15.51±3.37	16.48±2.89	6.14±1.19	4.45±1.29
38-47 yaş	60	30.0	15.68±3.07	16.72±3.03	6.42±1.68	4.26±1.53
48-57 yaş	72	36.0	15.12±3.54	17.39±3.94	6.01±2.05	4.77±1.64
58 yaş ve üzeri	33	16.5	14.39±3.85	16.42±3.73	5.97±1.33	4.30±4.49
F			1.104	0.893	0.764	1.359
p			0.349	0.446	0.515	0.257
Medeni Durum						
Evlü	187	93.5	15.09±3.37	16.79±3.38	6.14±1.72	4.49±1.62
Bekar	13	6.5	17.39±3.75	18.00±4.69	6.23±1.48	4.54±0.97
t			-2.355	-1.210	-0.176	-0.114
p			0.019*	0.227	0.860	0.909
Eğitim Düzeyi						
Okur-yazar	36	18.0	14.50±4.14	17.56±3.02	5.83±2.21	4.78±1.59
İlkokul	75	37.5	15.75±3.20	17.01±3.61	6.52±1.70	4.63±1.51
Ortaokul	41	20.5	15.71±3.26	17.00±3.58	6.07±1.49	4.39±1.84
Lise	34	17.0	15.21±3.45	16.32±3.48	6.03±1.45	4.12±1.37
Üniversite ve üzeri	14	7.0	13.14±2.18	15.29±3.38	5.50±1.09	4.21±1.58
F			2.390	5.329	9.484	5.470
p			0.012*	0.255	0.049*	0.242
Meslek						
Ev hanımı	91	45.5	15.08±3.65	17.30±3.44	6.01±1.71	4.51±1.52
İşçi	31	15.5	15.41±3.31	15.93±3.26	6.35±2.40	4.67±1.77
Memur	10	5.0	14.80±3.99	17.10±5.30	6.10±1.10	4.20±1.39
Serbest meslek	53	26.5	15.47±3.01	16.96±2.89	6.43±1.33	4.45±1.51
Emekli	15	7.5	15.26±3.69	15.66±4.35	5.60±1.29	4.26±1.98
F			1.328	5.124	4.054	1.074
p			0.857	0.275	0.399	0.898
Sosyal Güvence						
Var	192	96.0	15.10±3.36	16.91±3.52	6.15±1.73	4.50±1.61
Yok	8	4.0	18.50±3.74	16.00±2.33	6.25±0.71	4.38±0.74
t			-2.790	0.710	-0.170	0.420
p			0.006**	0.472	0.866	0.686
Sigara Alışkanlığı						
Var	51	25.5	15.27±3.12	16.90±3.74	6.45±2.21	4.92±1.75
Yok	149	74.5	15.23±3.55	16.86±3.40	6.05±1.49	4.34±1.50
t			0.083	0.076	1.466	2.111
p			0.934	0.940	0.144	0.038*
Kronik Hastalık						
Var	56	28.0	14.96±3.57	17.41±3.55	5.86±1.87	4.77±1.54
Yok	144	72.0	15.35±3.39	16.66±3.44	6.26±1.63	4.38±1.59
t			-0.707	1.373	-1.521	1.555
p			0.480	0.171	0.130	0.122
Yaşanılan Yer						
İl	77	38.5	15.04±3.34	17.04±3.45	6.14±1.64	4.52±1.67
İlçe	71	35.5	14.97±3.50	16.21±3.53	5.85±1.52	4.24±1.39
Köy-Kasaba	52	26.0	15.90±3.45	17.52±3.38	6.58±1.96	4.79±1.67
F			1.325	2.297	2.822	1.845
p			0.268	0.103	0.062	0.161
Gelir Durumu						
Gelir-giderden az	45	22.5	15.27±3.85	16.62±3.22	6.24±1.76	4.62±1.57
Gelir-gidere eş	132	66.0	15.46±3.24	17.18±3.43	6.20±1.78	4.55±1.58
Gelir-giderden fazla	23	11.5	13.91±3.50	15.57±4.02	5.70±0.93	3.87±1.55
F			2.015	2.289	0.937	0.052
p			0.136	0.104	0.946	0.131

*p<0.05

**p<0.01

Tablo 4.10'da hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre ameliyat öncesi dönem hastalık algısı ölçeği hastalık nedenleri alt boyut puan ortalamaları yer almaktadır. Araştırmada kadın (15.41 ± 3.78), 38-47 yaş aralığında (15.86 ± 3.24), bekar (17.39 ± 3.80), ilkokul mezunu (15.95 ± 3.36), işçi (15.96 ± 3.45), sosyal güvencesi olmayan (18.25 ± 4.10), sigara kullanan (15.86 ± 3.14), kronik hastalığı bulunmayan (15.49 ± 3.49), köy/kasabada yaşayan (15.96 ± 3.25) ve geliri giderine eş olan (15.62 ± 3.34) hastaların ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık nedenleri boyutunun *psikolojik atıflar* alt boyutu puan ortalamaları yüksek bulundu. Hastaların eğitim düzeyi ($p=0.013$) ve sosyal güvence durumu ($p=0.017$) ile ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık nedenleri boyutunun *psikolojik atıflar* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Hastalarda cinsiyet ($p=0.941$), yaş ($p=0.321$), medeni durum ($p=0.092$), meslek ($p=0.497$), sigara alışkanlığı ($p=0.263$), kronik hastalık ($p=0.533$), yaşanılan yer ($p=0.388$) ve gelir durumu ($p=0.082$) ile ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık nedenleri boyutunun *psikolojik atıflar* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmadı.

Araştırmada kadın (17.31 ± 3.67), 48-57 yaş aralığında (17.13 ± 4.13), bekar (17.85 ± 4.79), okur-yazar (17.86 ± 2.99), ev hanımı (17.40 ± 3.70), sosyal güvencesi olan (16.92 ± 3.64), sigara kullanmayan (16.90 ± 3.62), kronik hastalığı olan (17.55 ± 3.65), köy/kasabada yaşayan (17.60 ± 3.40) ve geliri giderinden az olan (17.09 ± 3.53) hastaların ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık nedenleri boyutunun *risk faktörleri* alt boyutu puan ortalamaları yüksek bulundu. Hastaların cinsiyet ($p=0.089$), yaş ($p=0.866$), medeni durum ($p=0.411$), eğitim düzeyi ($p=0.132$), meslek ($p=0.397$), sosyal güvence durumu ($p=0.541$), sigara alışkanlığı ($p=0.950$), kronik hastalık ($p=0.104$), yaşanılan yer ($p=0.124$) ve gelir durumu ($p=0.092$) ile ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık nedenleri boyutunun *risk faktörleri* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmadı (Tablo 4.10).

Araştırmada erkek (6.18 ± 1.68), 38-47 yaş aralığında (6.41 ± 1.57), bekar (6.23 ± 1.54), ilkokul mezunu (6.37 ± 1.61), işçi (6.51 ± 2.20), sosyal güvencesi olmayan (6.25 ± 0.89), sigara kullanan (6.33 ± 2.09), kronik hastalığı bulunmayan (6.15 ± 1.65), köy/kasabada yaşayan (6.58 ± 1.87) ve geliri giderinden az olan (6.29 ± 1.62) hastaların ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık nedenleri boyutunun *bağışıklık* alt boyutu

puan ortalamaları yüksek bulundu. Hastaların yaşadıkları yer ile ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık nedenleri boyutunun *bağışıklık* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0.034). Hastaların cinsiyet (p=0.407), yaş (p=0.270), medeni durum (p=0.649), eğitim düzeyi (p=0.058), meslek (p=0.394), sosyal güvence (p=0.761), sigara alışkanlığı (p=0.278), kronik hastalık (p=0.287) ve gelir durumu (p=0.187) ile ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık nedenleri boyutunun *bağışıklık* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmadı (Tablo 4.10).

Araştırmada kadın (4.63±1.54), 48-57 yaş aralığında (4.72±1.68), bekar (4.92±1.50), okur-yazar (4.92±1.56), işçi (4.77±1.85), sosyal güvencesi olan (4.55±1.63), sigara kullanan (5.02±1.70), kronik hastalığı bulunan (4.71±1.51), köy/kasabada yaşayan (4.92±1.63) ve geliri giderinden az olan (4.69±1.59) hastaların ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık nedenleri boyutunun *kaza veya şans* alt boyutu puan ortalamaları yüksek bulundu. Hastaların sigara alışkanlığı ile ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık nedenleri boyutunun *kaza veya şans* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0.013). Hastaların cinsiyet (p=0.410), yaş (p=0.534), medeni durum (p=0.332), eğitim düzeyi (p=0.328), meslek (p=0.632), sosyal güvence (p=0.564), kronik hastalık (p=0.340), yaşanılan yer (p=0.126) ve gelir düzeyi (p=0.215) ile ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık nedenleri boyutunun *kaza veya şans* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmadı (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Sonrası Dönem Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Nedenleri Alt Boyut Puan Ortalamaları (n=200)

Tanıtıcı Özellikler	n	%	Psikolojik Atflar $\bar{x}\pm SS$	Risk Faktörleri $\bar{x}\pm SS$	Bağışıklık $\bar{x}\pm SS$	Kaza veya Şans $\bar{x}\pm SS$
Cinsiyet						
Kadın	103	51.5	15.41±3.78	17.31±3.67	5.98±1.63	4.63±1.54
Erkek	97	48.5	15.37±3.16	16.44±3.49	6.18±1.68	4.44±1.68
t			0.074	1.711	-0.832	0.825
p			0.941	0.089	0.407	0.410
Yaş Grubu						
28-37 yaş	35	17.5	14.74±3.72	16.54±3.50	6.02±1.46	4.62±1.41
38-47 yaş	60	30.0	15.86±3.24	16.88±2.99	6.41±1.57	4.40±1.59
48-57 yaş	72	36.0	15.19±3.47	17.13±4.13	5.86±1.87	4.72±1.68
58 yaş ve üzeri	33	16.5	14.57±3.64	16.72±3.59	5.96±1.42	4.30±1.64
F			1.174	0.243	1.316	0.732
p			0.321	0.866	0.270	0.534
Medeni Durum						
Evlü	187	93.5	15.25±3.43	16.82±3.51	6.06±1.66	4.51±1.61
Bekar	13	6.5	17.39±3.80	17.85±4.79	6.23±1.54	4.92±1.50
t			-1.685	-0.822	-0.455	-0.970
p			0.092	0.411	0.649	0.332
Eğitim Düzeyi						
Okur-yazar	36	18.0	14.75±3.85ab	17.86±2.99	6.03±2.08	4.92±1.56
İlkokul	75	37.5	15.95±3.36a	16.77±3.68	6.37±1.61	4.57±1.49
Ortaokul	41	20.5	15.88±3.23a	17.17±3.82	5.83±1.47	4.39±1.84
Lise	34	17.0	15.12±3.79ab	16.62±3.54	6.12±1.49	4.44±1.67
Üniversite ve üzeri	14	7.0	13.29±2.09b	14.86±3.63	5.21±1.31	4.07±1.44
F			12.730	7.068	9.142	9.142
p			0.013*	0.132	0.058	0.328
Meslek						
Ev hanımı	91	45.5	15.10±3.68	17.40±3.70	5.94±1.66	4.54±1.53
İşçi	31	15.5	15.96±3.45	16.41±3.05	6.51±2.20	4.77±1.85
Memur	10	5.0	14.90±4.22	16.50±5.93	5.50±1.08	4.20±1.81
Serbest meslek	53	26.5	15.56±3.07	16.66±2.94	6.26±1.37	4.56±1.47
Emekli	15	7.5	15.60±3.39	15.80±4.16	5.66±1.29	4.13±1.88
F			3.374	4.070	4.087	2.572
p			0.497	0.397	0.394	0.632
Sosyal Güvence						
Var	192	96.0	15.27±3.42	16.92±3.64	6.07±1.68	4.55±1.63
Yok	8	4.0	18.25±4.10	16.13±2.42	6.25±0.89	4.38±0.74
t			-2.400	0.610	-0.310	0.600
p			0.017*	0.541	0.761	0.564
Sigara Alışkanlığı						
Var	51	25.5	15.86±3.14	16.86±3.59	6.33±2.09	5.02±1.70
Yok	149	74.5	15.23±3.59	16.90±3.62	5.99±1.47	4.38±1.54
t			1.123	-0.062	1.094	2.502
p			0.263	0.950	0.278	0.013*
Kronik Hastalık						
Var	56	28.0	15.14±3.48	17.55±3.65	5.88±1.65	4.71±1.51
Yok	144	72.0	15.49±3.49	16.63±3.56	6.15±1.65	4.47±1.64
t			0.625	1.632	-1.067	0.956
p			0.533	0.104	0.287	0.340
Yaşanılan Yer						
İl	77	38.5	15.16±3.58	16.99±3.73	5.96±1.72ab	4.45±1.63
İlçe	71	35.5	15.23±3.55	16.27±3.55	5.83±1.32b	4.35±1.54
Köy-Kasaba	52	26.0	15.96±3.25	17.60±3.40	6.58±1.87a	4.92±1.63
F			0.952	2.112	3.435	2.095
p			0.388	0.124	0.034*	0.126
Gelir Düzeyi						
Gelir-giderden az	45	22.5	15.49±3.83	17.09±3.53	6.29±1.62	4.69±1.59
Gelir-gidere eş	132	66.0	15.62±3.34	17.09±3.50	6.10±1.73	4.58±1.56
Gelir-giderden fazla	23	11.5	13.87±3.38	15.35±4.05	5.52±1.08	4.00±1.83
F			2.538	2.418	1.690	1.549
p			0.082	0.092	0.187	0.215

*p<0.05

Hastaların Öz-Bakım Gücü Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 4.11’de hastaların ameliyat sonrası ikinci ve onuncu günde öz-bakım gücü puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Hastaların öz-bakım gücü puan ortalaması ameliyat sonrası ikinci günde 98.93 ± 14.29 (min: 46, mak: 130) ve onuncu günde 101.94 ± 13.63 (min: 45, mak: 142)’tür. Hastaların ameliyat sonrası ikinci ve onuncu gününde öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı fark bulundu ($p=0.000$).

Tablo 4.11. Hastaların Ameliyat Sonrası Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamaları (n=200)

Ameliyat Sonrası Gün	n	Öz-Bakım Gücü			t	p
		$\bar{X} \pm SS$	Min.-Mak.			
2. gün	200	98.93 ± 14.29	46-130	7.48	0.000*	
10. gün	200	101.94 ± 13.63	45-142			

* $p < 0.001$

Tablo 4.12’de hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre ameliyat sonrası dönem öz-bakım gücü puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Araştırmada erkek (100.12 ± 13.53), 38-47 yaş aralığında (103.08 ± 8.21), evli (99.40 ± 13.50), üniversite ve üzeri eğitim alan (110.00 ± 11.57), memur (108.70 ± 13.88), sosyal güvencesi olmayan (102.38 ± 5.45), sigara kullanmayan (99.95 ± 13.60), kronik hastalığı bulunmayan (99.30 ± 14.78), ilçede yaşayan (101.75 ± 13.74) ve gelir düzeyi gider düzeyine göre fazla olan (106.04 ± 14.08) hastaların ameliyat sonrası ikinci günde öz-bakım gücü puan ortalamaları yüksek bulundu. Hastaların yaş grupları ($p=0.048$), yaşadıkları yer ($p=0.015$) ve gelir düzeyleri ($p=0.032$) ile ameliyat sonrası ikinci gün öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Hastaların eğitim düzeyi ile ameliyat sonrası ikinci gün öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark saptandı ($p=0.000$). Hastaların cinsiyet ($p=0.253$), medeni durum ($p=0.280$), meslek ($p=0.228$), sosyal güvence ($p=0.488$), sigara alışkanlığı ($p=0.112$) ve kronik hastalık ($p=0.560$) ile ameliyat sonrası ikinci günde öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmadı.

Ameliyat sonrası onuncu günde erkek (103.18 ± 13.26), 38-47 yaş aralığında (104.75 ± 8.03), evli (102.42 ± 13.00), üniversite ve üzeri eğitim alan (111.29 ± 13.36), memur (107.10 ± 18.48), sosyal güvencesi olmayan (103.63 ± 5.24), sigara

kullanmayan (102.44 ± 13.10), kronik hastalığı bulunmayan (102.27 ± 14.05), ilçede yaşayan (105.01 ± 12.85) ve gelir düzeyi gider düzeyine göre fazla olan (107.43 ± 15.10) hastaların öz-bakım gücü puan ortalamaları daha yüksek bulundu (Tablo 4.12). Hastaların eğitim düzeyi ile ameliyat sonrası onuncu gün öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark saptandı ($p=0.001$). Hastaların yaşadıkları yer ile ameliyat sonrası onuncu gün öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0.022$). Hastaların cinsiyet ($p=0.214$), yaş ($p=0.224$), medeni durum ($p=0.212$), meslek ($p=0.528$), sosyal güvence ($p=0.722$), sigara alışkanlığı ($p=0.780$), kronik hastalık ($p=0.583$) ve gelir düzeyi ($p=0.119$) ile ameliyat sonrası onuncu günde öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmadı (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Sonrası Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamaları (n=200)

Tanıtıcı Özellikler	n	%	Ameliyat Sonrası 2.Gün $\bar{x}\pm SS$	Ameliyat Sonrası 10.Gün $\bar{x}\pm SS$
Cinsiyet				
Kadın	103	51.5	97.81±14.96	100.78±13.93
Erkek	97	48.5	100.12±13.53	103.18±13.26
t			-1.147	-1.246
p			0.253	0.214
Yaş Grubu				
28-37 yaş	35	17.5	98.05±18.96b	101.71±19.05
38-47 yaş	60	30.0	103.08±8.21a	104.75±8.03
48-57 yaş	72	36.0	97.46±15.46b	101.04±14.37
58 yaş ve üzeri	33	16.5	95.51±13.57b	99.03±12.89
F			2.680	1.470
p			0.048*	0.224
Medeni Durum				
Evli	187	93.5	99.40±13.50	102.42±13.00
Bekar	13	6.5	92.23±22.61	95.00±20.09
t			1.129	1.313
p			0.280	0.212
Eğitim Düzeyi				
Okur-yazar	36	18.0	96.69±13.81b	99.61±12.41b
İlkokul	75	37.5	94.53±14.78b	98.12±14.48b
Ortaokul	41	20.5	103.83±10.62a	106.80±10.48a
Lise	34	17.0	100.53±14.72ab	103.12±13.25ab
Üniversite ve üzeri	14	7.0	110.00±11.57a	111.29±13.36a
F			5.940	5.149
p			0.000***	0.001**
Meslek				
Ev hanımı	91	45.5	97.26±15.33	100.36±14.37
İşçi	31	15.5	96.93±12.21	100.29±11.71
Memur	10	5.0	108.70±13.88	107.10±18.48
Serbest meslek	53	26.5	100.79±13.33	103.94±12.34
Emekli	15	7.5	100.06±13.38	104.40±12.93
F			5.631	3.180
p			0.228	0.528
Sosyal Güvence				
Var	192	96.0	98.79±14.54	101.87±13.87
Yok	8	4.0	102.38±5.45	103.63±5.24
t			-0.695	0.356
p			0.488	0.722
Sigara Alışkanlığı				
Var	51	25.5	95.94±15.93	100.49±15.11
Yok	149	74.5	99.95±13.60	102.44±13.10
t			-1.609	-0.880
p			0.112	0.780
Kronik Hastalık				
Var	56	28.0	97.98±13.05	101.09±12.54
Yok	144	72.0	99.30±14.78	102.27±14.05
t			-0.584	-0.550
p			0.560	0.583
Yaşanılan Yer				
İl	77	38.5	99.47±13.36ab	101.62±13.74ab
İlçe	71	35.5	101.75±13.74a	105.01±12.85a
Köy-Kasaba	52	26.0	94.29±15.45b	98.21±13.75b
F			4.313	3.884
p			0.015*	0.022*
Gelir Düzeyi				
Gelir-giderden az	45	22.5	96.87±17.04b	100.93±15.06
Gelir-gidere eş	132	66.0	98.39±13.00ab	101.33±12.71
Gelir-giderden fazla	23	11.5	106.04±14.08a	107.43±15.10
F			3.495	2.152
p			0.032*	0.119

*p<0.05

**p<0.01

***p<0.001

Tablo 4.13'te hastaların hastalığına ve yaşadıkları ortam özelliklerine göre ameliyat sonrası dönem öz-bakım gücü puan ortalamaları yer almaktadır. Araştırmada ameliyat sonrası ikinci günde yürüme ve oturup kalkmada güçlük çekerek hastaneye başvuran (101.23 ± 13.31), şikayetlerinin başlangıç süresi bir ile altı ay arasında olanlar (100.22 ± 13.36), ameliyat öncesinde hekime bir ile üç kez arasında başvuranlar (100.49 ± 13.62), ameliyat öncesinde herhangi bir tedavi yöntemi denemeyen (103.52 ± 6.76) hastalarda öz-bakım gücü puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Lomber disk hernisi nedeniyle ameliyat öyküsü olan (99.38 ± 13.75), ailede LDH öyküsü olmayan (99.95 ± 13.59), üçüncü derece yakınlarında LDH bulunan (101.22 ± 15.17), kaza ya da travma öyküsü bulunmayan (99.55 ± 14.24), apartmanda oturan (100.43 ± 14.46), apartmanında asansör olmayan (100.47 ± 14.00) ve üçüncü kat ya da daha alt katlarda oturan hastaların (100.54 ± 14.41) ameliyat sonrası ikinci günde öz-bakım gücü puan ortalamaları daha yüksek bulundu.

Ameliyat sonrası onuncu günde yürüme ve oturup kalkmada güçlük çekerek hastaneye başvuran (103.45 ± 13.12), şikayetlerinin başlangıç süresi bir ile altı ay arasında olanlar (103.27 ± 12.58), ameliyat öncesinde hekime bir ile üç kez arasında başvuranlar (104.04 ± 12.33), ameliyat öncesinde herhangi bir tedavi yöntemi denemeyen (105.41 ± 6.65) hastaların öz-bakım gücü puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Lomber disk hernisi nedeniyle ameliyat öyküsü olan (102.56 ± 12.73), ailede LDH öyküsü olmayan (103.02 ± 13.13), üçüncü derece yakınlarında LDH bulunan (102.44 ± 15.30), kaza ya da travma öyküsü bulunmayan (102.44 ± 13.42), apartmanda oturan (103.52 ± 13.70), apartmanında asansör olmayan (104.18 ± 12.29) ve üçüncü kat ya da daha alt katlarda oturan hastaların (104.46 ± 12.84) ameliyat sonrası ikinci günde öz-bakım gücü puan ortalamaları daha yüksek bulundu (Tablo 4.13).

Hastaların ameliyat öncesi hekime başvurma sayıları ile ameliyat sonrası ikinci gün öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark saptandı ($p=0.007$). Hastaların hastaneye başvurma nedenleri ($p=0.465$), şikayetlerin başlama süresi ($p=0.341$), ameliyat öncesi uygulanan tedavi yöntemi ($p=0.315$), LDH ameliyatı öyküsü ($p=0.204$), ailede LDH öyküsü ($p=0.094$), yakınlık durumu ($p=0.265$), kaza ya da travma öyküsü ($p=0.147$), oturduğu konut tipi ($p=0.185$), konutta asansör bulunma durumu ($p=0.191$), apartmanda oturduğu kat

($p=0.892$) ile ameliyat sonrası ikinci günde öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmadı (Tablo 4.13).

Hastaların ameliyat öncesi hekime başvurma sayıları ile ameliyat sonrası onuncu gün öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark saptandı ($p=0.001$). Hastaların hastaneye başvurma nedenleri ($p=0.708$), şikayetlerin başlama süresi ($p=0.263$), ameliyat öncesi uygulanan tedavi yöntemi ($p=0.442$), LDH ameliyatı öyküsü ($p=0.069$), ailede LDH öyküsü ($p=0.062$), yakınlık durumu ($p=0.398$), kaza ya da travma öyküsü ($p=0.222$), oturduğu konut tipi ($p=0.101$), konutta asansör bulunma durumu ($p=0.087$), apartmanda oturduğu kat ($p=0.229$) ile ameliyat sonrası onuncu günde öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmadı (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Hastaların Hastalığına ve Yaşadıkları Ortam Özelliklerine Göre Ameliyat Sonrası Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamaları (n=200)

Hastalık ve Yaşanılan Ortam Özellikleri	n	%	Ameliyat Sonrası 2. Gün $\bar{x}\pm SS$	Ameliyat Sonrası 10. Gün $\bar{x}\pm SS$
Hastaneye Başvurma Nedeni				
Bacağa vuran ağrı	121	60.5	98.46±14.16	101.51±13.55
Bacakta kasılma ve uyuşma	35	17.5	97.66±15.99	101.51±14.75
Yürüme ve oturup kalkmada güçlük	44	22.0	101.23±13.31	103.45±13.12
F			0.770	0.346
p			0.465	0.708
Şikayetlerin Başlama Süresi				
1-6 ay	114	57.0	100.22±13.36	103.27±12.58
7-12 ay	27	13.5	97.37±15.56	99.33±15.31
1 yıldan fazla	59	29.5	97.15±15.40	100.56±14.67
F			1.081	1.346
p			0.341	0.263
Ameliyat Öncesi Hekime Başvurma Süresi				
1-3 kez	133	66.5	100.49±13.62a	104.04±12.33a
4-6 kez	42	21.0	98.90±14.52ab	100.33±15.43ab
7 kez ve üzeri	25	12.5	90.68±15.12b	93.48±13.89b
F			5.161	7.096
p			0.007**	0.001**
Ameliyat Öncesi Uygulanan Tedavi Yöntemi				
İlaç tedavisi	138	69.0	98.20±15.66	101.64±14.64
Fizik tedavi	10	5.0	97.10±10.81	98.60±10.77
Kombine tedavi	23	11.5	98.35±13.51	100.83±14.80
Yok	29	14.5	103.52±6.76	105.41±6.65
F			1.888	0.901
p			0.315	0.442
LDH'ye İlişkin Ameliyat Öyküsü				
Var	22	11.0	99.38±13.75	102.56±12.73
Yok	178	89.0	95.27±18.11	96.95±19.10
t			1.274	1.830
p			0.204	0.069
Ailede LDH Öyküsü				
Var	53	26.5	96.11±15.89	98.94±14.63
Yok	147	73.5	99.95±13.59	103.02±13.13
t			1.681	1.879
p			0.094	0.062
Yakınlık Derecesi (n=53)*				
Birinci derece akraba	29	54.7	93.51±17.61	97.13±16.51
İkinci derece akraba	15	28.3	96.80±12.06	99.60±10.38
Üçüncü derece akraba	9	17.0	101.22±15.17	102.44±15.30
F			2.653	1.843
p			0.265	0.398
Kaza ya da Travma Öyküsü				
Var	30	15.0	95.43±14.35	99.13±14.65
Yok	170	85.0	99.55±14.24	102.44±13.42
t			-1.457	-1.225
p			0.147	0.222
Konut Tipi				
Tek katlı	53	26.5	96.96±13.24	100.40±12.34
İki katlı	27	13.5	96.11±15.16	97.96±15.00
Apartman	120	60.0	100.43±14.46	103.52±13.70
F			1.703	2.324
p			0.185	0.101
Apartmanda Asansör Durumu (n=120)*				
Var	30	25.0	100.33±16.02	101.53±17.33
Yok	90	75.0	100.47±14.00	104.18±12.29
t			1.671	2.468
p			0.191	0.087
Apartmanda Oturulan Kat (n=120)*				
≤3 kat	86	71.7	100.54±14.41	104.46±12.84
>4 kat	34	28.3	100.14±14.79	101.11±15.59
t			0.136	1.209
p			0.892	0.229

*Yüzdeler "n" sayısından hesaplandı. **p<0.01

Hastaların Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Tablo 4.14’de hastaların ameliyat sonrası dönem hastalık algısı ölçeği alt boyutları ile öz-bakım gücü ölçeği puanları arasındaki ilişki yer almaktadır. Hastalık algısı ölçeğinin hastalık tipi/kimlik boyutu toplam puanı ile ameliyat sonrası ikinci gün öz-bakım gücü ölçek puanı arasında negatif yönde “çok zayıf” düzeyde anlamlı ilişki saptandı ($r=-0.175$, $p=0.013$).

Hastalık algısı ölçeğinin hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *süre (akut/kronik)* alt boyutu ile ameliyat sonrası ikinci gün ($r=-0.182$, $p=0.010$) ve onuncu gün öz-bakım gücü puan ortalaması arasında negatif yönde “çok zayıf” düzeyde anlamlı ilişki bulundu ($r=-0.153$, $p=0.031$). HAÖ’nün hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *sonuçlar* alt boyutu ile ameliyat sonrası ikinci gün öz-bakım gücü ölçeği puan ortalaması arasında negatif yönde “zayıf” düzeyde anlamlı ilişki saptandı ($r=-0.274$, $p=0.000$). HAÖ’nün hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *sonuçlar* alt boyutu ile ameliyat sonrası onuncu gün öz-bakım gücü ölçeği puan ortalamaları arasında negatif yönde “çok zayıf” düzeyde anlamlı ilişki saptandı ($r=-0.247$, $p=0.000$). Hastalık algısı ölçeğinin hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel), duygusal temsiller* alt boyutları ile ameliyat sonrası ikinci gün ve onuncu gün öz-bakım gücü ölçeği puan ortalamaları arasında ilişki saptanmadı.

HAÖ’nün hastalık nedenleri boyutunun *psikolojik atıflar* alt boyutu ile ameliyat sonrası ikinci gün ($r=-0.228$, $p=0.001$) ve onuncu gün öz-bakım gücü ölçeği puanları arasında negatif yönde “çok zayıf” düzeyde anlamlı ilişki bulundu ($r=-0.208$, $p=0.003$). HAÖ’nün hastalık nedenleri boyutunun *risk faktörleri* boyutu ile ameliyat sonrası ikinci gün ($r=-0.234$, $p=0.001$) ve onuncu gün öz-bakım gücü ölçeği puanları arasında ($r=-0.228$, $p=0.001$) negatif yönde “çok zayıf” düzeyde anlamlı ilişki bulundu ($r=-0.162$, $p=0.022$). HAÖ’nün hastalık nedenleri boyutunun *bağıışıklık* alt boyutu ile öz-bakım gücü ölçeği puanları arasında negatif yönde “çok zayıf” düzeyde anlamlı ilişki saptandı ($r=-0.220$, $p=0.002$; $r=-0.191$, $p=0.007$). HAÖ’nün hastalık

nedenleri boyutunun *kaza veya şans* alt boyutu ile ameliyat sonrası ikinci gün ($r=-0.322$, $p=0.000$) ve onuncu gün öz-bakım gücü ölçeği puan ortalamaları arasında negatif yönde “zayıf” düzeyde anlamlı ilişki belirlendi ($r=-0.278$, $p=0.000$).

Tablo 14. Hastaların Ameliyat Sonrası Dönem Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (n=200)

Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları	$\bar{x}\pm SS$	Öz-Bakım Gücü 2. Gün		Öz-Bakım Gücü 10. Gün		
		$\bar{x}\pm SS: 98.93\pm 14.30$		$\bar{x}\pm SS: 101.94\pm 13.63$		
		r	p	r	p	
HASTALIK TİPİ/KİMLİK	4.06±2.21	-0.175	0.013*	-0.132	0.062	
HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ	Süre (Akut/Kronik)	12.66±4.45	-0.182	0.010*	-0.153	0.031*
	Sonuçlar	14.42±4.03	-0.274	0.000***	-0.247	0.000***
	Kişisel Kontrol	21.28±3.91	-0.016	0.827	0.020	0.782
	Tedavi Kontrolü	20.02±3.44	0.034	0.633	0.014	0.843
	Hastalığı Anlayabilme	20.07±2.72	0.003	0.970	0.029	0.688
	Süre (Döngüsel)	14.42±3.21	-0.013	0.859	-0.039	0.585
	Duygusal Temsiller	20.51±5.43	-0.055	0.443	-0.107	0.130
HASTALIK NEDENLERİ	Psikolojik Atıflar	15.39±3.48	-0.228	0.001**	-0.208	0.003**
	Risk Faktörleri	16.89±3.60	-0.234	0.001**	-0.162	0.022*
	Bağıışıklık	6.08±1.65	-0.220	0.002**	-0.191	0.007**
	Kaza veya Şans	4.54±1.61	-0.322	0.000***	-0.278	0.000***

r= Pearson korelasyon katsayısı

*p<0.05

**p<0.01

***p<0.001

5. TARTIŞMA

Lomber disk hernisi tedavisinde alternatif tıp yöntemleri, medikal tedavi ve cerrahi tedavi yöntemleri uygulanmaktadır (Çetinkaya, 2015). Hastaların cerrahi tedavi yöntemlerine karar vermeleri oldukça zordur. Hastalar cerrahi tedaviye karar verirken ağrılarının azalacağı, daha az ilaç kullanacakları, öz-bakım ihtiyaçlarını bağımsız karşılayabilecekleri ve yaşam kalitelerinin artacağı gibi tedavi sürecine ilişkin olumlu algılara sahip olabilir (İbiş, 2010; Çıkrıkçioğlu ve Yılmaz, 2015). Hastalar aynı zamanda ameliyat sırasında doku bütünlüğünün bozulması, anestezi ajanlarının bedene alınması, ameliyat sonrası dönemde ağrısının şiddetlenmesi, sakat kalma, iş gücü kaybının olması gibi cerrahi tedaviye ilişkin olumsuz algılara da sahip olabilir (Karadağ ve Aksoy, 2001; İbiş, 2010). Hastaların hastalıkla ilgili algıları, ameliyat sonrası dönemde iyileşme sürecinde öz-bakım aktivitelerinin yerine getirilmesinde oldukça önemlidir (Öztekin ve Sunal, 2015). Hastalığı hakkında olumlu algısı olan hastaların ameliyat sonrasında öz-bakım gücünün daha yüksek olması beklenmektedir. Çalışmamızda lomber disk hernisi nedeniyle ameliyat olan hastaların hastalık algısının öz-bakım gücüne etkisi incelendi.

Çalışma sonucunda, hastaların LDH ameliyatı öncesi ve sonrasında hastalığın başlangıç süresinden itibaren en sık yaşadıkları hastalık belirtilerinin; ağrı, güç kaybı, yorgunluk, uyku güçlüğü ve eklem sertliği olduğu bulundu (Tablo 4.3). Literatürde çalışmamızla benzer olarak lomber disk hernisi tanılı hastaların en fazla ağrı şikayetiyle hastaneye başvurduğu görülmektedir (Dönmez ve ark., 2010; Akca ve ark., 2013; Çıkrıkçioğlu ve Yılmaz, 2015; Strömqvist ve ark., 2016). Bel ağrısı olan 1591 hasta ile yapılan bir çalışma sonucunda hastaların sıklıkla ağrı (%96), uyku güçlüğü (%72) ve eklem sertliği (%60) şikayetlerinin olduğu belirlenmiştir (Foster ve ark., 2008). Hastaların yaşadığı bu semptomlar LDH'de oluşan sinir basısı nedeniyle ortaya çıkan sorunlardır.

Çalışma sonucuna göre LDH tanılı bireylerin HAÖ *hastalık tipi/kimlik* boyutu puan ortalamasının ameliyat sonrası dönemde arttığı ve ameliyat öncesi dönem puanı ile arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (Tablo 4.4). Bu sonuçta hastaların ameliyat sonrası dönemde hastalığıyla ilgili yaşadıkları belirtileri daha fazla ifade etmeleri, ameliyat öncesi dönemde yaşadıkları stres, anksiyete ve

hastane ortamında bulunma gibi nedenlerle şikayetlerini ifade etmekten kaçınmalarının etken olduğu düşünülebilir. Literatürde, LDH tanılı hastaların HAÖ *hastalık tipi/kimlik* boyutuna ilişkin veriye rastlanmamıştır.

Çalışmamızda, HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunda yer alan *süre (akut/kronik), sonuçlar, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme* ve *süre (döngüsel)* alt boyutu puan ortalamalarının ameliyat öncesi döneme göre ameliyat sonrası dönemde ileri düzeyde anlamlı olarak arttığı bulundu (Tablo 4.4). Bel ağrılı bireylerin hastalık algısının altı aylık period ile değerlendirildiği bir çalışmada hastaların HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *süre (akut/kronik), sonuçlar ve tedavi kontrolü* alt boyutları arasında anlamlı fark olduğu bulundu (Foster ve ark., 2008). Bu sonuç hastaların LDH cerrahisi sonrası, süre boyutunda kronikleşme ve hastalığın tekrarlaması konusunda olumsuz algı oluşturduğunu düşündürmektedir. Hastalarda aynı zamanda hastalıkla ilgili kişisel önlemler alma, hastalığı daha iyi anlayabilme ve tedavi konusunda olumlu algı oluşturmaktır.

Çalışmamızda, ameliyat öncesi dönem HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunda yer alan *kişisel kontrol* alt boyutu puan ortalaması ameliyat sonrası döneme göre daha yüksektir (Tablo 4.4). Ancak ameliyat öncesi ve sonrası dönemler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Havakeshian ve Mannion'un (2013) omurga cerrahisi geçiren hastalarla yaptığı çalışmada ameliyat sonrası dönemde hastalar genel sağlık durumlarını daha iyi olarak ifade etmiştir. Çalışmamızdan farklı olarak LDH tanılı hastaların genel sağlık algısının değerlendirildiği bir çalışmada ameliyat sonrası dönemde hastaların sağlıkla ilgili algısının daha olumsuz olduğu belirlenmiştir (Özyürek ve Dramalı, 2003). Foster ve ark.'nın (2008) çalışmasında bel ağrılı bireylerin ağrıyı deneyimleme süresinin artmasıyla hastalık algısının *sonuçlar* alt boyutunun olumsuz olarak etkilendiği belirtilmektedir. Bir başka çalışmada ise ameliyat öncesi dönemde psikolojik sorunların lomber cerrahi sonrasında yaşam kalitesini ciddi olarak olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir (Miller ve ark., 2015). Hastalar ameliyat öncesi dönemde hastalıklarını daha ciddi algılayarak, ameliyat sonrası dönemde iyileşme süreci ile ilgili olumlu düşünceleri artmaktadır.

Ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık nedenleri boyutunun *psikolojik atıflar*, *risk etkenleri*, *kaza veya şans* alt boyutu puan ortalamalarının arttığı bulundu (Tablo 4.4). Hastalık nedenleri boyutunda en yüksek puanı *psikolojik atıflar* alt boyutu, en düşük puanı ise *kaza veya şans* alt boyutu oluşturmaktadır. Konuyla ilgili ameliyat sonrası dönemde yapılan ya da farklı hasta gruplarıyla yapılan çalışmalar araştırmamızla benzerlik göstermektedir (Foster ve ark., 2008; Karadağ, 2013; Özen, 2013; Kepenek, 2014). Çalışmamızdan farklı olarak Ciddi'nin (2010) araştırmasında en yüksek puanı *risk etkenleri* alt boyutu, en düşük puanı *kaza veya şans* alt boyutu oluşturmaktadır. Bu sonuç hastaların hastalık nedenlerini tanımlarken stresin, aşırı çalışmanın etkisinin fazla olduğunu ancak *şans veya kazanın* yaşadıkları sorunda çok fazla etkili olmadığını düşünmelerinden kaynaklanmaktadır.

Araştırmada ilkokul mezunu LDH tanılı hastaların ameliyat öncesi dönemde hastalığın sonuçlarını daha ciddi olarak algıladığı bulundu (Tablo 4.5). Çalışmamızdan farklı olarak, Güz ve ark. (2003) tarafından yapılan çalışmada LDH ameliyatı öncesinde eğitim düzeyi yüksek olan hastalarda kaygı düzeyi yüksek bulunmuştur. Yılmaz ve ark.'nın (2006) LDH tanılı hastalarla yaptığı çalışmada da eğitim düzeyi düşük olan hastaların ameliyata ilişkin beklenti düzeyi düşük bulunmuş ve bu durumun hastaların sağlığına ilişkin olumsuz algılara neden olabileceği belirtilmiştir. Eğitim düzeyi düşük olan hastaların hastalık ve cerrahi sürecine ilişkin yeterli bilgi sahibi olmamaları nedeniyle daha fazla kaygı yaşadıkları düşünülebilir.

Çalışmamızda sigara kullanan LDH tanılı hastaların ameliyat öncesi dönemde hastalığını daha ciddi olarak algıladığı bulundu (Tablo 4.5). Yapılan çalışmalarda sigara kullanımının LDH oluşum riskini artırdığı belirtilmektedir (Miwa ve ark., 2015; Huang ve ark., 2016). Ayrıca ameliyat sonrası dönem hastalık algısının değerlendirildiği başka bir çalışmada, hastalık nedenleri arasında en yüksek faktör sigara olarak belirlenmiştir (Karadağ, 2013). Bu sonuçta sigara kullanımının pek çok hastalığa olumsuz etkisinin olduğunun hastalar tarafından biliniyor olmasının ve ameliyat sonrası dönemde iyileşmeyi geciktireceğini düşünmeleri etkili olabilir.

Köyde yaşayan LDH tanılı hastaların il ve ilçede yaşayan hastalara göre hastalığın sonuçlarını daha ciddi olacak değerlendirdikleri bulundu (Tablo 4.5). Bu

sonucun kırsal bölgede yaşayan hastaların herhangi bir sağlık sorunuyla karşılaştıklarında sağlık kurumlarına ulaşmalarının güç olması ve hastaneye başvurmada güçlük yaşamalarından kaynaklandığı düşünülebilir. Ayrıca köyde yaşayan bireylerin bel bölgesini zorlayıcı aktiviteleri daha fazla yapmak zorunda olması nedeniyle cerrahi veya tıbbi tedavi sonrası beklenen sonuca ulaşamayacağı düşüncesine neden olabilir.

Çalışmamızda LDH ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *süre (döngüsel)* alt boyutu ile hastaların sosyal güvence durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (Tablo 4.6). Sosyal güvencesi olmayan hastalarda özellikle nüks oranı yüksek hastalıkların ekonomik boyutu hastaneye başvurma ve tedavi seçeneği konusunda olumsuz tutumlara neden olacaktır.

Çalışmamızda ameliyat sonrası dönem HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *tedavi kontrol* alt boyutu ile hastaların gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (Tablo 4.6). Hastaların gelir düzeyi yükseldikçe tedaviye ulaşma ve tedavi olanaklarından yararlanma olumlu yönde artacaktır.

Çalışmamızda ameliyat öncesi dönemde bacağı vuran ağrı şikayetiyle hastaneye başvuran hastaların HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *kişisel kontrol* alt boyutu puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.7). Çalışmamızdan farklı olarak Ferreira ve ark.'nın (2011) bel ağrısı olan erişkin bireylerle yürüttüğü çalışmada spinal bölgede ağrı yaşayan bireyler genel sağlık algılarını olumsuz olarak tanımlamıştır. Folman ve ark. (2008) LDH ameliyatı sonrasında hastaların ilk altı hafta içerisinde ağrı skorunun giderek daha azaldığını belirtmiştir. Ağrı hastaların tedavi arayışında önemli bir semptomdur. Hastalık sürecinde ağrı şikâyeti bireyin hastalıkla ilgili kontrol algısını olumlu ya da olumsuz etkilemektedir.

Araştırmamızda hastalara LDH ameliyatı öncesinde uygulanan tedavi yöntemleri ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *sonuçlar* alt boyutu arasında anlamlı fark bulundu (Tablo 4.7). Özyürek ve Dramalı'nın (2003) LDH tanıli hastalarla yaptığı çalışmada, ameliyat öncesi dönemde farklı bir tedavi yöntemi uygulanan hastaların herhangi bir tedavi görmeyen hastalara göre genel sağlık algılamalarının daha yüksek olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı bir farkın

olmadığı belirlenmiştir. Yılmaz ve ark.'nın (2006) çalışmasında ise LDH ameliyatı öncesinde cerrahi dışı tedavi yöntemleri uygulanan hastaların ameliyata ilişkin beklentileri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Bu sonuç hastaların cerrahi dışı tedavi sürecinde olumsuz deneyimler yaşamaları aynı zamanda cerrahi iyileşme sürecine ilişkin olumsuz tutum geliştirdikleri şeklinde açıklanabilir.

Araştırma kapsamına alınan LDH tanılı hastalarda ameliyat öncesi dönem hekime başvurma sayısı arttıkça, hastalığın iyileşmesine ilişkin algılarının daha olumsuz olduğu bulundu (Tablo 4.7). Çalışmamıza benzer olarak LDH tanılı hastalarla yapılan bir çalışmada ameliyat öncesi dönemde hekime üç kez ve üzerinde başvuru yapan hastaların genel sağlık algılamalarının, hekime daha az başvuran hastalara göre daha olumsuz olduğu bulunmuştur (Özyürek ve Dramalı, 2003). Bu sonuç aynı hastalık ile hekime sık başvuran hastalarda iyileşme ile ilgili beklenti düzeyinin azalmasıyla açıklanabilir.

Hastaların LDH ameliyatı öyküsü ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *sonuçlar* alt boyutunda ameliyat öncesi ve sonrası dönem arasında anlamlı fark bulundu (Tablo 4.7). Çalışma sonuçlarımıza benzer olarak, LDH tanılı hastalarla yapılan bir çalışmada ameliyat deneyimi olmayan hastaların genel sağlık algılamalarının ameliyat deneyimi olan hastalara göre daha olumlu olduğu bulunmuştur (Özyürek ve Dramalı, 2003). Bir başka çalışmada ise LDH nedeniyle daha önce ameliyat olan bireylerin cerrahi sürece ilişkin beklenti düzeylerinin azaldığı bulunmuştur (Yılmaz ve ark., 2006). Güz ve ark.'nın çalışmasında (2003) ilk kez LDH nedeniyle cerrahi uygulanan hastaların, LDH ameliyatı deneyimi olan hastalara göre daha fazla kaygılı olduğu bulunmuştur. Aynı hastalık nedeniyle cerrahi girişimin tekrarlanması hastaların sağlık algısını olumsuz yönde etkilemektedir.

Hastaların LDH ameliyatı öncesinde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *tedavi kontrol* alt boyutu ile yaşanan konut tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (Tablo 4.7). Apartmanda yaşayan hastaların tedavi kontrol puanı daha düşük ve olumsuz olarak saptandı. Ameliyat sonrası dönemde ise HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *süre (döngüsel)* alt boyutu ile

hastaların yaşadığı konut tipi arasında istatistiksel olarak oldukça anlamlı fark bulundu (Tablo 4.8). Çalışmamızdan farklı olarak Köçkar ve Uzun'un (2007) LDH ameliyatı olan hastalarda yaptığı çalışmada apartmanda yaşayan hastaların genel sağlık anlayışı puanının yüksek olduğu ancak müstakil evde yaşayan hastalarla arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı belirlendi. Bu sonuç müstakil evde yaşayan hastaların fiziksel hareketinin ve sosyal ilişkilerinin daha iyi olmasıyla açıklanabilir.

Araştırmamızda LDH ameliyatı öncesi hastaların HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *kişisel kontrol* ve *duygusal temsiller* alt boyutlarıyla apartmanda asansör bulunma durumu arasında anlamlı fark bulundu (Tablo 4.7). Köçkar ve Uzun'un (2007) çalışmasında LDH ameliyatı sonrası apartmanında asansör bulunan hastalarda genel sağlık anlayışı puanının yüksek olduğu ancak asansör bulunmama durumu ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı saptandı. Apartmanda asansör olmaması LDH hastalarının günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmelerinde kişisel kontrollerini sağlayamamalarına ve bu nedenle duygusal olarak olumsuz yönde etkilenmelerine neden olduğu düşünülebilir.

Hastalara ameliyat öncesinde uygulanan tedavi yöntemleri ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *duygusal temsiller* alt boyutu arasında anlamlı fark bulundu (Tablo 4.7). Ameliyat öncesi fizik tedavi ve ilaç tedavisi gibi cerrahi dışı tedavi uygulanan hastaların ameliyata ilişkin beklentilerinin düşük olduğu ve daha fazla endişe yaşadıkları düşünülebilir.

Çalışmamızda ameliyat sonrası dönemde hastaların hastaneye başvurma nedenleri ve HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *hastalığı anlayabilme* alt boyutu ile arasında anlamlı bir fark bulundu (Tablo 4.8). LDH tanısı için ağrı önemli bir belirtidir (Akca ve ark., 2013; Strömqvist ve ark., 2016). Bu nedenle tanısı belirlenmiş hastaların ağrıyı hastalık ile ilişkilendirmeleri beklenen bir sonuçtur.

Çalışmamızda ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık nedenleri boyutunun *psikolojik atıflar* alt boyutu ile hastaların medeni durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (Tablo 4.9). LDH tanılı hastalarla yapılan bir çalışmada bekar hastaların evli hastalara göre genel sağlık anlayışının daha olumlu olduğu ancak sosyal desteklerinin daha az olduğu bulunmuştur (Köçkar ve Uzun, 2007). Ameliyat

öncesi dönemde bekar hastaların sosyal desteğinin daha az olma ihtimali nedeniyle hastalığı psikolojik nedenlerle ilişkilendirdikleri düşünülebilir.

Çalışmamızda ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hastaların sigara kullanma durumu ile HAÖ hastalık nedenleri boyutunun *kaza veya şans* boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (Tablo 4.9 ve Tablo 4.10). Literatürde sigara kullanımının LDH oluşumunda olumsuz etkisi belirtilmiştir (Shin, 2014; Miwa ve ark., 2015). Ancak kişilerin sigara tüketimine bağlı hastalıklar konusunda duyarsız olmaları ve yaşadıkları sağlık sorunlarını şanssızlık olarak açıklamaları sık karşılaşılan durumlardır.

Çalışmamızda, hastaların LDH ameliyatı sonrası ikinci güne göre onuncu günde öz-bakım gücü puan ortalamaları daha yüksek olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu (Tablo 4.11). Çalışmamızda literatürle benzer olarak hastaların öz-bakım gücü puan ortalamaları orta düzeyde bulunmuştur (Uzun ve ark., 2009; Sarıtaş, 2011). Ayrıca Cebeci'nin (2004) koroner arter by-pass grefti, Üstündağ ve Zengin'in (2008) baş ve boyun kanseri ameliyatı, Nart'ın (2013) açık kalp ameliyatı, Eraydın'ın (2016) ostomi cerrahisi sonrası, Gün'ün (2011) histerektomi sonrası hastalarla ve Bıçakçı'nın (2010) doğum sonrası annelerle yaptığı çalışmalarda da öz-bakım gücü puan ortalamaları orta düzeyde saptanmıştır. Çalışmamızdan farklı olarak kalça kırığı sonrası protez uygulanan yaşlı hastalarla yürütülen bir çalışmada hastaların öz-bakım gücünün düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir (Korkmaz, 2011). Çalışmamızın sonuçları doğrultusunda hastaların ameliyat sonrası erken dönemde günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmek için aile bireylerinden destek alarak öz-bakım gereksinimlerini temel düzeyde karşılayabildiklerini düşünülebilir. Hastaların ameliyat sonrası geç dönemde ise bireysel bağımsızlıklarını kazanmaları sonucu öz-bakım gücü puan ortalamaları daha yüksek olması beklenen bir durumdur.

Araştırmamızda LDH ameliyatı sonrası ikinci ve onuncu günde 38-47 yaş aralığındaki hastaların öz-bakım gücü puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.12). Literatürde hastaların yaşlarının arttıkça öz-bakım gücünün arttığı çalışmalar bulunurken; aksine yaşın ilerlemesiyle öz-bakım gücünün azaldığı çalışmalar da bulunmaktadır (Kepenek, 2014; Eraydın, 2016). Ayrıca yaş ve öz-

bakım gücü arasında ilişki olmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur (Bakoğlu ve Yetkin, 2000; Akyol ve Karadakovan, 2002; Üstündağ ve Zengin, 2008; Gül ve ark., 2010; Yaman ve Bulut, 2010). Bu farklılığın hastalığın türü, şiddeti, süresi gibi çeşitli etkenlerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu çalışmada hastalığın görüldüğü yaş grubunun genç olması ve ameliyat sonrası dönemde hastaların bakım ihtiyaçlarını kendilerinin karşılayabilmek konusunda daha istekli olmaları nedeniyle öz-bakım gücü puanlarının olumlu olduğu düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan LDH tanılı hastaların eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olanların ameliyat sonrası ikinci ve onuncu günde öz-bakım gücü puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.12). Eraydın'ın (2016) stoma cerrahi sonrası hastalarla yaptığı çalışmada eğitim düzeyinin artmasıyla öz-bakım gücünün arttığı bulunmuştur. Çalışmamızdan farklı olarak Gül ve ark.'nın (2010) böbrek nakli olan hastalarla yaptığı çalışmada eğitim düzeyi ve öz-bakım gücü arasında ilişki bulunmamıştır. Üniversite ve üzeri düzeyde eğitim alan LDH tanılı hastaların, öz-bakım gücünün daha fazla olmasının nedeninin hastalıkları hakkında daha bilinçli olmaları ve olumlu sağlık davranışları geliştirme çabalarıyla ilgili olduğu düşünülmektedir. Eğitim seviyesi düşük olan hastalarda öz-bakım gücü puanının düşük olmasında ise genel sağlık bilgilerinin ve beklentilerinin az olması, sağlığı koruma, geliştirme ve sürdürmede yeterli bilgi ve beceriye sahip olmamalarının etkili olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda ilçede yaşayan LDH tanılı hastaların öz-bakım gücü puan ortalaması il ve köy/kasabada yaşayan hastalara göre hem ameliyat sonrası ikinci hem de onuncu günde daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.12). Çalışmamız literatürden farklılık göstermektedir. Yapılan çalışmalarda il merkezinde yaşayan hastaların ilçe ve köyde yaşayan hastalara göre öz-bakım gücünün daha yüksek olduğu görülmektedir (Bakoğlu ve Yetkin, 2000; Yaman ve Bulut, 2010; Eraydın, 2016). Bu sonuç araştırmanın yapıldığı yerde coğrafi şartlar nedeniyle köylerin dağınık yerleşimi, yaşam alanlarının birbirinden uzak olması nedeniyle hastalar temel öz-bakım gereksinimlerini karşılayıncaya kadar ilçe veya ilde yaşayan yakınlarının yakında kalmaları ile açıklanabilir.

Çalışmamızda hastaların gelir düzeyleri arttıkça öz-bakım gücü puan ortalamasının ameliyat sonrası ikinci ve onuncu günde yükseldiği bulundu (Tablo 4.12). Literatürde farklı hasta gruplarıyla yapılan çalışmalarda maddi durumun yeterli olması durumunun öz-bakım gücünü artırdığı belirtilmiştir (Bakoğlu ve Yetkin, 2000; Yaman ve Bulut, 2010). Hastaların gelir düzeyinin yüksek olması ameliyat sonrası dönemde bakım masraflarını daha kolay karşılamasını sağlayacaktır.

Hastaların ameliyat öncesi dönemde hekime başvurma sayıları arttıkça ameliyat sonrası dönemde öz-bakım gücü puan ortalamalarının azaldığı ve farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulundu (Tablo 4.13). Ameliyat öncesinde sık hekime gitme veya cerrahi sürecine geç karar verme hastalarda öz-bakımını gerçekleştirememeye korkusu yaratarak bakıma etkin katılmayı engelleyebilir.

Çalışmamız sonucunda LDH ameliyatı deneyimi olan hastaların öz-bakım gücü puan ortalamaları ameliyat deneyimi olmayan hastalara göre daha düşük bulundu (Tablo 4.13). Ancak LDH ameliyatı öyküsüne göre öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Yapılan bir çalışmaya göre LDH ameliyatı sonrasında hastaların %27'si kendini hiç iyi olmamış, %10'u bir-altı ay boyunca iyi, %63'u ise altı ay ve üzeri süredir iyi olarak tanımlamıştır (Gökoğlu ve ark., 2001). Aynı cerrahi tedaviyi daha önceden deneyimleme, bireylerin iyileşme sürecine olan inançlarını azaltarak kendilerini daha güçsüz hissetmelerine neden olabileceği düşünülebilir.

Kaza veya travma öyküsü olan LDH tanılı hastaların öz-bakım gücü puan ortalamalarının daha düşük olduğu ve farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptandı (Tablo 4.13). Bu sonuç literatürde yer alan bel bölgesine yönelik travmanın LDH riskini arttırdığını gösteren çalışmalarla desteklenebilir (Aydoğan, 2005). LDH tanılı bireylerin yaşadıkları kaza veya travma deneyimi nedeniyle iyileşme sürecinin olumsuz olacağını düşünmeleri ve buna bağlı olarak öz- bakım gücünün daha düşük bulunduğu tahmin edilmektedir.

Araştırmamızda HAÖ'nün *hastalık tipi* alt boyutu toplam puanı ile ameliyat sonrası ikinci gün öz-bakım gücü ölçeği puanı arasında negatif yönde çok zayıf ilişki bulundu (Tablo 4.14). Ancak siroz hastalarıyla yapılmış bir çalışmada öz-bakım gücü ve *hastalık tipi* alt boyutu puanları arasında da negatif yönde zayıf ilişki

bulunmuştur. Lomber disk hernisine bağlı bu sonuç HAÖ'nün *hastalık tipi* alt boyutunda yer alan semptomların büyük oranda LDH semptomlarını içermemesinin etkili olduğu düşünülebilir.

Araştırmamızda HAÖ'nün hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *süre (akut/kronik)* boyutu ile ameliyat sonrası ikinci gün ve onuncu gün öz-bakım gücü puan ortalaması arasında negatif yönde çok zayıf ilişki saptandı (Tablo 4.14). LDH tanılı hastaların ameliyat öncesi dönemde değerlendirildiği bir çalışmada ameliyata ilişkin beklenti düzeyi düşük bulunmuş ve bu durumun hastaların sağlığına ilişkin olumsuz algılara neden olabileceği belirtilmiştir (Yılmaz ve ark., 2006). Cerrahi tedavi öncesinde uzun süreli fizik tedavi ve ilaç tedavisi uygulanması nedeniyle LDH hastalığının kronik bir hastalık olarak değerlendirilmesine yol açmaktadır. Bu nedenle hastalığın süre olarak akut ya da kronik olarak algılanması ile öz-bakım gücü arasında ilişki olmadığı düşünülebilir.

Araştırmamızda HAÖ'nün hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *sonuçlar* boyutu ile ameliyat sonrası ikinci gün ve onuncu gün öz-bakım gücü ölçeği puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki saptandı (Tablo 4.14). Bu sonuç LDH ameliyatı sonuçlarının hastalar tarafından ciddi sorunlara yol açmayacağı ve öz-bakım güçlerini kazanmalarında olumsuz bir durum yaşamayacaklarının düşünülmesinin etkisi olduğu düşünülebilir.

Araştırmamızda HAÖ'nün hastalık nedenleri boyutunun *psikolojik atıflar, risk faktörleri, bağışıklık* alt boyutlarıyla ameliyat sonrası ikinci günde öz-bakım gücü ölçeği puanları arasında negatif yönde çok zayıf düzeyde ve *kaza veya şans boyutu* ile negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulundu (Tablo 4.14). Ameliyat sonrası onuncu günde HAÖ'nün hastalık nedenleri boyutunun *psikolojik atıflar, risk faktörleri, bağışıklık* alt boyutlarıyla öz-bakım gücü ölçeği puanları arasında negatif yönde çok zayıf düzeyde ve *kaza veya şans boyutu* ile negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulundu. Siroz hastalarıyla yapılan bir çalışmada hastalık nedenleri boyutu incelendiğinde, öz-bakım gücü ölçeği ile *psikolojik atıflar, risk faktörleri ve bağışıklık* alt boyutları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır. Çalışmamızdan farklı olarak aynı çalışmada *kaza veya şans* alt boyutu ile öz-bakım gücü ölçeği arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki

bulunmuştur (Kepenek, 2014). Bu sonuç LDH hastalığının bağışıklık, psikolojik durum, risk faktörleri ile ilgili olmadığını, kazalar veya travmatik durumlar nedeniyle yaşanan şanssızlığın hastalar tarafından hastalıkla ilişkilendirildiğini düşündürmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Lomber disk hernisi nedeniyle ameliyat olan hastaların hastalık algısının öz-bakım gücüne etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar dört başlık altında verildi.

- Hastaların tanıtıcı özelliklerine, hastalığa ve yaşadıkları ortama ilişkin sonuçlar
- Hastaların hastalık algısı ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamalarına ilişkin sonuçlar
- Hastaların öz-bakım gücü ölçeğine ilişkin sonuçlar
- Hastaların hastalık algısı ölçeği alt boyutları ve öz-bakım gücü ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişkiye ait sonuçlar

Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine, Hastalığa ve Yaşadıkları Ortama İlişkin Sonuçlar

• Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 47.52 ± 9.68 'dir. Hastaların %51.5'i kadın, %36'sı 48-57 yaş aralığında ve %93.5'i evlidir. Hastaların %37.5'i ilkokul mezunu, %45.5'i ev hanımı ve %96'sı sosyal güvencelidir. Hastaların %74.5'inin sigara alışkanlığının olmadığı, %72'sinin kronik hastalığının bulunmadığı, %38.5'inin ilde yaşadığı ve %66'sının gelir gider durumunun eşit olduğu belirlendi (Tablo 4.1).

• Lomber disk hernili hastaların hastaneye en sık olarak bacağı vuran ağrı şikayetiyle başvurduğu belirlendi (%60.5). Hastaların %57'sinin hastalık şikayetlerinin başlama süresinin bir ile altı ay arasında olduğu ve %66.5'inin ameliyat öncesi hekime bir ya da üç kez başvurduğu belirlendi. Hastaların %69'una cerrahi tedavi öncesinde ilaç tedavisi uygulandığı ve %89'unun daha önceden LDH ameliyatı geçirmediği saptandı. Hastaların %73.5'inin ailesinde LDH öyküsü olmadığı ve LDH öyküsü olanlarınsa %54.7'sinin birinci derece akrabalarında bu hastalığın olduğu bulundu. Hastaların %85'inin yaşamları boyunca bel bölgesi hasarına neden olabilecek herhangi bir kaza ya da travma geçirmediği saptandı (Tablo 4.2).

- Hastaların %60'ının apartman dairesinde yaşadığı, apartmanda yaşayan bireylerin %75'inin yaşadığı binada asansör olmadığı, %71.7'sinin üçüncü kat veya daha alt katlarda yaşadığı belirlendi (Tablo 4.2).

Hastaların Hastalık Algısı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarına İlişkin Sonuçlar

- Lomber disk hernili hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönemde en sık olarak yaşadıkları ve hastalıkla ilişkilendirdikleri hastalık belirtilerinin sırasıyla ağrı, güç kaybı, yorgunluk, uyku güçlüğü ve eklem sertliği olduğu belirlendi (Tablo 4.3).

- Ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık tipi/kimlik boyutunun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (Tablo 4.4).

- Araştırmada HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunda yer alan *süre (akut/kronik)*, *kişisel kontrol*, *tedavi kontrolü*, *hastalığı anlayabilme* ve *süre (döngüsel)* alt boyutlarının puan ortalamaları arasında ameliyat öncesi ve sonrası dönemde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark saptandı (Tablo 4.4).

- Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunda yer alan *sonuçlar* alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (Tablo 4.4).

- Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde HAÖ hastalık nedenleri boyutunun alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 4.4).

- Ameliyat öncesi dönemde hastaların eğitim durumu ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *sonuçlar* alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (Tablo 4.5).

- Hastaların gelir durumu ile ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *tedavi kontrol* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (Tablo 4.6).

- Hastaların yaşadıkları yer ile ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *sonuçlar* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (Tablo 4.6).

- Hastalarda hekime başvurma süresi ile ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *sonuçlar* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (Tablo 4.7).

- Hastalarda hastaneye başvurma nedeni ile ameliyat öncesi dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *kişisel kontrol* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark saptandı (Tablo 4.7).

- Hastalarda hastaneye başvurma nedeni ile ameliyat sonrası dönemde HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *hastalığı anlayabilme* alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (Tablo 4.8).

- Hastaların ameliyat öncesi dönemde medeni durum, eğitim düzeyi, sosyal güvence durumu ile HAÖ'nün hastalık nedenleri boyutunun *psikolojik atıflar* alt boyutu arasında anlamlı fark bulundu (Tablo 4.9).

- Hastaların ameliyat öncesi dönemde eğitim düzeyi ile HAÖ'nün hastalık nedenleri boyutunun *bağıışıklık* alt boyutu arasında anlamlı fark bulundu (Tablo 4.9).

- Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönemde sigara alışkanlığı ile HAÖ'nün hastalık nedenleri boyutunun *kaza veya şans* alt boyutu arasında anlamlı fark bulundu (Tablo 4.9-4.10).

- Hastaların ameliyat sonrası dönemde eğitim düzeyi ve sosyal güvence durumu ile HAÖ'nün hastalık nedenleri boyutunun *psikolojik atıflar* alt boyutu arasında anlamlı fark bulundu (Tablo 4.10).

- Araştırmada hastaların yaşadığı yer ile ameliyat sonrası dönemde HAÖ'nün hastalık nedenleri boyutunun *bağıışıklık* alt boyutu arasında anlamlı fark bulundu (Tablo 4.10).

Hastaların Öz-Bakım Gücü Ölçeğine İlişkin Sonuçlar

- Araştırma sonucuna göre LDH ameliyatı olan hastaların öz-bakım gücü orta düzeydedir. Hastalarda ameliyat sonrası onuncu günde öz-bakım gücü puanının arttığı ve ameliyat sonrası ikinci gün ile arasında istatistiksel olarak oldukça ileri düzeyde anlamlı fark belirlendi (Tablo 4.11).

- Ameliyat sonrası dönemde 38-47 yaş grubundaki hastaların öz-bakım gücü daha yüksek ve diğer yaş gruplarıyla arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (Tablo 4.12).

- Hastaların eğitim düzeyleri ile ameliyat sonrası ikinci ve onuncu günlerde öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark bulundu (Tablo 4.12).

- Hastaların yaşadığı yer ile ameliyat sonrası dönemde öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptandı (Tablo 4.12).

- Hastaların yaşadığı yer ile ameliyat sonrası ikinci günde öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanırken, ameliyat sonrası onuncu günde öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (Tablo 4.12).

- Hastaların ameliyat öncesi hekime başvurma sayıları ile ameliyat sonrası dönemde öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı fark saptandı (Tablo 4.13).

Hastaların Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Ait Sonuçlar

- Araştırmada HAÖ'nün hastalık tipi/kimlik boyutu toplam puanı ile LDH ameliyatı sonrası ikinci gün öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında negatif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulundu (Tablo 4.14).

- Araştırmada HAÖ'nün hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *süre (akut)* alt boyutu ile ameliyat sonrası ikinci gün ve onuncu gün öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında negatif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı ilişki belirlendi (Tablo 4.14).

- Çalışma sonucunda HAÖ'nün hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun *sonuçlar* alt boyutu ile ameliyat sonrası dönemde öz-bakım gücü ölçeği puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulundu (Tablo 4.14).

- Hastalarda HAÖ'nün hastalık nedenleri boyutunun *psikolojik atıflar, risk faktörleri, bağışıklık* alt boyutu ile ameliyat sonrası ikinci gün ve onuncu gün öz-bakım gücü ölçeği puan ortalamaları arasında negatif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulundu (Tablo 4.14).

- Hastalarda HAÖ'nün hastalık nedenleri boyutunun *kaza veya şans* alt boyutu ile ameliyat sonrası ikinci gün ve onuncu gün öz-bakım gücü ölçeği puan

ortalamları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki belirlendi (Tablo 4.14).

- Lomber disk hernisi ameliyatı olan hastalarda hastalık algısı ve öz-bakım gücü arasında güçlü bir ilişki bulunmadı.

6.2. Öneriler

Araştırma sonuçları doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunuldu.

- Hastalık algısı ile öz-bakım gücü arasında zayıf ilişki saptanmış olmasına karşın olumlu yöndeki hastalık algısının bireylerin tedavi sürecine daha etkin katılımını sağlaması nedeniyle ameliyat öncesi dönemde hasta ve ailesine danışmanlık yapılarak hastalık hakkındaki algıları değerlendirilmelidir.

- Ameliyat öncesi dönemde hastalara ameliyat sürecine ve öz-bakım gücünü artırmaya yönelik eğitimler planlanmalıdır.

- Hastaların hastalığıyla ilgili risk faktörleri ameliyat öncesi dönemde belirlenmeli ve değiştirilebilir risk faktörleri sağlık personeli tarafından kontrol edilmelidir.

- Lomber disk hernisi ameliyatı olan hastaların hastalık algısının öz-bakım gücüne olan etkisi daha büyük örnekleme, daha uzun süreli ve farklı beyin ve sinir cerrahi klinik/polikliniklerinde çalışılmalıdır.

KAYNAKLAR

Akbaş N.B. (2008). Lomber disk hastalığında cinsel tavsiyeler. Erişim : 30 Haziran 2016, Türk Nöroşirurji Derneği Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi Öğretim ve Eğitim Grubu Bülteni Ağ Sitesi: <http://www.turknorosirurji.org.tr/TNDDData/Books/71/spinal-ve-periferik-sinir-cerrahisi-nisan-2008-sayi39.pdf>

Akca NK, Aydın G, Gümüş K. (2013). Lomber disk hernili hastaların vücut mekanikleri bilgi düzeyleri ile ağrı şiddeti arasındaki ilişki. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 66-77.

Akyol AD, Karadakovan A. (2002). Hemodiyalize giren hastaların yaşam kalitesi ve öz-bakım gücü ile bunlar üzerine etkili değişkenlerin incelenmesi. *Ege Tıp Dergisi*, 2, 97-106.

Akyüz N. (2015). Nöroşirürjide cerrahi girişim öncesi, sırası ve sonrası hemşirelik bakımı. Öztekin S.D. (Ed.). Nöroşirürji Hemşireliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. S:271-280.

Armay Z, Özkan M, Kocaman N, Özkan S. (2007). Hastalık Algısı Ölçeği'nin Kanser Hastalarında Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, (10), 192-200.

Armay Z. (2006). Hastalık Algısı Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Axial Skeleton. Erişim: 30 Haziran 2016, <http://droualb.faculty.mjc.edu/Course%20Materials/Elementary%20Anatomy%20and%20Physiology%2050/Lecture%20outlines/skeletal%20system%20I%20with%20figures.htm>

Aydoğan N. (2005). Lomber Disk Hernisi Nedeniyle Cerrahi Girişim Uygulanan Hastaların Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimleri. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Bakoğlu E, Yetkin A. (2000). Hipertansiyonlu hastaların öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. *C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(1), 41-49.

Bayraktar N. (2016). Nöroşirürjide Bakım. Elbaş N.Ö. (Ed.). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Akıl Notları. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri. S:9-28.

Bıçakçı H. (2010). Doğum Sonrası Annelerin Öz-Bakım Gücünün Hastane Taburculuğuna Hazır Oluşluklarına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.

Bogduk N. (2005). Clinical anatomy of the lumbar spine and sacrum. *Elsevier Health Sciences*. S:1-10.

Bono CM, Schoenfeld A. (2011). Lumbar Disc Herniations. Herkowitz HN, Garfin SR, Eismont FJ, Bell GR ve Balderston RA. (Ed.). Rothman-Simeone The Spine. S:887-914.

Callaghan DM. (2003). Health-promoting self-care behaviors, self-care self-efficacy, and self-care agency. *Nursing Science Quarterly*, 16(3), 247-254.

Cebeci F. (2004). Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastalara Verilen Taburculuk Eğitimi ve Danışmanlık Hizmetinin Öz-Bakım Gücüne, Anksiyete ve Depresyon Durumuna Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Ciddi S. (2010). Kalp Yetmezliği Olan Bireylerde Cinsiyetin Hastalık Algısına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

Coşansu G. (2014). Verilerin Analizi ve Yorumlanması. Erdoğan S., Nahcivan N., Esin M.N. (Ed.). Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Kritik. S:271.

Çetinkaya MY. (2015). Disk hernisi cerrahisi ve hemşirelik bakımı. *Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics*, 1(2), 100-106.

Çıkrıkçıoğlu HY, Yılmaz E. (2015). Lomber disk hernili hastalarda fonksiyonel yetersizlik ve yaşam kalitesinin ameliyata karar verme sürecine etkisi. 9. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongre Kitabı, S:252.

Çilingir D, Hintistan S, Yiğitbaş Ç, Nural N. (2014). Nonmedical methods to relieve low back pain caused by lumbar disc herniation: a descriptive study in northeastern Turkey. *Pain Management Nursing*, 15(2), 449-457.

Demirdağ F, Ediz L, Özgür A, Tekeoğlu İ. (2011). Kronik lomber disk hernili hastaların tedavisinde tens ile elektroakupunktur tedavisinin karşılaştırılması. *Van Tıp Dergisi*, 18(1), 15-19.

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

Dündar Ü, Solak Ö, Demirdal ÜS, Toktaş H, Kavuncu V. (2009). Kronik bel ağrılı hastalarda ağrı, yeti yitimi ve depresyonun yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Genel Tıp Dergisi*, 19(3), 99-104.

Eraydın C. (2016). Stomalı Hastalarda Öz Bakım Gücünün Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul.

Erdil F. (2012). Sinir Sistemi Cerrahisi ve Hemşirelik Bakımı. Erdil F, Elbaş NÖ. (Ed.). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Ankara: Aydoğdu Ofset. S:270-293.

Erdoğan E. Lomber Disk Hernileri. Erişim: 15 Ağustos 2016, <http://www.beyincerrahisi.org/TR,557/lomber-disk-hernileri.html>

Erhan B, Gündüz B, Üstünel S, Savaş F. (2009). Low back pain in athletes: common problems and conservative treatment. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 5(4), 127-131.

Ferreira GD, Silva MC, Rombaldi AJ, Wrege ED, Siqueira FV, Hallal PC. (2011). Prevalence and associated factors of back pain in adults from southern Brazil: a population-based study. *Rev Bras Fisioter*, 15(1):31-36.

Folman Y, Shabat S, Catz A, Gepstein R. (2008). Late Results of Surgery for Herniated Lumbar Disk as Related to Duration of Preoperative Symptoms and Type of Herniation. *Surgical Neurology*, 70, 398-402.

Foster NE, Bishop A, Thomas E, Main C, Horne R, Weinman J, Hay E. (2008). Illness perceptions of low back pain patients in primary care: what are they, do they change and are they associated with outcome?. *Pain*, 136(1), 177-187.

Gökoğlu F, Yorgancıoğlu R, Koca C. (2001). Operasyon sonrası lomber disk herniasyonlu hastaların değerlendirilmesi. *Fiziksel Tıp*, 4(2-3), 119-123

Gül A, Üstündağ H, Zengin N. (2010). Böbrek nakli yapılan hastalarda öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 20(1), 7-11.

Gültekin M, Boztaş G.(Ed.) (2014). Türkiye Kanser İstatistikleri Yıllığı.. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Erişim: 02 Kasım 2016, <http://kanser.gov.tr/Dosya/caistatistik/2009kanseraporu.pdf>

Gün Ç. (2011). Histerektomili Hastalarda Benlik Saygısının Öz-Bakım Gücüne Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.

Gürgöze M. (2015). Omurga Yaralanmaları. Gürgöze M. (Ed.). Omurilik Yaralanmalarında Rehabilitasyon. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. S:17-67.

Güven MB, Çırak B, Işık HS, Kıymaz N. (1999). Lomber disk hernilerinde retrospektif bir çalışma. *Van Tıp Dergisi*, 6(1), 20-23.

Güz H, Doğanay Z, Güz T. (2003). Lomber disk hernisi nedeniyle ameliyat olan hastalarda ameliyat öncesi anksiyete. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 40(1-2), 36-39.

Havakeshian S, Mannion AF. (2013). Negative beliefs and psychological disturbance in spine surgery patients: a cause or consequence of a poor treatment outcome? *European Spine Journal*, 22(12), 2827-2835.

Huang W, Qian Y, Zheng K, Yu L, Yu X. (2016). Is smoking a risk factor for lumbar disc herniation? *European Spine Journal*, 25, 168-176.

İbiş ÇK. (2010). Kronik Bel Ağrısı Olan Hastaların Cerrahi Tedavi Hakkındaki Düşüncelerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyonkarahisar.

İlhan MN, Aksakal FN, Kaptan H, Ceylan MN, Durukan E, İlhan F. ve ark. (2010). Birinci basamakta yaşam boyu bel ağrısı sıklığı ve ilişkili sosyal ve mesleki risk etmenleri. *Gazi Medical Journal*, 21(3), 107-110.

İlhan SE. (2007). Sinir Sistemi Bakım Planları. Akbayrak N. (Ed.). Hemşirelik Bakım Planları (Dâhiliye-Cerrahi Hemşireliği ve Psiko-Sosyal Boyut). Ankara: Alter Yayıncılık. S:895-980.

Karabacak Ü, Yılmaz E. (2014). Sağlık Değerlendirilmesi Esasları. Aslan FE. (Ed.). Sağlık Değerlendirilmesi. İstanbul: Acıbadem Üniversitesi Yayını. S:9-21.

Karabekir HS, Emel E, Atar EK, Yıldızhan K. (2007). Is age a prognostic factor of postoperative outcome of lumbar disc herniation operations? *Neurosciences*, 12(4), 282-284.

Karadağ M, Aksoy G. (2001). Lomber disk herni ameliyatı öncesi ve sonrasında sorunlarla baş etmede hemşirenin rolü. *HEMAR-GE*, (1), 49-58.

Karadağ S. (2013). Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Algısının Ameliyat Sonrası Yoğun Bakım Deneyimine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.

Karadokovan A. (2014). Sinir Sisteminin Tanılama Yöntemleri. Karadokovan A, Aslan EF. (Ed.). Dâhili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi. S:1105-1122.

Kearney BY, Fleischer BJ. (1979). Development of an instrument to measure exercise of self care agency. *Research in Nursing & Health*, 2(1), 25-34.

Kepenek B. (2014). Sirozlu Hastalarda Öz Bakım Gücü ile Hastalık Algısı Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.

Kıymaz N, Mumcu Ç, Arslan M. (2003). Nöroşirürji Polikliniğine Başvuran Bel ev/veya Bacak Ağrılı Hastaların Değerlendirilmesi. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 9-12.

Korkmaz FD. (2014). Baştan Ayağa Sistematik Değerlendirme. Aslan FE. (Ed.). Sağlıkın Değerlendirilmesi. İstanbul: Acıbadem Üniversitesi Yayını. S:197-219.

Korkmaz S. (2011). Kalça Kırığı Nedeniyle Protez Uygulanan Yaşlı Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterliliğin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Köçkar Ç, Uzun Ö. (2007). Lomber disk herni ameliyatı olan hastalarda algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 10(4), 30-41.

Laymans medicine herniated disc. Erişim: 13 Ekim 2016, <http://neufeldlawfirm.com/laymans-medicine-herniated-disc/>

Lumbar microdiscectomy. Erişim: 17 Ekim 2016, <http://www.precisionneurosurgery.com.au/services/neurosurgery-and-spinal-surgery-services/treatments/lumbar-microdiscectomy>

Miller JA, Derakhshan A, Lubelski D, Alvin MD, Mcgirt MJ, Benzel EC. ve ark. (2015). The impact of preoperative depression on quality of life outcomes after lumbar surgery. *The Spine Journal*, 15, 58-64.

Miwa S, Yokogawa A, Kobayashi T, Nishimura T, Igarashi K, Inatani H, Tsuchiya H. (2015). Risk factors of recurrent lumbar disk herniation: a single center study and review of the literature. *Clinical Spine Surgery*, 28(5), 265-269.

Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, Buick L. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17, 1–16.

Nahcivan NO. (2004). A Turkish language equivalence of the exercise of self-care agency scale. *Western Journal of Nursing Research*, 26(7), 813-824.

Nahcivan NÖ. (1993). Sağlıklı Gençlerde Öz-bakım Gücü ve Aile Ortamının Etkisi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Nart M. (2013). Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Mobilize Olan Hastalarda Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.

Ocak FDM, Karaaslan M, Tutar İ, Konuralp N, Güzelant AY, Özgüzel H, Merkezi EG. (2007). Lomber disk hernilerinde konservatif tedavi etkinliğinin klinik parametreler ve manyetik rezonans görüntüleme yöntemi ile değerlendirilmesi. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, 53, 108-112.

Oktay AA. (2011). Hemodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısı ve Umutsuzluk Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, Harran Üniversitesi, Şanlıurfa.

Öktenoğlu T. (2011) Lomber Omurganın ve Lomber Diskin Biyomekaniği. Erişim: 30 Haziran 2016,

<http://www.turknorosirurji.org.tr/TNDDData/Books/196/lomber-omurganin-velomber-diskin-biyomekanigi.pdf>

Özbayır T. (2014). Nörolojik Travmalar. Karadakovan A, Aslan E.F. (Ed.). Dâhili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi. S: 1199-1225.

Özen Ş. (2013). Multiple Sklerozlu Hastalarda Hastalık Algısının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.

Öztekin SD, Sunal N. (2015). Boyun ve Omurilik Yaralanmaları: Tanılama, Tedavi ve Bakımda Temel İlkeler. Öztekin S.D. (Ed.). Nöroşirurji Hemşireliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. S:105-134.

Özyürek P, Dramalı A. (2003). Lomber disk ameliyatı olmuş erişkin hastaların genel sağlık statüsü boyutlarının ölçülmesi. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 6(5), 6-14.

Saban KL, Penckofer SM. (2007). Patient expectations of quality of life following lumbar spinal surgery. *Journal of Neuroscience Nursing*, 39(3), 180-189.

Sarıtaş S. (2011). Lomber Disk Hernisi Ameliyatı Olan Hastalara Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesi Öz-Bakım Gücü ve Cinsel Doyum Üzerine Etkisi. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.

Shin B. (2014). Risk factors for recurrent lumbar disc herniations. *Asian Spine J*, 8(2), 211-215.

Strömquist F, Strömquist B, Jönsson B, Karlsson M. (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.

Sucu HK, Bezircioğlu H, Demirçivi F, Tektaş Ş. (2002). Lomber disk hernilerinde lezyon özellikleri ve semptomatoloji ilişkisi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 9(3), 179-183.

Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. (2009). Biyoistatistik. Ankara Hatiboğlu Yayınevi. S:245-266.

Types of Skeletal Systems. Erişim: 15 Ağustos 2016, <https://cnx.org/contentsn/185cbf87-c72e-48f5-b51e-f14f21b5eabd@9.64:199/Types-of-Skeletal-Systems>

Uzun Ö, Koçak A, Önal SÇ, Ak E, Durak MA. (2009). Lomber disk cerrahisi geçiren hastaların yaşam kalitesi ve öz bakım gücünün değerlendirilmesi. *Türk Nöroşirurji Dergisi*, 19, 233.

Uzun Ö. (2010). Lomber disk hernili hastaların bel ağrısı için kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin incelenmesi. *Sendrom Aktüel Tıp Dergisi*, 22(3), 51-56.

Üstündağ H, Zengin N. (2008). Baş boyun kanseri nedeni ile cerrahi girişim geçiren hastaların öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(1), 63-68.

Velioğlu (1999). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu. S:323-347

Weinman, J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, 11, 431–445.

Yaman B, Bulut H. (2010). Evaluation of discharge training given to patients who have undergone heart valve replacement. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 18(4), 277-283.

Yılmaz G, Engin E, İşlekel S. (2006). Cerrahi endikasyonlu hernie nukleosus pulposus olgularında operasyona ilkin beklenti, somatizasyon belirtileri ve fonksiyonel olmayan tutumlar. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 22 (1), 163-174.

Ek 1 (Devam). Kişisel Bilgi Formu

15. Ameliyat öncesi hekime başvurma sayınız:

- 1) 1–3 kez 2) 4–6 kez 3) 7 kez ve üzeri

16. Ameliyattan önce uyguladığınız tedavi yöntemleri:

- 1) İlaç tedavisi 2) Fizik Tedavi 3) Kombine Tedavi 4) Yok

17. Daha önceden bel fıtığı ameliyatı geçirme durumunuz:

- 1) Var 2) Yok

18. Ailenizde bel fıtığı hastalığı olan kişi:

- 1) Yok 2) Var.....(Yakınlık derecesini belirtiniz)

19. Belinizde zarara neden olabilecek herhangi bir kaza veya travma durumu:

- 1) Var 2) Yok

20. Oturduğunuz konut tipi:

- 1) Tek katlı 2) İki katlı 3) Apartman (.....katta oturuyorum)

21. Oturduğunuz konut tipi “APARTMAN” ise asansör bulunma durumu:

- 1) Var 2) Yok

Ek 2. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)

Hastalığınız Hakkında Sizin Görüşleriniz (Hastalık Tipi/Kimlik)

Aşağıda hastalığınızın başlangıcından bu yana yaşadığınız belirtilerin bir listesi verilmiştir. Lütfen sizde var olanlarda “Evet” olmayanlarda “Hayır” seçeneğini **yuvarlak içine alınız**. Ayrıca, bu belirtilerin hastalığınızla ilgili olup olmadığı hakkındaki düşüncelerinizi aynı şekilde daire içine alarak belirtiniz.

	Hastalığınızın başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım		Bu belirti hastalığınızla ilgili	
Ağrı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Boğazda yanma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Bulantı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Soluk almada güçlük	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Kilo kaybı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Yorgunluk	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Eklem sertliği	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Gözlerde yanma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Hırıltılı soluma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Baş ağrıları	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Mide yakınmaları	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Uyku güçlükleri	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Sersemlik hissi	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Güç kaybı	Evet	Hayır	Evet	Hayır

Ek 2 (Devam). Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)

Hastalık Hakkındaki Görüşleriniz

Şu anki hastalığınızla ilgili görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Her bir cümleyi okuyup katılıp katılmadığınızla ilgili düşüncenizi uygun kutuya (x) işareti koyunuz.

1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum
2. Böyle düşünmüyorum
3. Kararsızım
4. Böyle düşünüyorum
5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

	1	2	3	4	5
1. Hastalığım kısa sürecek					
2. Hastalığım muhtemelen geçici olmaktan çok kalıcı					
3. Bu hastalık uzun sürecek					
4. Bu hastalık çabuk geçecek					
5. Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi düşünüyorum					
6. Ciddi bir hastalığım var					
7. Hastalığımın yaşamım üzerinde ciddi etkileri var					
8. Hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor					
9. Hastalığımın diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor					
10. Hastalığımın ciddi maddi sonuçları var					
11. Hastalığımın yakınlarıma da zorluk yaratıyor					
12. Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var					
13. Yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir					
14. Hastalığımın seyri bana bağlı					
15. Yaptığım hiçbir şey hastalığımı etkileyemez					
16. Hastalığımı etkileyebilme gücüm var					
17. Yaptıklarım hastalığımın sonucunu etkilemeyecek					
18. Hastalığım zamanla iyileşecek					
19. Hastalığımın iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var					
20. Tedavim hastalığımın iyileşmesinde etkili olacak					
21. Hastalığımın olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir					
22. Tedavim hastalığımı kontrol edebilir					
23. Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez					
24. Hastalığımın belirtileri beni şaşırtıyor					
25. Hastalığım bana anlamsız geliyor					

26. Hastalığımı anlamıyorum					
27. Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum					
28. Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum					
29. Hastalığının belirtileri günden güne farklılık gösteriyor					
30. Hastalığının belirtileri bazen var bazen yok					
31. Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemez)					
32. Hastalığının daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri oluyor					
33. Hastalığımı düşündüğüm zaman daha çökkün oluyorum					
34. Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum					
35. Hastalığım beni öfkeli yapıyor					
36. Hastalığım beni endişelendirmiyor					
37. Bu hastalık beni kaygılandırıyor					
38. Hastalığım beni korkutuyor					

Ek 2 (Devam). Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)

Hastalığınızın Nedenleri

Sizce hastalığınızın nedeni nedir? Herkes farklı olduğu için bu sorunun doğru bir cevabı yoktur. Aşağıda hastalığınızın olası nedenlerinin bir listesi verilmiştir. Lütfen her bir nedeni okuyup o nedenin hastalığınıza yol açıp açmadığı ile ilgili düşüncenizi uygun kutuya (x) işareti koyarak belirtiniz.

1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum
2. Böyle düşünmüyorum
3. Kararsızım
4. Böyle düşünüyorum
5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

OLASI NEDENLER	1	2	3	4	5
1. Stres ya da endişe					
2. Kalıtsal (ırsi)					
3. Bir mikrop ya da virüs					
4. Diyet-yemek alışkanlıkları					
5. Şans ya da kötü talih					
6. Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım					
7. Çevre kirliliği					
8. Kendi davranışım					
9. Benim tutumum, örneğin; yaşamım hakkında olumsuz düşünmem					
10. Aile problemleri					
11. Aşırı çalışma					
12. Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem					
13. Yaşlanma					
14. Alkol					
15. Sigara içme					
16. Kaza ya da yaralanma					
17. Kişilik özelliklerim					
18. Vücut direncimin azalması					

Lütfen aşağıya hastalığınıza neden olduğunu düşündüğünüz üç faktörü önem sırasına göre yazınız. Yukarıdaki tablodan seçebilirsiniz ya da sizin düşündüğünüz nedenleri yazabilirsiniz. Bana göre en önemli nedenler:

- 1.
- 2.
- 3.

Ek 3. Öz-Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ)

Acıklama: Aşağıda insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 ifade bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse, karar verebilmek için size yakın gelen şıkkı işaretleyiniz. Duygularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme (x) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

İFADELER	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
1. Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim.	()	()	()	()	()
2. Kendimi beğeniyorum.	()	()	()	()	()
3. Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.	()	()	()	()	()
4. Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman, ne yapmam gerektiğini biliyorum.	()	()	()	()	()
5. Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyarım.	()	()	()	()	()
6. Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.	()	()	()	()	()
7. Kendime bakmadığım zaman, yardım ararım.	()	()	()	()	()
8. Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.	()	()	()	()	()
9. Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.	()	()	()	()	()
10. Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.	()	()	()	()	()
11. Sağlığımın iyi olmasına çaba gösteririm.	()	()	()	()	()
12. Dengeli beslenirim.	()	()	()	()	()
13. Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınırım.	()	()	()	()	()
14. Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi korunma yolları araştırırım.	()	()	()	()	()
15. Sağlığımın çok iyi düzeye ulaşacağına inanıyorum.	()	()	()	()	()
16. Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hak ettiğime inanıyorum.	()	()	()	()	()
17. Kararlarımı sonuna kadar uyguluyorum.	()	()	()	()	()
18. Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.	()	()	()	()	()
19. Sağlığım ile ilgili kişisel kararlarımı nadiren uyguluyorum.	()	()	()	()	()
20. Kendimle dostum.	()	()	()	()	()
21. Kendime iyi bakarım.	()	()	()	()	()
22. Sağlığımın iyi olması benim için tesadüfi bir	()	()	()	()	()

durumdur.					
23. Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.	()	()	()	()	()
24. Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.	()	()	()	()	()
25. Yaşam bir zevktir.	()	()	()	()	()
26. Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.	()	()	()	()	()
27. Kendi davranışlarımla sorumluluğumu üstlenirim.	()	()	()	()	()
28. Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.	()	()	()	()	()
29. Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.	()	()	()	()	()
30. Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum.	()	()	()	()	()
31. Bazen hastalandığımda rahatsızlıklarımı önemsemem ve geçmesini beklerim.	()	()	()	()	()
32. Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım.	()	()	()	()	()
33. Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.	()	()	()	()	()
34. Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.	()	()	()	()	()
35. Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.	()	()	()	()	()

Ek 4. Kurum İzni



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ordu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı: 90305902-773.02/10324
Konu: Araştırma İzni

09.09.2015

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi: Ordu Üniversitesi Rektörlüğünün 07.08.2015 tarih ve 2634 sayılı yazısı.

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi olan Mehtap GÜMÜŞAY "Gebelikte Kadının Beden Algısının ve Eşlerin Cinsel Fonksiyonların İncelenmesi" konulu çalışmasını Ordu Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesinde, Yasemin ÖZYER "Cerrahi Klinikte Çalışan Hemşirelerde, İş Yükü Algısı ve İşe Bağlı Gerginliğin Tıbbi Hata Tutumlarına Etkisi" konulu çalışmasını Ordu Devlet Hastanesi ve Ordu Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesinde ve Burçin İRMAK "Lomber Disk Hernisi Ameliyatı Olan Hastalarda Hastalık Algısının Öz-Bakım Gücüne Etkisi" konulu çalışmasını Ordu Devlet Hastanesinde yapmak istedikleri araştırmaları Genel Sekreterliğimiz Araştırma İzin Komisyonu Tarafından incelenmiş olup; Sağlık Tesislerimizde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, anket veya araştırmaya katılanların gönüllülük esasına göre katılımının sağlanması, kişisel veri ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, yapılacak çalışma sonucunun Genel Sekreterliğimiz bilgisi dışında ilan edilmemesi şartı ile uygun görülmüştür.

Yapılacak çalışmaya gerekli desteğin verilerek kolaylık sağlanması hususunda; Gereğini bilgilerinize arz ve rica ederim.

Uzm. Dr. Hakan HACISALİHOĞLU
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı
e-imzalı

Ek : Araştırma İzni Komisyon Kararı (1 sayfa)

Dağıtım:

Gereği:

Ordu Devlet Hastanesi (Ek konuldu)
Ordu Üniv. Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Yöneticiliğine (Ek konuldu)

Bilgi:

Ordu Üniversitesi Rektörlüğüne (Ek konuldu)

Bucak Mh.İbni Sina Cad. No: 18 52200 ORDU
Telefon Nu. : 0452 666 60 42 Belgegeçer Nu. : 0452 666 60 45
e-posta: kbh52.ib@saglik.gov.tr internet adresi: www.ordu.khb.saglik.gov.tr

Ayrıntılı bilgi alınacak kişi:
Özlem YÜKSEL ÜRKMEZ
Hemşire



Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belgeye ait bilgilere <http://212.156.84.94:8280/cozumhbys/belgeDetay.jsp> adresinden (90305902-773.02-10324-ZUN4P95d) kodu ile erişebilirsiniz

Ek 4 (Devam). Kurum İzni

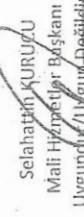
ORDU KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ ARAŞTIRMA İZİNİ KOMİSYON KARARI

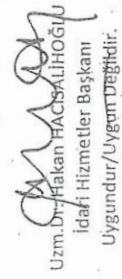
UNVAN	AD/SOYAD	ÇALIŞTIĞI KURUM	ARAŞTIRMA YAPILACAK KURUM	ARAŞTIRMA KONUSU
ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ	BURÇİN IRMAK	ORDU ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ	ORDU DEVLET HASTANESİ	Lomber Disk Herni ameliyatı olan Hastalarda Hastalık Algısının Öz Bakım Gücüne Etkisi
ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ	MEHTAP GÜMÜŞAY	ORDU ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ	ORDU ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ	Gebelikte Kadının Beden Algısının ve Eşlerin Cinsel Fonksiyonunun İncelenmesi
ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ	YASEMİN ÖZYER	ORDU ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ	ORDU DEVLET HASTANESİ - ORDU ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ	Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerde İş yükü Algısı ve İşe Bağlı Gerginliğin Tıbbi Hata Tutumlarına Etkisi

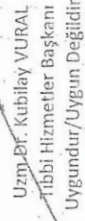
Yükarıdaki tabloda adı geçen çalışma; anket veya araştırmaya katılanların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere özen gösterilmesi,yapılacak çalışın sonuçunun Genel Sekreterliğimiz bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla 07/08/2015 tarih ve 2634 sayılı yazı ekinde gönderilen Araştırma Çalışmaları Başvuru Formundaki bilgilere istinaden uygun görülmüştür.


Güven ÇAKAR
Uzman

Uygundur/Uygun Değildir.


Selahattin KURUZU
Mali Hizmetler Başkanı
Uygundur/Uygun Değildir.


Uzm. Dr. Hakan HACISALİHOĞLU
İdari Hizmetler Başkanı
Uygundur/Uygun Değildir.


Uzm. Dr. Kubilay VURAL
Tıbbi Hizmetler Başkanı
Uygundur/Uygun Değildir.

Ek 5. Etik Kurul Onayı



T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

KARAR TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
01/04/2016	4	2016 /19

Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Doç. Dr. Canan EREN DAĞLI başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ'ın sorumluluğunda yürütülecek olan "Lomber Disk Hernisi Ameliyatı Olan Hastalarda Hastalık Algısının Öz-Bakım Gücüne Etkisi" başlıklı proje Araştırma protokolüne uyulmak, Sağlık Bakanlığı'nın 13.04.2013 tarih 28617 sayılı Klinik Araştırmalar Hakkındaki Yönetmeliği ve yayımlanan kılavuzlarında belirtilen hususlar dikkate alınarak, sorumluluk araştırmacılara ait olmak üzere araştırmanın yapılmasında etik sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi.


Doç. Dr. Canan EREN DAĞLI
Başkan

Ek 6. Ölçek İzinleri

Outlook Posta

Yeni | Yanıtla | Sil | Gereksiz | Süpür | Taşı | Kategoriler | Geri al

Re: Hastalık Algısı Ölçeği Kullanım İzni

 Zeynep
2.5.2015 (Cmt), 21:07
Siz

Burçin merhaba,
Memnuniyetle, tüm bilgiler orijinal sitede mevcut.
İyi çalışmalar,

Dr. Zeynep Armay
Klinik Psikolog/Psikoonkolog

www.zeyneparmay.com
mail@zeyneparmay.com

Prof. Orhan Ersek Sokak, Ferah Apt. No: 35 D:2 Nişantaşı

Ek 6 (Devam). Ölçek İzinleri

Outlook Posta

Yeni | Yanıtla | Sil | Gereksiz | Süpür | Taşı | Kategoriler | Geri al

Re: Öz-Bakım Gücü Ölçeği Kullanım İzni

Prof.Dr. Nursen Nahcivan
4.5.2015 (Pzt), 11:55
Siz

Belgeler

NNahcivan-TURKCE OZ... 75 KB
Turkish Esca-WJNR.pdf 81 KB

2 ekin (157 KB) Tümünü indir Tümünü OneDrive - Kişisel konumuna kaydet

Buçin Hanım merhabalar,

Öz-bakım Gücü Ölçeği'ni araştırmamızda rahatlıkla kullanabilirsiniz. İlgili dokümanlar ektedir.

Başarı dilekleriyle..

--

Prof.Dr. Nursen NAHCIVAN
İstanbul Üniversitesi / *Istanbul University*
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / *Florence Nightingale Nursing Faculty*
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı / *Public Health Nursing Department*
Şişli-İstanbul
Tel: 0-212-440 0000 (dahili/ex: 27058)
E-posta: nursen@istanbul.edu.tr

Ek 7. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli Katılımcı,

Ben Burçin IRMAK, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Araştırma Görevlisi olarak çalışmaktayım. Yüksek lisans tezi olarak “Lomber Disk Hernisi Ameliyatı Olan Hastalarda Hastalık Algısının Öz-Bakım Gücüne Etkisi” adlı araştırmayı yürütmekteyim.

Bu araştırmadan elde edeceğim sonuçların lomber disk hernisi ameliyatı olan bireylerin hastalık algıları ve öz-bakım güçleri arasındaki ilişkiyi belirleyeceği için hasta iyileşme sürecine olumlu katkı sağlayacağını düşünmekteyim.

Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Size hiçbir zararı olmayacak olan çalışmada bireysel yanıtlarınız gizli tutulacak ve kimse ile paylaşılmayacaktır. Anket formlarına isim yazmanız gerekmemektedir. Araştırma süresince ortalama 15–20 dakikanızı alacak olan anket formlarını yanıtlayacaksınız. Anketi doldurmanız çalışmaya katılmayı kabul ettiğinizi göstermektedir. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecek veya sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir.

Bu araştırmaya katılmak isteğe bağlı olduğundan çalışmaya katılmayı kabul etmediğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Ayrıca çalışmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılma hakkınız da bulunmaktadır. Araştırmayla ilgili her türlü soruyu aşağıda yer alan iletişim bilgilerimden bana ulaşarak sorabilirsiniz.

Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz bu formu imzalayınız.

Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim. Saygılarımla.

Katılımcı (Hasta)

Adı Soyadı:

Adres:

Telefon:

İmza:

Araştırmacı

Adı Soyadı: Burçin IRMAK

İş adresi: Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Telefon: 0 (452) 226 52 48 (5536)

E-mail: burcinirmak@odu.edu.tr

İmza:

Görüşme Tanığı/Hasta Yakını

Adı Soyadı:

Adres:

Telefon:

İmza:

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Burçin Irmak
Doğum Yeri : Ordu
Doğum Tarihi : 27.08.1991
Yabancı Dili : İngilizce
E-posta : burcinirmak@odu.edu.tr
İletişim Bilgileri : Ordu Üniversitesi- Sağlık Bilimleri Fakültesi 52200/ORDU
Tel: 0 (452) 226 52 48 (Dahili: 5592)

Öğrenim Durumu :

Derece	Bölüm/ Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Gazi Üniversitesi	2009-2013
Y. Lisans	Hemşirelik Programı	Ordu Üniversitesi	2014-2016

İş Deneyimi:

Görev	Görev Yeri	Yıl
Araştırma Görevlisi	Ordu Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	2013-2016
Araştırma Görevlisi	Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2016-...

Yayımlar :

1. Bölükbaş N., Erbil N., **Irmak B.** Nursing students' self-efficacy-sufficiency levels and health belief about breast self-examination. Oral presentation-80, p.76, 9th Athens Congress on women's Health and Disease, Athens Hilton, August 28-30, 2014, Athens, Greece.

2. Bölükbaş N., **Irmak B.**, Ocak Z. The body image and sexual experiences in female patients receiving chemotherapy after mastectomy. Poster presentation-128, 10th European Congress on Menopause and Andropause, 20-22 May 2015, Madrid, Spain, Maturitas 2015; 81(1):192.
3. **Irmak B.**, Bölükbaş N., Ocak Z. The life quality of patients who receiving chemotherapy treatment after mastectomy and stoma surgery. Poster presentation-178, 10th European Congress on Menopause and Andropause, 20-22 May 2015, Madrid, Spain, Maturitas 2015; 81(1):210.
4. Kuş A.G., Şencan Ş., Kızıleniş K., Bölükbaş N., **Irmak B.** Yoğun Bakım Ünitelerinde Hastası Olan Ailelerin Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Poster Bildiri-379, s.599-600, 14.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 22–26 Nisan 2015, Melikşah Üniversitesi, Kayseri.
5. **Irmak B.**, Bölükbaş N. Hemşirelik Öğrencilerinde Sağlık Anksiyetesi Düzeylerinin Belirlenmesi. Poster Bildiri-148, s.305,. 14.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 22–26 Nisan 2015, Melikşah Üniversitesi, Kayseri.
6. Altun A., Bölükbaş N., **Irmak B.** Hemşirelik Öğrencilerinin Hasta Bakım Algılarının Değerlendirilmesi. Poster Bildiri-276, s.477, 14.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 22-26 Nisan 2015, Melikşah Üniversitesi, Kayseri.
7. **Irmak B.**, Bölükbaş N. Kanıtı Dayalı Hemşirelik Uygulamaları Rehberliğinde Stoma Bakımı. Sözel Bildiri-037, s.72, 15. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 10-12 Eylül 2015, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
8. **Irmak B.**, Bölükbaş N. Cerrahi Kliniklerinde Hasta ve Hasta Yakınlarının Dört Yapraklı Yonca Figürünü Bilme Durumları. Sözel Bildiri-14, s.197, 9. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, 12-15 Kasım 2015, Sarıgerme Hilton, Muğla.
9. Bölükbaş N., **Irmak B.** Öğrenci Hemşirelerin Ağrı Yönetimine İlişkin Bilgi Düzeyleri ve Ağırlı Hastaya Yaklaşımları. Poster Bildiri-128, s.546, 9. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, 12-15 Kasım 2015, Sarıgerme Hilton, Muğla.
10. **Irmak B.**, Bölükbaş N. Robotik Cerrahi Girişimlerde Ameliyathane Hemşiresi. Poster Bildiri-222, 15. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi, 28-29 Nisan 2016, ESOGÜ Kongre ve Kültür Merkezi, Eskişehir.

11. Bölükbaş N., **Irmak B.**, Bayhan E., Şahin H.Y. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Hollanda Örneği. Poster Bildiri-294, 15. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi, 28-29 Nisan 2016, ESOGÜ Kongre ve Kültür Merkezi, Eskişehir.
12. Bölükbaş N., **Irmak B.**, Bulut G., Aydın D., Şahin H.Y. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yaz Stajında Öğrencilerin Hemşirelik Tanıları ve Girişimlerinin Değerlendirilmesi. Poster Bildiri-336, 15. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi, 28-29 Nisan 2016, ESOGÜ Kongre ve Kültür Merkezi, Eskişehir.
13. Bölükbaş N., **Irmak B.**, Aydın D., Bulut G., Şahin H.Y. Hemşirelik Öğrencilerinin Bakım Planı Hazırlamada Yaşadıkları Güçlükler. Poster Bildiri-348, 15. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi, 28-29 Nisan 2016, ESOGÜ Kongre ve Kültür Merkezi, Eskişehir.
14. Bölükbaş N., **Irmak B.**, Şahin H.Y., Bayhan E. Hemşirelerin Çalışma Koşulları: Hollanda Örneği. Poster Bildiri-352, 15. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi, 28-29 Nisan 2016, ESOGÜ Kongre ve Kültür Merkezi, Eskişehir.
15. **Irmak B.** Cerrahi Birimlerde Ağrılı Hastaya Uygun Hemşirelik Yaklaşımı. Ütopya, Ordu Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Bülteni, s.17-18, Hemşirelik Haftası- Özel Sayı- Mayıs 2015.
16. **Irmak B.** Ameliyathanelerde Robotik Teknolojiler ve Hemşirenin Rolü. Ütopya, Ordu Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Bülteni, s.17, Hemşirelik Haftası- Özel Sayı- Mayıs 2016.
17. **Irmak B.**, Bölükbaş N. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulaması: Türkiye Örneği. Oral presentation-Uluslararası Multidisipliner Avrasya Kongresi", 11-13 Temmuz 2016, Odessa-Ukrayna. Kongre Bildiri Kitabı: 636-642 (Tam Metin).

