

**T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**DOKTORA TEZİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK PROGRAMI**

Dilara BAKIN

**LOMBER STABİLİZASYON UYGULANAN HASTALARA
GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ MODELİ
DOĞRULTUSUNDA VERİLEN EĞİTİMİN AĞRI
DÜZEYİNE VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

DANIŞMAN
Prof. Dr. Nevin KANAN

İSTANBUL, Haziran 2022

**T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**DOKTORA TEZİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK PROGRAMI**

Dilara BAKIN

(142064001)

**LOMBER STABİLİZASYON UYGULANAN HASTALARA
GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ MODELİ
DOĞRULTUSUNDA VERİLEN EĞİTİMİN AĞRI
DÜZEYİNE VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

Tezin Enstitüye Teslim Edildiği Tarih :20.07.2022
Tezin Savunulduğu Tarih :16.06.2022

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Nevin KANAN

Diğer Jüri Üyeleri : Dr. Öğr. Üyesi İlknur ÇALIŞKAN
Dr. Öğr. Üyesi Özlem YAZICI
Doç. Dr. Sevim ULUPINAR
Doç. Dr. K. Derya BEYDAĞ

İSTANBUL, Haziran 2022

T.C
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
DOKTORA TEZ ONAYI

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Dilara BAKIN
Anabilim/Bilim Dalı : Hemşirelik
Danışman : Prof. Dr. Nevin KANAN

Öğrenci No : 142064001
Tez Savunma Tarihi : 16.06.2022
Tez Savunma Saati : 13.00

Tez Konusu : Lomber Stabilizasyon Uygulanan Hastalara Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli
Doğrultusunda Verilen Eğitimin Ağrı Düzeyine ve Yaşam Kalitesine Etkisi

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca yapılmış,
sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABUL 'üne OYBİRLİĞİ karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Prof. Dr. Nevin KANAN (Danışman) (Haliç Üniversitesi)	KABUL	
Dr. Öğr. Üyesi Özlem YAZICI	KABUL	
Dr. Öğr. Üyesi İlknur ÇALIŞKAN	KABUL	
Doç. Dr. Sevim ULUPINAR (İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa)	KABUL	
Doç. Dr. K. Derya BEYDAĞ (İstanbul Gedik Üniversitesi)	KABUL	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Dr. Öğr. Üyesi Ceren AYCANOĞLU (İstanbul Okan Üniversitesi)		
Dr. Öğr. Üyesi Özlem Işıl (İstanbul Gedik Üniversitesi)		

ÖNSÖZ

Tez konumun belirlenmesinde ve çalışmamın tüm safhalarında bana yol gösteren, danışman hocam Prof. Dr. Nevin KANAN'a, değerli katkıları ile tezimin planlanması ve yürütülmesine destek olan tez izleme komitesi hocalarım Doç. Dr. Sevim ULUPINAR'a ve Dr. Öğr. Üyesi İlknur ÇALIŞKAN'a; çalışmamdaki önerileri ve büyük katkılarından dolayı Prof. Dr. Mehmet TEZER ve Doç. Dr. Mehmet Nuri ERDEM'e

Araştırmamda bilgi, deneyim ve tecrübelerinden yararlandığım Güneş ÇEVİK AKKUŞ ve Gökhan AKKUŞ'a,

Akademik eğitimimin her aşamasında desteğini esirgemeyen aileme teşekkürlerimi sunarım.

Dilara BAKIN
Haziran 2022

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Dilara BAKIN
Haziran 2022

İÇİNDEKİLER

	<u>SAYFA NO</u>
ÖNSÖZ.....	i
BEYAN.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
ÖZET	vi
SUMMARY.....	vii
KISALTMALAR.....	viii
ŞEKİL LİSTESİ	ix
TABLO LİSTESİ	xi
BÖLÜM 1. GİRİŞ	1
BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Lomber Posterior Stabilizasyonun Tanımı.....	3
2.1.1. Lomber Posterior Stabilizasyonun Tarihsel Gelişimi.....	4
2.1.2. Anatomi.....	6
2.1.3. Lomber Posterior Entrümantasyon Cerrahi Tekniği.....	7
2.2. Posterior Stabilizasyon Uygulanan Hastalar ve Günlük Yaşam Modeli.....	9
2.2.1. Günlük Yaşam Aktiviteleri Bakım Modeli.....	9
2.2.2. Hasta Güvenliğinin Sağlanmasına Yönelik Hemşirelik Bakımı..	11
2.3. Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri Bakım Modeline Göre Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi.....	16
BÖLÜM 3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	20
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü.....	20

3.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	20
3.3. Araştırmanın Değişkenleri.....	20
3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	20
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	21
3.5.1. Örneklem Alınma Kriterleri.....	21
3.5.2. Örneklemden Dışlama Kriterleri.....	21
3.6. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	22
3.6.1. Sosyo-Demografik Özellikler Formu.....	22
3.6.2. Ostwestry Skalası.....	22
3.6.3. McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu.....	23
3.6.4. Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	23
3.6.5. Ameliyat Sonrası Bakımında Broşür Eğitimini Değerlendirme Formu.....	24
3.6.6. Ameliyat Sonrası Bakımında Video Eğitimini Değerlendirme Formu.....	24
3.7. Araştırmanın Uygulaması /Veri Toplamada İzlenen Yol.....	24
3.7.1. Video Eğitim Grubu.....	24
3.7.2. Broşür Eğitim Grubu.....	25
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	28
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	28
3.10. Araştırmanın Etik Yönü	28
BÖLÜM 4. BULGULAR.....	29
4.1. Grupların Demografik Verileri, Yaşam Koşulları, Tıbbi Öyküleri ve Ameliyat Öncesi Uygulamalarının Karşılaştırılması.....	29
4.2. Grupların OSWESTRY, MCGILL ve SF36 Yaşam Kalitesi Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	35
4.3. Grupların OSWESTRY, MCGILL ve SF36 Yaşam Kalitesi Ölçek İfadelerine Ait Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	37
4.4. Grupların Omurga Ameliyatı Sonrası Dikkat Edilmesi Gerekenler Eğitiminin Değerlendirilmesi.....	41

BÖLÜM 5. TARTIŞMA.....	43
5.1. Video Eğitim ve Broşür Eğitim Grubundaki Hastaların Sosyo- Demografik Özellikleri, Yaşam Koşulları ve Tıbbi Öykülerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	43
5.2. Video Eğitim ve Broşür Eğitim Grubundaki Hastaların Yaşam Kalitelerinin Tartışılması.....	45
5.3. Video Eğitim Ve Broşür Eğitim Grubundaki Hastaların Ağrı Ölçeklerinin Tartışılması.....	46
5.4. Eğitiminin Değerlendirilmesine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	47
BÖLÜM 6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	49
KAYNAKLAR.....	51
EKLER.....	58
ÖZGEÇMİŞ.....	84

ÖZET

LOMBER STABİLİZASYON UYGULANAN HASTALARA GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ MODELİ DOĞRULTUSUNDA VERİLEN EĞİTİMİN AĞRI DÜZEYİNE VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Araştırma, Lomber Posterior Stabilizasyon uygulanan hastalara, günlük yaşam modeli doğrultusunda bakım eğitimi verildiğinde hastaların yaşam kalitesini değerlendiren girişim ve kontrol gruplu deneysel bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini, bir Ortopedi kliniğine başvuran bireyler, örneklemini ise araştırma kriterlerine uyan, 70 hasta oluşturdu. Çalışma, ameliyat öncesi video eğitim verilen girişim grubu (35 birey) ve broşürü kullanılarak eğitim verilen kontrol grubu (35 birey) ile gerçekleştirildi.

Araştırma verilerini toplamada, Sosyo-Demografik Özellikler, Ostwestry Skalası, McGill Ağrı Anketi, Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36), Ameliyat Sonrası Bakımında Broşür Eğitimini Değerlendirme Formu ve Ameliyat Sonrası Bakımında Video Eğitimini Değerlendirme Formu kullanıldı. Verilerin analizinde; ki-kare testi, Mc Nemar testi, Kolmogorov- Smirnov, Shapiro, Wilcoxon testi Friedman testi istatistik yöntemleri kullanıldı. Girişim ve kontrol grubundaki bireylerin sosyodemografik özelliklerinin benzer olduğu; hekime başvurma sayısı 1-3 olan katılımcıların, 4-6 ve 7 üzeri başvuranlara göre, yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, enerji/vitalite/canlılık, ruhsal sağlık, ağrı ve genel sağlık düzeylerinin daha ileri derecede olduğu belirlendi. Araştırmaya katılan video eğitim ve broşür eğitim gruplarının SF36 Yaşam kalitesi ölçeği ifadeleri karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu ifadelerde video eğitim grubunun, broşür eğitim grubuna göre yaşam kalitesi düzeylerinin yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$). Sonuç olarak, video eğitimin bireylerin ameliyat sonrası yaşam kalitesinde olumlu etkisi olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Lomber Posterior Stabilizasyon, Video eğitim, broşür eğitim, Yaşam Kalitesi.

Tarih : Haziran,2022

SUMMARY

THE EFFECT OF EDUCATION GIVEN TO PATIENTS WITH LUMBAR STABILIZATION IN ACCORDANCE WITH THE ACTIVITIES OF DAILY LIVING MODEL ON PAIN LEVEL AND QUALITY OF LIFE

The study is an experimental study with intervention and control groups that evaluates the quality of life of patients who underwent Lumbar Posterior Stabilization when care training was given in line with the daily life model. The population of the study consisted of individuals who applied to an orthopedic clinic, and the sample consisted of 70 patients who met the research criteria. The study was carried out with the intervention group (35 individuals) who were given preoperative video training and the control group (35 individuals) who were trained using the brochure.

Socio-Demographical Characteristics, Ostwestry Scale, McGill Pain Questionnaire, Quality of Life Scale (SF-36), Postoperative Care Brochure Education Evaluation Form and Postoperative Video Education Evaluation Form were used to collect research data. In the analysis of data; Chi-square test, Mc Nemar test, Kolmogorov- Smirnov, Shapiro, Wilcoxon test, Friedman test statistical methods were used. The sociodemographic characteristics of the individuals in the intervention and control groups were similar; It was determined that the participants with 1-3 visits to the doctor had higher levels of quality of life, physical function, physical role difficulty, energy/vitality/vitality, mental health, pain and general health than those who applied 4-6 or more. When the SF36 Quality of Life scale expressions of education and brochure education groups were compared; In terms of statistically significant difference, it was determined that the quality of life levels of the video training group were higher than the brochure training group ($p<0.05$). As a result, it has been seen that video education has a positive effect on the quality of life of individuals after surgery.

Keywords: Lomber Posterior stabilization, Video training, Brochure training, Quality of Life.

Date: Haziran,2022

KISALTMALAR

LDH	: Lomber Disk Hernisi
GYA	: Günlük Yaşam Aktiviteleri
EGYA	: Enstrmantal Günlük Yaşam Aktiviteleri
GYABM	: Günlük Yaşam Aktiviteleri Bakım Modeli
DVT	: Derin Ven Trombozu
H	: Hipotez

ŞEKİL LİSTESİ

SAYFA NO

Şekil 2.1 Lomber Vertebra ve Intervertebral Disk Anatomisi.....	7
Şekil 2.2 TLIF Radyolojik Görüntüsü	9
Şekil 2.3 Yaşamsal Aktiviteler.....	10
Şekil 3.1 Tez Akış Şeması	27

TABLO LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 1 Video Eğitim ve Broşür Eğitim Gruplarının Demografik Verilerinin Değerlendirilmesi	29
Tablo 2 Video Eğitim ve Broşür Eğitim Gruplarının Yaşam Koşullarının Değerlendirilmesi	31
Tablo 3 Video Eğitim ve Broşür Eğitim Gruplarının Tıbbi Öykülerinin Değerlendirilmesi	32
Tablo 4 Video Eğitim ve Broşür Eğitim Gruplarının Ameliyat Öncesi Yapılan Uygulamaların Değerlendirilmesi	33
Tablo 5 Video Eğitim ve Broşür Eğitim Gruplarının OSWESTRY Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	35
Tablo 6 Video Eğitim ve Broşür Eğitim Gruplarının MCGILL Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	35
Tablo 7 Video Eğitim ve Broşür Eğitim Gruplarının SF36 Yaşam Kalitesi Alt Boyutları Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	36
Tablo 8 Video Eğitim ve Broşür Eğitim Gruplarının OSWESTRY Ölçeği İfadelerinin Karşılaştırılması	37
Tablo 9 Video Eğitim ve Broşür Eğitim Gruplarının MCGILL Ölçeği İfadelerinin Karşılaştırılması	37
Tablo 10 Video Eğitim ve Broşür Eğitim Gruplarının SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeği İfadelerinin Karşılaştırılması	38
Tablo 11 Katılımcıların Video Eğitim Değerlendirme Ölçeği İfadelerine Verdikleri Yanıtların Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	40
Tablo 12 Katılımcıların Broşür Eğitim Değerlendirme Ölçeği İfadelerine Verdikleri Yanıtların Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	41

BÖLÜM 1 GİRİŞ

Omurganın hareketli yapısı, omurgayı ve sinir köklerini mekanik hasarlardan koruyabilen ve duruş sağlayan 33-34 omur, yedi örtüşen, on iki sırt kenarı, beş bel omuru, beş kemik ve dört koksigeal omur içerir. Süreklilik, omurgayı dengede tutan, kasları destekleyen, gövdeyi destekleyen, gövde ve başın hareketini sağlayan bir yapıdır (1,2).

Vertebra korpusları ikinci servikalden birinci sakrala kadar yarı oynar eklem niteliğindeki 23 intervertebral diskle birbirinden ayrılır (2). Omurlar arası disk zamanla elastik kıvamını kaybeder ve kuvvetleri çevre dokulara dengeli bir şekilde dağıtma görevini yerine getiremez (3,4). Omurganın fizyolojik yüklenmeler karşısında nöral yapılara zarar vermeyecek kısıtlama ve kapasitesini azaltacak yapısal değişikliklere bağlı ağrı oluşumunu önleme yeteneği stabilite olarak tanımlanır. Omurganın bu özelliğini kaybederek nöral harabiyet ve ağrı oluşturacak deformiteye karşı koyamayacak duruma gelmesi instabilite olarak adlandırılır (1,5). En sık karşılaşılan lomber spinal instabilitedir. Hastaların çoğunda bel ağrısı vardır. Radyolojik instabilite varlığı saptanan olgularda, konservatif tedavi yöntemlerine yanıt vermeyen ağrı ve nörolojik defisit durumlarında cerrahi tedavi uygulanması gerekmektedir (1,6).

Cerrahi tedavi olarak uygulanan spinal posterior stabilizasyon ve füzyon müdahaleleri günümüzün nöroşirürji pratiğinde önemli bir yere sahiptir (7). Omurganın füzyon ve enstrümantasyonu çoğunlukla kararsız omurganın stabilitesini sağlamak, nörolojik yapıların yaralanmasını engellemek, yanlış hizalamayı ve deforme olmasını azaltmak, füzyon olasılığını arttırmak ve uzun süreli olarak hissedilen ağrıyı azaltmak için kullanılmaktadır.

Günlük yaşam aktiviteleri, bir bireyin yaşamı sürdürmek için hayatı boyunca gerçekleştirdiği aktivitelerdir. Her bir aktivite, diğerleriyle bağlantılı ve ilişkilidir. Ameliyat sonrasında hastaların günlük yaşam aktiviteleri ağrı, hareket kısıtlılığı, cerrahi travma, anestezi, konstipasyon ve gelişebilecek komplikasyonlar (mesane ve barsak fonksiyonlarında yetersizlik, yara enfeksiyonu vb.) gibi nedenlerle etkilenebilmektedir. Günlük yaşam aktiviteleri kapsamında planlanarak verilecek hemşirelik bakımı ve eğitim hastaların günlük yaşam aktivitelerini kolaylıkla yerine getirmelerini sağlamaktadır (8).

Posterior stabilizasyon ameliyatı olan birey; temel gereksinimlerinin karşılanmamasından, öz bakım davranışlarının ve günlük yaşam aktivitelerinin yetersizliğinden, cinsel fonksiyonlarda bozulmadan, gelecek ile ilgili kaygılarından, destek sistemlerindeki yetersizliklerden ve yaşam tarzı değişikliklerinden etkilenebilir. Bu durumda sağlık ekibinin kişisel yeteneklerinin yetersiz olduğu konularda yetkin olması için gerekli tedavi ve hemşirelik önlemlerini alması, böylelikle yaşam kalitesini yükseltmesi önemlidir (1,6).

Tüm bu bilgiler dahilinde çalışmanın amacı, Lomber Posterior Stabilizasyon uygulanan hastalara, günlük yaşam aktiviteleri doğrultusunda verilen eğitimin ağrı düzeyi ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesidir.

BÖLÜM 2 GENEL BİLGİLER

2.1. Lomber Posterior Stabilizasyonun Tanımı

Omurganın en küçük hareketli kısmı (kinematik eklem) iki omurdan, omurlar arası disk, çeşitli bağlar ve küçük eklemlerden meydana gelmektedir. Omurlar arasındaki bağlar, faset eklemler ve omurlar arası diskler hareketli parçaların stabilitesini sağlar (9). Panjabi ve White'a göre, stabilize omurganın klinik düzenliliği, omurganın fizyolojik yük uygulandığında ve spinal sinir köklerinin hasar görmemesi veya tahriş edilmemesi durumunda omurganın translasyonel paternini sınırlama yeteneğinin yanı sıra, yapısal değişiklikler nedeniyle gelişebilecek deformiteyi ve ağrıyı önleme yeteneğidir (10). İnstabilite tanımı fizyolojik yüklenmeler durumunda omurganın, omurilikte ve sinir köklerinde harabiyet, irritasyon veya şiddetli ağrıya neden olacak şekilde gelişecek deformiteye karşı koyamayacak bir duruma gelmesidir (11).

Uzun süre bel ağrısından şikaye eden hastalarda Lomber instabilitesinden şüphe edilir. İnstabilite bel ağrısına, çoğu zaman bacak ağrısı da eşlik etmektedir. Anatomik olarak ağrının yeri 12. kosta ile inferior gluteal kıvrımlar arasındadır. 45 yaş altı hastalarda görülen ağrı günlük yaşam aktivitelerini etkilemektedir. Bu nedenle hastalar sık hekime başvururlar (12). Klinik ve radyolojik olarak, bazen instabiliteyi belirlemek zor olabilir. Yatan Hastaya bacağını kaldırması ve tutması söylenmesine rağmen, hareketle değişen duruş ve ağrı değişikliği, ağrının neden olduğu belde çökmeye bağlı anksiyete hissi ve şiddetli ağrı nedeniyle oluşan bacakta düşme, klinik instabilite için önemli kriterlerdir. Radyolojik görüntüleme aşamasında kullanılan en önemli araç direkt grafiklerdir. Ancak bu grafiklerin normal olması, instabilite olmadığı anlamına gelmemektedir (13,14).

İleri tetikiklerle hastanın tedavi süreci başlar ve ilk önce medikal tedavi uygulanır. Tedavinin yetersiz kaldığı durumlarda fizik tedaviden destek alınıp bazı vakalarda kombine tedavi (fizik tedavi +medikal tedavi) uygulanır. Medikal tedavi ya da kombine tedaviden yanıt alınamayan hastada cerrahi teknik uygulanır.

Son yıllarda spinal stabilizasyon uygulamaları giderek artmış olsa da enstrümantasyon ve füzyon operasyonları için endikasyonlar konusunda farklı görüşler bulunmaktadır. Spinal füzyon prosedürü geçiren hasta sayısındaki artış; yüksek çözünürlüklü radyografik incelemeler için enstrümantasyon tekniklerinin geliştirilmesi, kemik iyileşmesinin daha iyi anlaşılması, ameliyat sonrası bakımda ön ve iyileştirmeler, agresif rehabilitasyon programları, alışkanlığın büyümesi, sınırların belirlenememesi gibi bir endikasyonun cerrahi füzyonu ve daha kesin olan faktörlere bağlıdır (15-17). Lomber füzyon cerrahisi olan hasta sayısındaki değişikliğin en önemli nedenlerinden biri, kapsamı dar olan ve net endikasyon sağlayamayan ileriye dönük çalışmaların eksikliğidir (15-20).

2.1.1. Lomber Posterior Stabilizasyonun Tarihsel Gelişimi

Kas-İskelet sistemi ve sinir sisteminden bahseden Galen (MS.131-231) yanı sıra spinal kolondaki birden fazla anatomik yapıyı açıklamıştır. Bu yapılar 7 adet servikal, 12 adet torakal, 5 adet lomber omurga olarak bildirmiş, ligamentum flavumun alttaki duradan farklı, ligamentöz bir yapı olduğundan söz edilmiştir.

1887 yılında Wilkins tarafından kemik greftleri ve telleme kullanılarak stabilizasyon sağlanmıştır. Spinal füzyonun ilk uygulaması 1911 yılında iki cerrah olan Albee (21) ve Hibbs (11) tarafından uygulanmıştır. Albee, spinöz süreçleri ayırmak ve tibial grefti spinöz işlemler arasına yerleştirmek için otolog bir tibial greft kullanmıştır. Öte yandan, Hibbs siri çıkıntı tabakalarını laminanın üzerine yerleştirilmiştir. 1920'li yıllarda Campell tarafından üç füzyon tekniği ile ve grefti kemikten çıkarma tekniğini tanımlanmıştır (22).

1942 yılında William Rogers tarafından kullanılan redüksiyon ile traksiyon yöntemleri kullanılarak, spinöz süreçler tel ile sabitlemiştir. 1944'te Don King, faset vidalama tekniğini ilk kez tanımlamıştır. Daha sonraları 1950'lerde Harrington ve Knodt tarafından kendi spinözleri tanıtılmıştır. 1952'de, Philip Wilson'ın amacı, spinöz sürecin bir tarafına implant ve diğer tarafına sabitleme ve alet sabitlemesi için bir plaka yerleştirmiştir. Ancak sistem istenen başarıyı elde edememiştir. 1959 yılında Boucher tarafından bu teknik geliştirmiş ve vidayı pedikülün derinliklerine doğru yerleştirilmiştir (23-28).

1970'lerde Luque çubuk ve tel kombinasyonlarını tanıtmıştır. Takip eden senelerde Roy-Camille, Rene Louise pedikül vidası ve plakası kullanmıştır. 1980'li yıllarda Magerl,

Steffe, Krag, Edwards, Zielke, Cotrel-Debousset, kanca ve pedikülün birleştirildiği çubuklarla birçok farklı sistem kullanmıştır (29-38).

Ülkemizdeki tıp tarihine baktığımızda, 1925 yılında spinal füzyon çalışmasına başlandığı görülmektedir. Bu tarihten önce travma ve pott hastalığına bağlı laminektomi vakaları bildirilmesine rağmen füzyonla ilgili herhangi bir yayın bulunamamıştır. Aslında Türkiye'deki ilk spinal füzyonun 1925'te tamamlanma tarihi çok geç değildir. Çünkü spinal füzyon ilk olarak 1911 yılında dünya çapında uygulanmıştır. Tarihte ilk kez füzyon ameliyatı yapan cerrah genel cerrahi eğitimi görmüştür. Daha sonraki yıllarda ortopedi cerrahları ve beyin cerrahları buna çok ilgi göstermişlerdir (39).

Albee'nin ilk ameliyatı 1925'te Türkiye'de, M. Kemal Öke tarafından iki nedende dolayı yapılmıştır (40). Bir yıl sonra ise, 1926'da Dr. Burhaneddin Toker ele aldığı başka bir operasyon bu durumu takip etmiştir (41). 1942 yılında Dr. Sadettin Onaran pelvik hastalığına bağlı dokuz Albee ameliyatı olgusunu tanıtmış ve bu ameliyatın etkili olduğunu söylemiştir (42). Türkiye'de ilk spinal füzyon ameliyatını ve ilk araştırmayı yapan Dr. Onaran ülke genelinde daha sistematik ve etkili araştırmalar yapan bir ortopedi hastanesini kurmuştur. Daha sonraki yıllarda kemik hastaneleri inşa edildi ve eğitim için Fransa'ya gönderilen Dr. Baha Oskay (42,43) ve Dr. Orhan Aslanoğlu (44) tarafından spinal füzyon operasyonları gerçekleştirmiştir. Posterior spinal füzyon 1960'larda yaygınlaşmış, İstanbul, İzmir ve Ankara'da da yapılmıştır. Dr. Veli Lök, 1960 yılından sonra pelvik hastalarında albee ameliyatına başlamıştır (45) ve Dr. Rıdvan Ege, aynı dönemde albee ameliyatını değiştirmiş ve hastalarda uygulamaya başlamıştır (46,47).

Harrington 1962'de sistemini tanıttıktan sonra, bu sistem yavaş yavaş tüm dünyada yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Skolyoz cerrahisinde ilk kez torakolomber enstrümantasyon kullanılmıştır. Türkiye'de ilk kez 1968 yılında Güngör Sami Çakırgil (48,49), Dr. Bahattin Oğuz Temoçin (50), 1972 yılında da Dr. Mehmet Tiner tarafından yapılmıştır (51) Ayrıca 1971 yılında da Dr. Altay, skolyoz nedeniyle Harrington geçiren dört vakayı sunmuştur (52). Son yıllarda Harrington sisteminin kullanılması ve transpediküler vidalı bağlantı ve sublaminar tel ve kanca yöntemlerinin kullanılması ile bu sistemler diğer patolojilere de uygulanmaktadır. Türkiye'de ilk uygulayıcı olarak bilinen Dr. Emin Alıcı transpediküler fiksasyonu ile ilgili ilk çalışmayı, 1991 yılında adını taşıyan bir set ile yapmıştır. Spondilolistezide ilk transpediküler operasyon Dr. Emin Alıcı tarafından gerçekleştirildi (48-52).

Torakolomber enstrümantasyon 1980'lerde beyin cerrahları arasında uygulanmaya başlanmış; sonuç olarak 1980 yılında ilk Harrington ameliyatı Dr. Aydın Paşaoğlu tarafından gerçekleştirilmiştir (53).

2.1.2. Anatomi

33 adet vertebranın birleşmesinden oluşan omurga, mekanik bir yapı olup, vertebra, eksenler, ligaman ve kaslardan oluşur. Birbirleri ile eklemleşen bu yapılar 24 omur, sakrum ve koksiksten oluşmaktadır. 24 omurun 7'si servikal, 12'si torakal ve 5'i lomber omurgadır. Sakrum birbiri ile kaynaşmış 5 segmentten ve koksiks ise 4 segmentten oluşur.

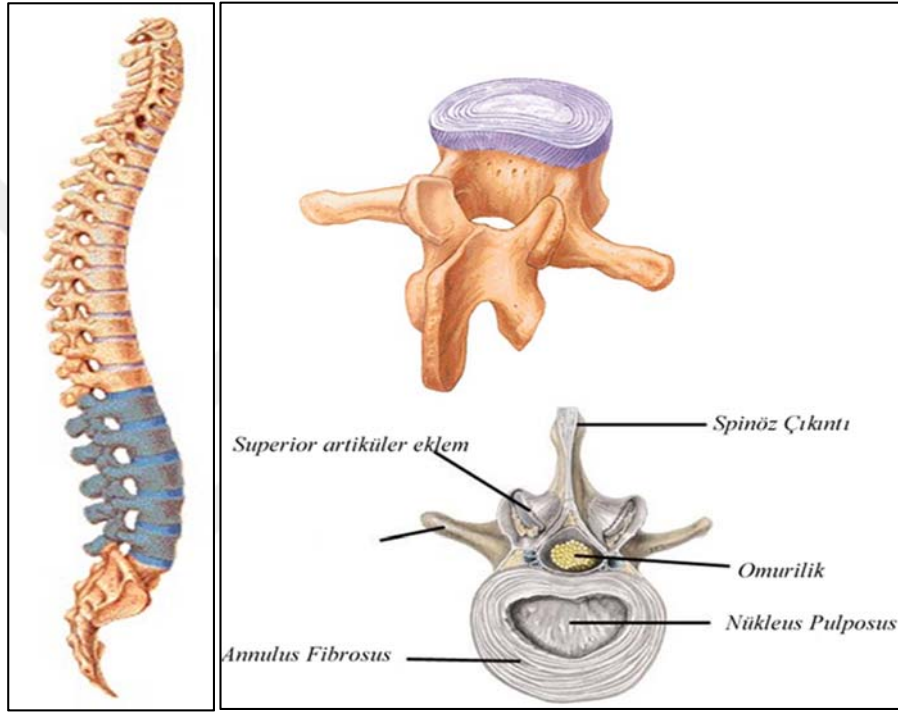
Beş bel omuru diğer bölgelerdeki en büyük omurlardır ve bu omurlar kaburga eklem yüzeyine sahip değildir.

Lomber vertebral gövdenin anteroposterior uzunluğu, lateral uzunluğundan daha azdır. İlk dört bel omur gövdesinin alt ve üst yüzeyleri böbrek şeklindedir ve beşinci omur gövdesi kama şeklindedir. Üçgen foramen, servikal foramenlerden daha geniştir, ancak dorsal foramenlerden daha dardır (7).

Omurlar arasındaki intervertebral disk, güçlü fibrokartilaj oluşum yapısı elastik yastık ile sıkı bir bağlantı oluşturur. İntervertebral diskin dış lifli tabakasına anulus fibrosis denir (burulma direncini artırmak için eğik ve zıt liflerden oluşur) ve merkezin pulpa benzeri yumuşak kısmına nucleus pulposus denir. Neonatal dönemde, vertebra gövdesine bitişik kıkırdak uç plakalarında çok sayıda küçük kan damarları vardır ve intervertebral disk bunlardan beslenerek işlevini sürdürür. Üçüncü ve dördüncü on yılda bu vasküler yapılar atrofi ve intervertebral disk avasküler haline gelerek, bundan sonra intervertebral disk eklemleri yayılmaya başlayarak, kıkırdak ile kemiğin birleşim yerindeki lenfatik damarların yayılmasına yardımcı olur (54-55).

Sağlıklı yetişkinlerde, vertebral kolon yüksekliğinin %25'ini oluşturan intervertebral disk, üst göğüs bölgesinde en ince ve bel bölgesinde en kalın olanıdır. Dikey düzlemde, omurlararası disk hafif kama şeklindedir ve ileriye doğru kalınlaşır. Lomber omurga dışbükeyliğini (skolyoz) oluşturan en önemli faktör, omur gövdesinin şeklinden çok, omurlar arası disklerin şeklidir. Lomber diskin kama şekli, lomber lordozun neden olduğu

dengeşiz kuvvet dağılımını da azaltmaktadır Kişiler yaşlandıkça, çekirdek pulposusun su içeriğı azalır, fibrokartilaj oranı yavaş yavaş artar ve zamanla halka fibrozuna benzemektedir. Bu işlem, her diskin kısmi büzölmesine neden olur ve vertebral kolonun toplam yüksekliğinde 2-3 cm'lik bir kayıpla sonuçlanır (Şekil 1) (56,57).



Şekil 2.1 Lomber Vertebra ve Intervertebral Disk Anatomisi

2.1.3. Lomber Posterior Entrümantasyon Cerrahi Tekniğı

Preoperatif anestezi hazırlık aşaması tamamlandıktan sonra hasta ameliyat masasına pron pozisyonda yatırılır. Pron pozisyonun amacı lomber lordozun sağlanması ve karın içi basıncı azaltılarak ameliyat sırasındaki kanama miktarının düşürülebilmesidir. Pozisyon sırasında hasta gövdesi pedler üzerine yatırılır ve ekstremitelerin bası altında kalmaması için omuz, dirsek, diz ve ayak bileğı gibi bölgeler yumuşak pedler ile desteklenir. Hastanın pozisyonu floroskopi ile kontrol edilir ve ameliyat edilecek bölge işaretlenir. Lomber Posterior Entrümantasyon ile beraber disk aralığına konulan cage ile yapılan ameliyata Transforaminal Lomber İnterbody Füzyon (TLIF)denir (58,59). TLIF

günümüzde açık ve minimal invazif olarak kapalı yöntemler ile yapılabilen bir ameliyattır. İki yöntem arasındaki seçim cerrahın tecrübesine, ameliyat edilecek seviyelerin sayısına, nörolojik yapılar üzerindeki basının yeri ve ciddiyetine bağlıdır. Yeterli füzyonu elde edebilmek açısından genellikle açık yöntem hala altın standart olarak kabul edilmektedir (60).

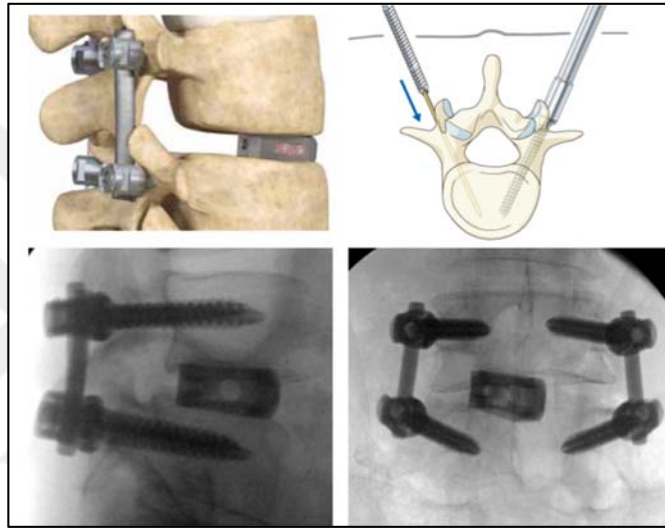
Lomber omurgaların spinöz çıkıntıları üzerinden orta hat longitudinal cilt insizyonu ile girilir. Paravertebral kaslar ve yumuşak dokular koter ile kemikler üzerinden subperiosteal diseke edilerek omurgaya ait spinöz çıkıntı, lamina ve faset eklemler ortaya konur. Ameliyatın yapılacağı segmentlere bilateral pedikül vidaları yerleştirilir. Bundan sonraki süreç ilgili disk aralığına girmek için kemiklerin alınmasını içermektedir. Genellikle laminanın bir tarafı (hemilaminektomi) ve faset eklem (fasetektomi) çıkartılarak nörolojik yapıların dekompresyonu sağlanır. Bu kemik eksizyonu aynı zamanda diskin çıkarılması için gerekli pencerenin de ortaya konmasını sağlamaktadır (1,2).

Faset eklemlerin alınması sırasında pedikül duvarının korunması önemli bir teknik ayrıntıdır. Aksi halde kompresyon (stabil fiksasyon için vidaların birbirine yaklaştırılarak disk aralığının sıkıştırılması) sırasında pedikül kırılarak içinden geçen vidanın sinir köküne baskı yapmasına neden olabilir. Disk mesafesine erişim için omurilik mediale (orta hatta doğru), sinir kökü ise laterale doğru ekarte edilir. Bu aşamada epidural venlerden kaynaklanabilecek kanamaların durdurulması oldukça önemlidir. Annulus fibrosus bistüri ile açılır ve bu aralıktan küretler aracılığı ile disk tamamen boşaltılır. Pedikül vidaları üzerinden distraksiyon ile disk mesafesi aralanarak daha rahat çalışma ortamı sağlayabilmek mümkündür. Alt ve üst end platelerin kürete edilerek tamamen kıkırdak dokudan arındırılması füzyonu oldukça kolaylaştırmaktadır (61-64).

Total diskektomi tamamlandığında disk mesafesinin anterioruna otojen ya da allojen spongios greftler yerleştirilir. Greftlerin Anterior Longitudinal Ligamanı geçerek batın boşluğuna düşmemesi kritik önem taşımaktadır. Açılan transforaminal pencereden içi spongios greft ile doldurulmuş bir adet kafes mesafeye yerleştirilir. Bu kafesin lomber lordozu restore edecek şekilde mesafenin ortasına ve anterioruna doğru yerleştirilmesi önem taşımaktadır. Distraksiyon sonlandırılır, hatta kafesin mesafede sıkışıp stabil şekilde fikse edilmesi için pedikül vidaları üzerinden kompresyon uygulanır ve sistem bu şekilde kilitlenir (64-67).

İntervertebral disk mesafesinde sağlanan füzyona ek olarak ameliyat sahasının karşı tarafında faset eklemler ve laminalar üzerine spongios greftler yerleştirilerek posterolateral füzyon sağlanır. Bu ameliyatlarda başarısı nörolojik dekompresyon ve stabil fiksasyon kadar füzyonun elde edilmesine bağlıdır. Bu nedenle omurga gövdeleri arasındaki füzyona destek olacak şekilde posterior füzyon ile 270 derecelik füzyon sahası elde etmek ameliyat sonrası en çok karşılaşılan kaynamama problemine de çözüm getirmektedir.

Ameliyat tamamlandıktan sonra kanama kontrolü yapılır, dren yerleştirilir ve katlar anatomisine uygun olarak sıra ile kapatılır.



Şekil 2.2 TLIF Radyolojik Görüntüsü

2.2. Posterior Stabilizasyon Uygulanan Hastalar ve Günlük Yaşam Modeli

2.2.1. Günlük Yaşam Aktiviteleri Bakım Modeli

İnsanların tüm yaşamı boyunca gerçekleştirdiği faaliyetler günlük yaşam aktivitelerini (GYA) oluşturur. Bu aktiviteler yemek yeme, hijyen, spor, boşaltım kontrolü olarak listelenebilir. GYA ayrıca yardımcı (enstrümantal) yaşam aktivitelerini (EGYA) de içerir. EGYA, yemek hazırlama, temizlik yapma, alışverişini yapma, araç kullanma, gelir ve giderlerin ayarlanması, uyuşturucu ve telefon kullanımı gibi daha ince motor koordinasyonu gerektiren faaliyetleri içerir (68). Roper, Logan ve Tierney tarafından şekillendirilen GYA modeli, bir bireyin hayatı boyunca gerçekleştirdiği hayati

aktiviteleri içeren ve bu doğrultuda hasta bakımı ile ilgilenen hemşirelik modellerinden biridir. Hemşirelik uygulamaları, birey için koruma, rahatlama ve bağımsızlık kazanmayı amaçlamaktadır (69,70).

Bu modeli oluşturan bileşenler;

1. GYA
2. Ömür
3. Bağımlı olma / bağımsız olma
4. GYA etkileyen etmenler ve
5. Yaşamda bireyselleştirilmesidir (69,70).

1. Günlük yaşam aktiviteleri: GYABM'nin odak noktası günlük yaşam aktiviteleridir.



Şekil 2.3 Yaşamsal Aktiviteler

2. Yaşam süresi: Günlük yaşam akitvite bakım modelinin en temel parçası yaşamdır. GYABM, bir insanın tüm yaşamına odaklanır. Fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel, politik ve ekonomik faktörler yaşamın her dönemini etkilenmektedir (69,71).

3. Bağımlı olma/bağımsız olma: Bu bileşen bireyin hayattan beklentisi ve GYA ile yakından ilgilidir. Bireyler, tam bağımlılıktan tam bağımsızlığa, bağımlılık veya bağımsızlık gibi belirli yaşam dönemlerinde yaşam aktivitelerine güvenmeye başlayabilir. Tamamen bağımsız bir yetişkin, yaşadığı yaşamın bir bölümünde (hastalık

veya kaza gibi) diğer insanlara ve yardımcı cihazlara bağlı olarak günlük yaşamda bir veya daha fazla aktiviteye bağımlı olabilir. Örnek olarak, kalçasına protez uygulanan hastalara, tamamen ameliyat sonrası spor aktivitelerine bağımlı olsalar bile, bir yürüteç veya koltuk değneği kullanarak belirli bir derecede bağımsızlık kazanabilirler (69-71).

4. Günlük yaşam aktivitelerini etkileyen etmenler: Roper, Logan ve Tierney, fiziksel /biyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, çevresel, politik ve ekonomik faktörlerin bireyin günlük yaşamını sürdürme yeteneğini etkilediğini belirtmiştir (69,70).

5. Yaşamda bireysellik: Günlük yaşam aktivite bakım modeli, kompleks yaşam süreci hakkında kolay bir açıklama yapmaya çalışır. Modelin ana parçası günlük yaşam aktivitesidir. Herkes bu faaliyetleri farklı bir şekilde gerçekleştirir. Kişilik, modelin diğer bölümlerinin günlük yaşam aktiviteleri ve bunların karşılıklı etkisi üzerindeki sonucudur. Her insanın yaşam aktivitelerine yansıttığı kişilik, yaşam süreci ve bağımlı olma veya bağımsız olma durumu tarafından tespit edilir. Bireysel bağımsız olma durumu fiziksel/biyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, çevresel, politik ve ekonomik faktörlerden etkilenmektedir (69-71).

2.2.2. Hasta Güvenliğinin Sağlanmasına Yönelik Hemşirelik Bakımı

Çağdaş hemşirelik, bireylerin ve toplumun sağlığını iyileştirmeye, geliştirmeye ve korumaya, hastaların hastalıklara uyumunu teşvik etmeye ve hastalıkların rehabilitasyonuna yardımcı olmaya yönelik hizmetleri içermektedir (72-74). Hemşirelik konu alanına sadece genel insan yaşamı değil, aynı zamanda bireysel deneyimler de dahil edilmiştir (75). 1981 yılında kurulan Türk Hemşireler Derneği, bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini. Bireyi koruma ve planlama, aile ve toplumun hastalık halinde sağlık ve refahını artırmak amacıyla bu hizmetleri yapanlar, organizasyon, uygulama, bakım hizmetleri değerlendirme ve eğitim sorumlusu olmuştur (75-77).

Cerrahi hastaların ameliyat sonrasında hastanede kalış süresi Ortopedi hastalarına göre daha kısa sürelidir. Bu durum ortopedi hastaları ve hasta yakınlarında fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel, ruhsal ve ekonomik koşulları üzerinde olumsuz bir etkisi vardır. Ortopedi hemşireleri genellikle bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel ve zihinsel durumunu olumsuz yönde etkileyebilecek deformite, sakatlık ve enfeksiyon gibi sorunlara karşı mücadele göstermektedir (78-82). Ortopedik sorunlarla karşılaşan hastada

komplasyonları önlemek, beklenmedik durumları minimuma düşürmek, hastanın ihtiyaçlarını belirlemek ve gidermek için bütünsel bir ekip gerekli olup ana üyesi hemşirelerdir. Hemşireler hastaların ihtiyaçlarını karşılamak, ortopedi hastalarına bakmak, hastanede ilk müdahaleler, ameliyat sonrası bakım ve komplasyonların önlenmesi konusunda uzman bilgiye sahip olmalıdır. Ortopedi hemşireliği, 0 yaştan başlayıp ve tüm yaş gruplarını kapsayan hasta gruba hizmet eder (78-83).

Organizmadaki sistemlerin yeterince çalışması ve bireyin ihtiyaçlarını karşılaması için en temel prensip harekettir. Hareketlilik, ortopedik hastaların ve ortopedik hemşirelerin merkezini oluşturur. Hareketliliğin doğru kullanımı imsan sağlığı ile yakından ilişkilidir. Ortopedi hemşiresi hemşirelik bakım ihtiyaçlarını belirleyebilmesi için anatomik duruşu ve hareketlerin omurga sağlığı üzerine etkilerini bilmesi gerekir (84-85).

Love (86), Ortopedi hemşiresinin hasta bakımında hem genel hem de bütünsel kaliteli Hemşirelik Bakımı sağlamak için hemşilerin uzman becerileri olması gerektiğini çalışmasında belirtmiştir. Uygulamada en iyi süreci ve en iyi bakım sonucunu elde etmek için, araştırmaya dayalı danışmanlık bilgileri, klinik uzmanlık ve hasta tercihleri gibi konular uygulamaya dahil edilmelidir. En iyi uygulamayı oluşturan etmenlerin başarısı hemşirelerin klinik uzmanlığına ve hastanın tercihlerine dayanmaktadır (86-87).

Lomber posterior stabilizasyon uygulanan hastaların gelişebilecek sorunlarını önlemek, günlük yaşam aktivitelerini rahatlıkla yapabilmelerini sağlamak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve güvenliğini sağlamak için etkin bir hemşirelik bakımı almaları son derece önemlidir.

a. Ameliyat öncesi bakım

Hastalar, bütünsel bir yaklaşım kullanarak ameliyata hazırlanmalıdır. Bu şartlar altında hastalara (88,89)

- Ameliyattan sonra arada bir geri gelmeleri, nasıl dönmeleri gerektiği ve ne zaman ayağa kalkmaları gerektiği unutulmamalıdır.
- Yapmaması gereken hareketleri bilmesi ve yapıldığı takdirde ameliyat bölgesinin ne ölçüde etkileyeceğini açıklamalıdır.
- Cerrahi sonrası olası solunum komplasyonlarını önlemek için derin nefes alma ve öksürük egzersizleri öğretilmelidir.
- Postoperatif taburculuk gereksinimlerini nasıl karşılayacakları açıklanmalıdır.

- Kanamayı önlemek için, gerekirse bir pulpa diyeti ve dışkı yumuşatıcıları verilmelidir.
- Preoperatif ve postoperatif müdahaleler hakkında bilgi verilmeli ve bu bilgiler aile üyelerini içermelidir.
- Postoperatif bulgularla karşılaştırmak için operasyon öncesi alt ekstremitelerin motor ve duyu fonksiyonlarının değerlendirilmesi gerekir.
- Taburcu eğitimi başlamalıdır (90).

b. Ameliyat sonrası bakım

Ameliyat sonrası bakımın amacı; hastalığın nüksetmesini veya yeni hastalıkların gelişmesini önlemek, etkili tedavi, hastanın iyileşme süresini kısaltmak, günlük yaşam faaliyetlerini kolayca gerçekleştirmelerini sağlamak, yaşam kalitesini artırmak ve güvenliğini sağlamaktır (91). Ameliyattan sonra hastanın sırtüstü ve düz durması, omurgasını düz tutması ve kesi bölgesini germemesi önemlidir. Ameliyat sonrasında hastanın vital bulguları sık aralıklarla takip edilmelidir. Yara yeri akıntı, kızarıklık, ısı artışı gibi enfeksiyon bulguları, ayrıca kanama kontrolü ve beyin omurilik sıvısı sızıntısı açısından değerlendirilmelidir. Hastanın ağrısı ve analjeziklere verilen yanıt değerlendirilir ve hastanın ameliyat öncesi alt ekstremitelerin duysal ve motor fonksiyonları takip edilerek karşılaştırılmalıdır. Hastalar ameliyattan hemen sonra yatak içinde dönmemeli ve mobilize olmamalıdır. Ekip uygun gördükten sonra hasta ve yakınlarına ortopedi hemşiresi tarafından yatakta dönme, yataktan kalkma veya sandalyeye oturma hareketlerini, yardımcı veya yardımcı olarak gösterilmelidir. Komplikasyonlarla ilgili semptomlar ve bulgular (bacaklarda oluşabilecek kas güçsüzlüğü, anal sfinkter kaybı, idrar retansiyonu, vb.) takip edilmeli ve bulgu görüldüğünde ekip bilgilendirilmelidir. Mesane veya bağırsak fonksiyonu ile ilgili sorunlar, hareketsizlik ve yüzüstü pozisyonda olma nedeniyle ameliyattan birkaç gün sonra gelişebilir. Bu sorunlardan kaçınmak için; hastanın ameliyattan sonra erken yetiştirilmesi, hastanın bol miktarda sıvı içmesi, lifli yiyecekler yemesi ve sonuç alınmaması durumunda müshil ilaçlar verilmesi gerekir. Hastanın konstipasyon olmaması gerektiği, eğer böyle bir durumla karşılaşırse zorlanmaması gerektiği vurgulanır. Çünkü bu zorlamayla birlikte gerginlik ağrısına neden olur hatta beyin omurilik sıvısının basıncını yükseltebilir. Hasta için doğru egzersiz planını oluşturmak ve öğretmek için

fizyoterapistlerle uyum için çalışılmalıdır. Hastalar kolayca mobilize olduğunda ve ağrı için kullandıklarında ilaçlar düşük olduğunda, taburcu edilirler (88,89). Ameliyat sonrası tüm hastaların postoperatif bakımının temelini hasta eğitimi oluşturur.

c. Hasta ve ailesinin hasta güvenliğine yönelik eğitimi

Ameliyatı sonrası dönemde hastanın ve ailesinin eğitimi büyük önem taşımaktadır. Eğitim; sözlü ve yazılı olarak verilmeli, aşırı bilgiden kaçınılmalı, mümkün olduğunca çok duyuya hitap edilmeli ve hasta kontrol için geldiğinde devam edilmelidir. Ameliyat edilen hastalara verilecek eğitim esas olarak aşağıdaki konuları kapsamalıdır (62,89,91-95).

- İlaç kullanımı: İlacın nasıl kullanıldığı, dozajı, etkileri, yan etkileri ve etkileşimleri dikkatlice öğrenilmelidir.

- Gelişebilecek komplikasyonlar: Gelişebilecek komplikasyonlar (enfeksiyon, menenjiyal iritasyon, sinir kökü tahrişi, ödem vb.), komplikasyonların belirtileri (baş ağrısı, ateş, uzuv ağrısı, karıncalanma, halsizlik, motor ve / veya his kaybı) nelerdir, felç, bağırsak ve mesane fonksiyonlarının kaybı vb.), komplikasyonlarla karşılaşmamak için ne yapılması gerektiğini bilmek ve komplikasyon belirti ve semptomları ortaya çıktığında derhal hastaneye başvurmak gerekir.

- Yara bakımı: Yara bölgesinde ısı artışı, kızarıklık, şişme, berrak ya da renkli akıntılar gibi belirtiler enfeksiyonu yönünden izlenmelidir.

- Ağrı kontrolü: Ağrı olursa, ağrıyı gidermek için derin soluk alıp verme egzersizleri yapılmalı, müzik dinlemek, dikkat dağıtmak, gerektiğinde ağrı kesici kullanmak gibi farmakolojik olmayan yöntemler kullanılmalıdır.

- Kontroller: İyileşmeyi takip etmek ve olası komplikasyonları tanımak için düzenli olarak kontrol edilmelidir.

- Sigara kullanımı: Sigara içmek yara iyileşmesini olumsuz etkileyen en temel faktördür.

- Beslenme: Yeterli ve dengeli beslenmek yara iyileşmesini olumlu yönde etkiler. Kilonuzun korunması yara yerinizde oluşacak gerginliği azaltır.

- Boşaltım: Kabızlık, intervertebral diskte artan basınca neden olabilir. Yorgunluktan kaçınmak için korunmalıdır. Lif kabızlığı önler. Yemek yemeli, bol su içmeli ve ihtiyaç halinde hekiminizin önerdiği dışkı yumuşatıcı ilaç kullanılmalıdır.

• Banyo: banyo ihtiyacı pansuman ile aynı periyotta yapılmalı ve ayakta duş alınmalıdır. Yara yeri su geçirmez bantlar ile kapatılmalı ve asla duş esnasında keselenmemelidir.

• Giyinme: Giysiler dolapta kolayca ulaşabilecek şekilde yerleştirilmelidir. Topuğu 3,5 cm yüksek ayakkabı ya da topuğu hiç olmayan düz ayakkabı giymekten kaçınılmalıdır.

• Doğal bir omurga duruşunu korumanın ve insan mekaniğini kullanmanın önemi:

- Ayakta durma: Gün içinde uzun süre ayakta durulmamalı, Ayağa kalkma sıklığı günde 5 defayı geçmemelidir.

- Oturma: 15-20 dk aşmayacak şekilde gün içinde oturma periyotları yapılmalı, alçak ve yumuşak sandalye veya koltukta oturulmamalı. Kalça ekleminin dizlerden daha aşağı konumlandığı alçak yerlere oturmak omurgayı zorlayacağı için tehlikelidir.

- Yürüme: Ev içinde 30 dk süreye kadar dolaşılmasına sakınca yoktur. Uzun süreli yürümekten kaçınılmalıdır.

- Egzersizler: Yatak içinde ayaklarını karına çekme, uzatma; ayak bilekleri egezersizleri, yatak içi her iki yana dönme hareketleri yapılabilir.

- Araba kullanma: 45 günün sonunda araba kullanmaya başlanır ancak 2 saatten uzun süre kullanılmamalıdır dinlenme aralıkları ayarlanmalıdır.

- Yerden obje kaldırma: Bir obje kaldırılırken öne eğilme, uzanma, kaldırma işlemleri beden mekaniklerine uygun yapılmalıdır.

- Taşıma: Yükün ağırlığı 5 kg geçmemeli, her iki kola eşit yük olacak şekilde paylaştırılmalıdır.

- Uzanma: Nesneleri kaldırırken esnmeden kaçınılmalı, daha yüksek nesnelere ulaşmak için basamaklar kullanılmalı ve vücut ters çevrilmelidir.

- Yatma: Uyurken veya uyanırken, vücudunuzu yatakta uygun bir pozisyona koymalı, yüzüstü pozisyonda uyumaktan kaçınılmalı, dizlerinizi ve bacaklarınızı sırtüstü pozisyona getirmeli, dönerken ve uyanırken omurganın doğal duruşu korunmalıdır

- Uyku: Yara iyileşmesini olumlu yönde etkilemesi için yeterli ve düzenli uyku kurallarını uyulmalıdır.

- İşe dönüş: Yerden bir cismi kaldırması gerekmeyen ve yürüme gerektiren işleri olan kişilerin 4 hafta içinde işe dönmelerine izin verilir. Uzun dönem ikamet gerektiren işlerde çalışanlar 6 ila 8 hafta içinde işlerine dönebilirler. Ağır hizmet çalışanları, işleri

değiştirilirse 12 hafta içinde işe dönebilirler. Bir iş değişikliği yapılamazsa, kişinin daha hafif bir iş yükü gerektiren işlerde çalışması gerekir.

- Cinsel Yaşam: Hastalar ağrı, ağrı için kullanılan ilaçlar ve sinir yapıları üzerindeki baskının etkisiyle cinsel yaşamlarında sorunlar yaşayabilirler. Ağrı hissedilirse cinsel aktivite yapılmamalıdır. Hastalar merdiven çıkma, yarım saat oturma, bir şeyin üstüne uzanma gibi aktivitelerde 15 dakika süren ağrıları yoksa veya hafif ağrı varsa cinsel aktiviteye başlayabilirler (96,99)

2.3. Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri Bakım Modeline Göre Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Hastanın ameliyat sonrası GYA yapabilmesi, tedavi ve bakımın temel ilkelerinden biridir. Bu amaçla, 1980'lerde “Roper, Logan ve Tierney” tarafından geliştirilen GYA modeli hemşirelik eğitim ve uygulama alanında en çok kullanılan modellerden biridir ve ameliyat olan hastalara bakım verilirken de sıklıkla kullanılmaktadır. Sağlık bakım uygulamalarının gözlenebilir, ölçülebilir olgular üzerine kurulmasının yanı sıra bütüncül ve humanist yaklaşımı ile bireyi merkeze yerleştiren bu modelin odak noktası olan yaşam aktiviteleri temel bileşenleri oluşturmaktadır. Model 12 temel günlük yaşam aktivitesini içerir. Bunlar (91,100);

- Güvenli Bir Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi
- İletişim
- Solunum
- Yeme ve İçme
- Boşaltım
- Kişisel Temizlik ve Giyim
- Beden Isısının Kontrolü
- Hareket Çalışma ve Eğlenme
- Cinsel Yaşam
- Uyku ve Ölümdür.

Günlük yaşam aktivitelerinin çeşitliliği ve kapsamlılığı birbiriyle ilişkilidir. Ameliyatlardan sonra, hastaların GYA arasında ağrı, aktivite kısıtlaması, cerrahi travma,

anestezi, kabızlık ve komplikasyonlar (mesane ve bağırsak yetmezliği, yara enfeksiyonu vb.) yer alır. GYA kapsamında bakım ve eğitimi planlayın, böylece hastalar GYA rahatlıkla yerine getirebilirler. GYA kapsamında planlanan ve verilen bakım ve eğitim, hastaların GYA rahatlıkla yapmalarını sağlar (62,88,90,91,101,102).

- **Güvenli Bir Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi**

Günlük yaşamdaki faaliyetlerin sorunsuz bir şekilde yürütülmesi güvenli ortamın sağlanması ve bu ortamın sürdürülmesiyle sağlanabilir. Biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel ve çevresel politik ve ekonomik faktörler bireylerin ve çevrelerinin güvenliğini olumsuz etkileyebilir. Güvenli bir ortam sağlanması ve sürdürülmesi kapsamında ameliyat sonrasında hastalar periferik nörovasküler disfonksiyon, kanama, çevre dokularda azalmış perfüzyon, DVT, çıkık, cilt bütünlüğünde bozulma, tahriş, düşme ve cerrahi bölgede enfeksiyon gibi sorunlar ortaya çıkabilmektedir (68,70,103,104).

- **İletişim**

İnsanlar sosyal yaratıklardır ve kendilerini, duygularını, düşüncelerini ve gereksinimlerini iletişim yoluyla ifade ederler. Ameliyattan sonra hastalar depresyon, işitme azlığı, bilinç değişiklikleri, yalnız olma hissi, sosyal izolasyon ve yorgunluk nedeniyle sözel / sözel olmayan iletişimde azalma problemleri yaşayabilirler (69,102,104,105).

- **Solunum**

Bireyin diğer günlük yaşam aktivitelerinden olan solunumu bağımsız olarak gerçekleştirebilmesi sürdürülmesine bağlıdır. Lomber Posterior Entrümantasyon operasyonundan sonra hastalar hava yollarını açamama / bozulmuş O₂-CO₂ değişimi, pulmoner tromboembolizm ve derin nefes-öksürük egzersizlerini yapma konusunda bilgi eksikliği gibi sorunlar yaşayabilir (69,104-106).

- **Yeme İçme**

Yeme-içme yaşamın temel faaliyetlerinden biridir ve ameliyat sonrası dönemde bireyin sağlığının iyileşmesi, korunması ve sürdürülmesi için önemlidir. Kalça protezi ameliyatından sonra hastalar, yeterli ve dengeli beslenme eksikliği ve yeme ve içme aktivitesi ile ilgili olarak yeterli ve dengeli beslenme konusunda bilgi eksikliği yaşayabilir (69,102,104,107).

- **Boşaltım**

Bireyin diğer günlük yaşam aktivitelerinden olan boşaltım değerlendirilmesi ve sürdürülmesi yaşam için önemlidir. Lomber Posterior Entrümantasyon operasyonundan sonra hastalarda idrar yolu enfeksiyonu, idrar retansiyonu, idrar ve gayta inkontinansı, boşaltım aktivitesine bağlı kabızlık ve ishal görülebilir (108-109).

- **Kişisel temizlik ve giyim**

Bu aktivite kişisel temizlik ve giyinme alışkanlıkları ile ilgilidir ve Lomber Posterior Entrümantasyon operasyonu sonrası ağrı, çıkık korkusu ve sınırlı hareketlilikten olumsuz etkilenebilir. Bu aktivitenin bir parçası olarak hastalar el, yüz ve ağız bakımı, vücut bakımı, perine bakımı ve kendi kendine üstlerini değiştirmede zorluk yaşayabilir (107,110 ,111-115).

- **Beden ısının kontrolü**

Vücut ısının normal sınırlar içinde ve kontrollü olması insanın yaşamsal işlevlerinin sürdürülebilmesi önemlidir. Lomber Posterior Entrümantasyon operasyonu sonrası vücut ısısı, enfeksiyon vb. durumlardan olumsuz etkilenebilir. Bu nedenle ameliyat sonrası dönemde hastalar hipertermi ve hipotermi sorunları açısından sık sık izlenmelidir (69,71).

- **Hareket**

Bireyin bağımlı olma ve bağımsız olma durumunu etkileyebilecek en önemli bir faaliyet harekettir. Lomber Posterior Entrümantasyon operasyonu, bireyin hareket aktivitesini doğrudan etkileyen cerrahilerdir. Ayrıca hareket edememe, ameliyat sonrası dönemde beslenme, boşaltım, iş ve eğlence, uyku gibi diğer faaliyetlerin bağımsız olarak gerçekleştirilmesini olumsuz etkiler. Ameliyattan sonra fiziksel aktivitenin sürdürülmesi ve hareket kısıtlaması hakkında bilgi eksikliğinden dolayı hastalar değerlendirilmelidir (69,112,116).

- **Çalışma ve eğlenme**

İş ve eğlence, bireyin çalışma hayatı ile ilgili faaliyetleri, ailesine / akrabalarına geçimini sağlamak ve boş zamanlarında sevdiği uğraşlarla uğraşmaktır. Kalça protezi ameliyatları sonrasında hastalar, çalışma hayatını sürdürmede zorluklar ve sosyal aktivitelerin azalmasıyla ilgili sorunlar yaşayabilirler (69).

- **Cinsel yaşam**

Bu, cinsel ifadeyi içeren bir faaliyettir. Kalça protezi ameliyatından sonra, sınırlı hareketlilik, ağrı ve çıkık korkusu cinsiyeti ciddi şekilde etkileyebilir. Ameliyat sonrası

hastalar cinsel yaşam ve cinsel aktivite sorunları hakkında bilgi sahibi değildir (69,117,118).

- **Uyku**

Bu aktivite bireyi günlük yaşamın stresinden kurtarır, fiziksel ve zihinsel olarak dinlenir. Kalça protezi ameliyatı sonrası ağrı, hareket kısıtlılığı, sürekli yatak istirahati, ilaçlar ve ruhsal sorunlar nedeniyle uykuyu olumsuz etkileyecektir (69,72).

- **Ölüm**

Omurga ameliyatı sonrasında hastaların karşılaştığı sorunlar, iyileşmeleri konusunda endişelenmelerine, ölüm veya ölüme yakın endişelere neden olabilir (69).



BÖLÜM 3 GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırma Lomber Posterior Stabilizasyon uygulanan hastalara, günlük yaşam aktivitelerip modeli doğrultusunda farklı iki yöntemle verilen eğitimin yaşam kalitesine etkilerini belirleyebilmek amacıyla girişim ve kontrol gruplu deneysel bir çalışma olarak gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

Hipotez 1. Lomber Posterior Stabilizasyon ameliyatından önce video eğitim alan hastaların ameliyat sonrası yaşam kalitesi puanı, broşür eğitim alan hastalara göre daha yüksektir.

Hipotez 2. Lomber Posterior Stabilizasyon ameliyatından önce video eğitim alan hastaların ameliyat sonrası ağrı puanı, broşür eğitimi alan hastalara göre daha düşüktür.

Hipotez 3. Lomber Posterior Stabilizasyon uygulanan hastalarda video eğitim alanlar broşür eğitimi alanlara göre öğrendiklerini uygulama daha iyi uyumludur.

3.3. Araştırmanın Değişkenleri

- Bağımlı Değişkenler: McGill Ağrı Ölçeği, Oswestry Ölçeği (Bel Ağrısı Anketi) ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğidir.

- Bağımsız Değişkenler: Sosyo-demografik özellikler, video eğitim ve broşür kullanılarak yapılan eğitimidir.

3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Temmuz 2019-Nisan 2022 tarihleri arasında, İstanbul ilinde, muayenehane olarak hizmet veren özel bir ortopedi merkezinde, posterior enstürmantasyon ameliyatı

olmak için başvuran ve daha önce posterior enstürmantasyon ameliyatı olmayan hastalar üzerinde gerçekleştirildi.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini, muayenehane olarak hizmet veren özel bir ortopedi merkezine, 2019 yılının Temmuz ayında, posterior enstürmantasyon muayenesi için başvuran hastalar (n=85) oluşturdu.

Araştırmanın örneklem büyüklüğünü hesaplamak amacıyla, G*Power (v3.1.7) programı kullanılarak güç analizi yapıldı. Alfa güvenilirlik düzeyi (α)=0,05 etki büyüklüğü=0,58 testin gücü ($1-\beta$)=0,95 olarak alındığında örneklem sayısı her grup için n=35 olarak saptandı. Çalışma sürecinde girişim ve kontrol grubuna 35'er hasta toplam 70 hasta randomize olarak alınmasına karar verildi.

Hastalara tek ve çift sayıları içeren numaralar çektirildi. Tek sayılar video grubunu çift sayılar broşür grubunu oluşturdu.

3.5.1. Örneklem Alınma Kriterleri

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olması,
- Bilişsel, duyuşsal ve sözel iletişim kurmayı engelleyen bir sorununun olmaması,
- 18 yaş ve üzeri olması,
- İlk kez posterior enstürmantasyon ameliyatı olması,
- Fiziksel hareketi engelleyecek bir kas-iskelet sistemi hastalığı olmaması.

Girişim ve kontrol grupları oluşturulurken; yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi kriter alınarak grupların homojenliği sağlanmaya çalışıldı.

3.5.2. Örneklemden Dışlanma Kriterleri

- Posterior enstürmantasyon ameliyatı olunması,
- Fiziksel hareketi engelleyecek bir kas-iskelet sistemi hastalığı olmaması.
- Diyabet tanısı konulmasıdır.

3.6. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmada verileri için aşağıda belirtilen araçlar ile elde edildi.

- Sosyo-Demografik Özellikler (Ek 1)
- Ostwestry Skalası (Ek2)
- McGill Ağrı Anketi (Ek 3)
- Yaşam Kalitesi Öleğı (SF-36) (Ek 4)
- Ameliyat Sonrası Bakımında Broşür Eğıtimini Değerlendirme Formu (Ek 5)
- Ameliyat Sonrası Bakımında Video Eğıtimini Değerlendirme Formu (Ek 6)

3.6.1. Sosyo-Demografik Özellikler Formu (Ek 1)

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda amaca uygun olarak hazırlanan form; bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğıtim durumu, kiminle yaşadığı, sigara, spor ve yapılan spor türü gibi sosyo-demografik özelliklerini içeren 12 soru ve lomber posterior enstrümantasyona ilişkin veriler bölümünde ise hastalık öyküsü, kullanılan ilaçlar, hastaneye başvurma nedenleri, geçirilen bir travma öyküsü, yürürken yardımcı bir alet kullanma durumunu sorgulayan 13 soru olmak üzere toplam 25 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. Ostwestry Skalası (Ek 2)

Ölçek, 1991 yılında Howard Vemon ve Sylvano Mior tarafından Servikal omurga hastaları için uyarlanmıştır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2008 yılında Aslan ve arkadaşları tarafından yapılmış olup, cronbach alfa değeri 0,899 ‘dur. Araştırma cronbach alfa değeri 0,967 olarak bulunmuştur. Ostwestry Skalası 10 maddeden oluşmakta; maddeler ağrı şiddetini, kendine bakımı, ayakta durma, yük kaldırma-taşıma, yürüyüş, oturma, uyku durumlarını ağrının değişme derecesini, yolculuk ve sosyal hayatı değerlendirmektedir. Her maddenin altında hastanın durumuna uygun olanı işaretlediğı altı ifade vardır. İlk ifade “0”, altıncı ifade “5” olarak puanlanır. Toplam puan hesaplandığında iki ile çarpılır ve yüzde olarak söylenmektedir. Maksimum puan "100", minimum puan "0"dır. Toplam skor arttıkça özürlölük düzeyi de artmaktadır (6,26,30,31).

3.6.3. McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu (MAÖ-KF) (Ek 3)

1987 yılında Melzack tarafından geliştirilen McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu; ağrının duyusal özelliği, şiddeti ve etkisi hakkında bilgi vermektedir (28). 2007 yılında Yakut ve arkadaşları tarafından romatoid artritli hastalar üzerinde yapılan çalışmada Türkçe geçerlik ve güvenirlik analizi yapılmış, cronbach alfa değeri 0,78 bulunmuştur (119). Araştırmada ise cronbach alfa değeri 0,93 olarak saptanmıştır.

McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm, 15 tanımlayıcı kelime içerir. 11'i ağrının duyusal, 4'ü ise algısal boyutunu değerlendirir. Bu tanımlayıcı kelimeler, 4'lü likert tipile derecelendirilmiştir (0 = yok, 1= Hafif, 2= Orta, 3= Fazla). Ölçeğin birinci bölümünde, duyusal ağrı skoru, algısal ağrı skoru ve toplam ağrı skoru olmak üzere toplam üç ağrı skoru elde edilir. Duyusal ağrı skoru 0-33, algısal ağrı skoru 0-12, toplam ağrı skoru ise 0-45 aralığındadır. Puanın artması ağrının da arttığını göstermektedir (29).

İkinci bölümünde, VAS (Vizüel Analog Skalası) Hastanın ağrılarını 0-10 puan arasında değerlendirmeleri istenmektedir. 0 puan ağrısız olduğunu, 10 puan ise ağrının en şiddetli olduğunu ifade etmektedir.

Üçüncü bölümde ise altı tane ifade yer almaktadır. İfadeler, 0 ağrısızlık ile 5 dayanılmaz ağrı arasında değerlendirilir (0=ağrı yok, 1=hafif, 2=rahatsız edici, 3=sıkıntı verici, 4=berbat, 5=dayanılmaz ağrı).

3.6.4. Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF 36) (Ek 4)

SF-36 yaşam kalitesi ölçeği, 1992 yılında Sherbourne ve Ware tarafından geliştirilmiş olup Koçyiğit tarafından 1999 yılında SF-36 Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek 36 maddeden ve 8 boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; fiziksel fonksiyon, fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, enerji/canlılık/vitalite, ruhsal sağlık, sosyal fonksiyon, ağrı ve genel sağlık algısıdır (120).

Ölçeğin kısa sürede uygulanabilmesi, sağlık durumunun olumlu ve olumsuz yönlendirmede oldukça duyarlı olmasıyla ölçeğin avantajları arasında sayılmaktadır (121).

SF-36 her bir alt ölçek için ayrı ayrı toplam puanlar vermektedir (121). 8 alt boyut sağlığı 0 ila 100 arasında puanlandırılmıştır. 0 (sıfır) puan kötü sağlık durumunu, 100 (yüz) puan ise iyi sağlık durumunu ifade etmektedir.

3.6.5. Ameliyat Sonrası Bakımında Broşür ile Eğitimi Değerlendirme Formu (Ek 5)

Araştırmacı tarafından hazırlanan form, ameliyat sonrası uygulanan eğitim broşürünü görsel, estetik ve eğitim içeriği yönünden değerlendiren, 3'li likert (1- katılıyorum, 2- kararsızım, 3-katılmıyorum) toplam 13 sorudan oluşmaktadır. Araştırmada ameliyat sonrası bakımında eğitim broşürü değerlendirme formu cronbach alpha güvenirlik katsayısının 0,811 olduğu bulunmuştur.

3.6.6. Ameliyat Sonrası Bakımında Video ile Eğitimi Değerlendirme Formu (Ek 6)

Değerlendirme formu; Akkuş (2021) çalışması referans alınarak lomber posterior enstürmantasyon ameliyat sonrası bakım kriterlerine göre hazırlanmıştır (122). Sorular, video eğitimin görsel, işitsel ve estetik yönlerinden, içerik ve yeterliliği açısından 3'li likert (1- katılıyorum, 2- kararsızım, 3-katılmıyorum) tipte toplam 17 maddeden oluşmaktadır. Araştırmada ameliyat sonrası video eğitimi değerlendirme formu cronbach alpha güvenirlik katsayısının 0,720 olduğu bulunmuştur.

3.7. Araştırmanın Uygulaması/Veri Toplamada İzlenen Yol

Özel bir ortopedi merkezine başvuran, araştırma kabul kriterlerine uygun ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan eğitim grupları oluşturuldu. Araştırma kapsamındaki eğitim grupları basit randomizasyon yöntemi ile belirlendi.

3.7.1. Video Eğitim Grubu

Örneklem seçim kriterlerine uyan ve video eğitim grubunda yer alan hastalarla ilk aşamada, Ek-1, Ek-2, Ek-3, 1,5 ay kontrollerinde ise Ek-4, Ek-6 formları yüz yüze görüşülerek özel bir ortopedi merkezinin muayane odasında tamamlandı.

Video eğitimde yer alan konular;

Güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi

İlaç kullanımı,

Ağrı kontrolü,

Yara yeri bakımı,

Yeterli - dengeli beslenme

Boşaltım,

Kişisel hijyen ve banyo yapma,

Giyinme,

Hareket,

Cinsel yaşam,

Çalışma yaşamı,

Uyku ve dinlenme,

Sosyal yaşam,

Kontroller hakkında eğitim başlıklarından oluşmaktadır.

Bu eğitim başlıkları, Microsoft powerpoint sunu dosyasına aktarıldı. Başlıklara uygun görsel ve işitsel materyallerle eğitimler oluşturuldu. Video eğitim bilgisayar, cep telefonu veya tablet bilgisayarla erişilebilir olarak tasarlandı. Eğitim, hastanın istediği zaman açabilme, tekrar edebilme, sesi alçaltıp yükseltebilme ve tam ekran moduna alabilme özelliklerine sahiptir. Video eğitim görsellerine ait görüntüler Ek 'da sunulmuştur.

Lomber posterior enstürmantasyon ameliyat olacak hastalara, veri toplama araçlarının ilk görüşme anketleri yüz yüze görüşülerek uygulandı. Ameliyat sonrası bakım eğitimi için video eğitim ameliyattan önce hastalara e-posta yoluyla gönderildi. 1,5 ay sonra kontrole geldiklerinde veri toplama araçlarının son anket formları uygulandı ve ameliyat sonrası bakım eğitimleri sonlandırıldı.

3.7.2. Broşür Eğitim Grubu

Örneklem seçim kriterlerine uyan ve broşür eğitim grubunda yer alan hastalarla ilk aşamada, Ek-1, Ek- 2, Ek-3, 1,5 ay kontrollerinde ise Ek-4, Ek-5, Ek-6, formları yüz yüze görüşülerek tamamlandı. Eğitim, deneyimli ortopedi ameliyathane hemşiresi tarafından hasta eğitimleri yüz yüze, özel bir ortopedi merkezinin muayane odasında yapılarak uygulandı. Eğitim sonunda hastalara eğitim broşürü verildi. Eğitim broşürü Ek-7'de yer almaktadır.

Broşür hazırlanırken; ortopedi profesörü, ortopedi doçenti, ameliyathane hemşiresi ve ortopedi servis hemşiresinden görüş alınmıştır.

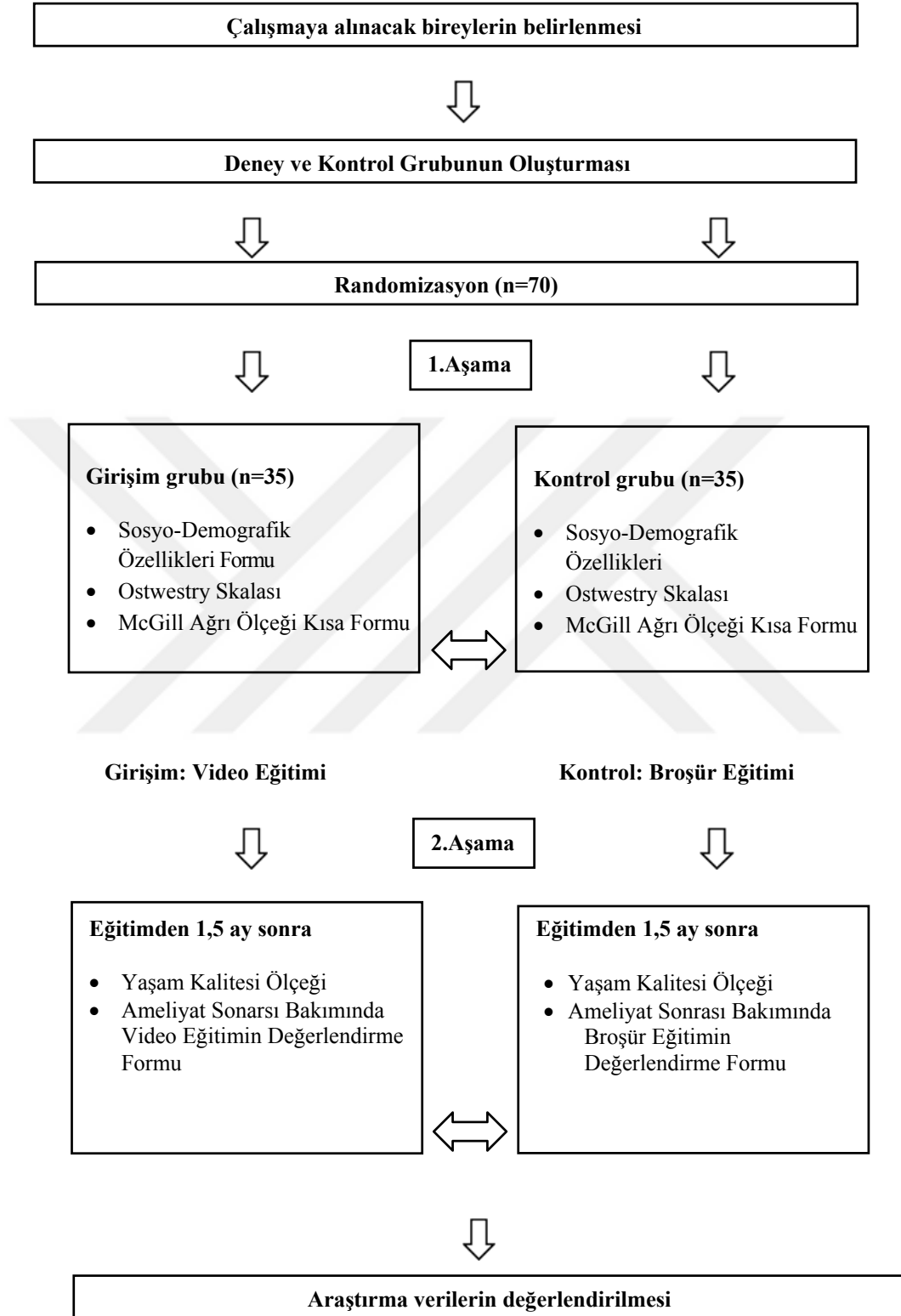
Broşür eğitiminde yer alan konular;

- Güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi
- İlaç kullanımı,
- Ağrı kontrolü,
- Yara yeri bakımı,
- Yeterli - dengeli beslenme
- Boşaltım,
- Kişisel hijyen ve banyo yapma,
- Giyinme,
- Hareket,
- Cinsel yaşam,
- Çalışma yaşamı,
- Uyku ve dinlenme,
- Sosyal yaşam,
- Kontroller hakkında eğitim başlıkları yer almaktadır.

Bu eğitim başlıkları broşüre aktarıldı. Bu başlıklara uygun görsel materyaller oluşturuldu. Broşür eğitimi sessiz, sakin, uygun ısıda, muayenehanenin kalabalık ortamından uzakta ve yeterli aydınlatılmış bir ortam verildi. Her bir eğitimin süresi yaklaşık 60 dakika olup hastanın gereksinim duydukları ve merak ettikleri konularda eğitim tekrarlandı.

Eğitime katılanların soru sormalarına, endişelerini ifade etmelerine zaman verildi. 1,5 ay sonra kontrole geldiklerinde veri toplama araçlarının son anket formları uygulandı ve ameliyat sonrası bakım eğitimleri sonlandırıldı.

Her iki grubun, araştırma boyunca izlediği yolları içeren araştırma planı şekil 1’de verilmiştir.



Şekil 3.1 Tez Akış Şeması

3.8.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan grupların demografik verileri, yaşam koşulları, tıbbi öyküleri ve ameliyat öncesi yapılan uygulamalara yönelik sorulara frekans analiz uygulanmış, verilerin dağılımı “n” ve “%” olarak tablolarda sunulmuştur. Gruplar arasındaki fark ki-kare analizi ile değerlendirilmiştir. Sonrasında, video ve broşür eğitim gruplarının OSWESTRY, MCGILL ve SF36 Yaşam Kalitesi Ölçek ifadeleri ve ortalama puanları karşılaştırılmıştır.

Demografik verilere göre de söz konusu ölçek ve alt boyutlarının farklılaşma durumları anlamlılık testleri ile analiz edilmiştir. Hangi analizin kullanılacağına karar vermeden önce, verilerin normal dağılıma uyup uymadığı Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk sınamaları ile değerlendirilmiştir. Normal dağılıma uyan verilerin ($p>0.05$); analizi için ikili karşılaştırmalarda Independent Samples t test, ikiden fazla değişkenin karşılaştırılmasında ise; ANOVA kullanılmıştır. Anlamlı çıkan analizlerde hangi gruplar arasında fark olduğunun belirlenmesi için Levene testi ile varyansların homojenliği değerlendirilmiştir. Test sonucuna göre, Gabriel post-hoc analizi ve Horeberg's GT2 post hoc analizi kullanılmıştır. Araştırmanın analizinde SPSS v23 istatistik programı kullanılmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın İstanbul ilinde bulunan bir Ortopedi Kliniğinde yürütülmüş olması sınırlılığdır.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için, İstanbul Okan Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan 12.06.2019 tarih ve 110 sayılı etik onay alındı (Ek 8). Özel bir ortopedi merkezinden 02.05.2019 tarihinde onay alındı.

BÖLÜM 4 BULGULAR

Lomber Stabilizasyon uygulanan hastalara günlük yaşam aktiviteleri modeli doğrultusunda farklı iki yöntemle verilen eğitimin yaşam kalitesine etkisini belirleyebilmek amacıyla gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen sonuçlar;

- ‘Grupların Demografik Verileri, Yaşam Koşulları, Tıbbi Öyküleri ve Ameliyat Öncesi Uygulamalarının Karşılaştırılması
- Grupların OSWESTRY, MCGILL ve SF36 Yaşam Kalitesi Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması
- Grupların OSWESTRY, MCGILL ve SF36 Yaşam Kalitesi Ölçek İfadelerine Ait Ortalamalarının Karşılaştırılması
- Grupların Yaşam Koşullarına Göre OSWESTRY, MCGILL ve SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Değerlendirilmesi
- Grupların Ameliyat Öncesi Uygulamalara Göre OSW OSWESTRY, MCGILL ve SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Değerlendirilmesi’’ başlıkları altında incelendi.

4.1. Grupların Demografik Verileri, Yaşam Koşulları, Tıbbi Öyküleri ve Ameliyat Öncesi Uygulamalarının Karşılaştırılması

Tablo 1. Girişim ve Kontrol Gruplarının Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Demografik Veriler		Video Eğitim Grubu		Broşür Eğitim Grubu		Analiz	
		n	%	n	%	X ²	p
Cinsiyet	Kadın	25	71,4	25	71,4	,504	,686
	Erkek	10	28,6	10	28,6		
Yaş	19-29 yaş	1	2,9	1	2,9	17,877	,331

Tablo 1. (Devam)

	30-39 yaş	2	5,7	5	14,3		
	40-49 yaş	6	17,1	3	8,6		
	50-59 yaş	12	34,3	4	11,4		
	60 yaş ve üstü	14	40,0	22	62,9		
Medeni Durum	Evli	19	54,3	25	71,4	1,151	,454
	Bekar	16	45,7	10	28,6		
Öğrenim Durumu	Okuryazar değil	2	5,7	-	-	23,036	,287
	İlköğretim	2	5,7	7	20,0		
	Ortaöğretim	7	20,0	7	20,0		
	Lise	14	40,0	11	31,4		
	Lisans	8	22,9	8	22,9		
	Lisansüstü	2	5,7	2	5,7		
Meslek	Memur	4	11,4	2	5,7	29,837	,230
	İşçi	2	5,7	4	11,4		
	Ev Kadını	10	28,6	7	20,0		
	Serbest	6	17,1	4	11,4		
	Emekli	12	34,3	17	48,6		
	Diğer	1	2,9	1	2,9		
Meslek Özellikleri	Ağır yük kaldırmayı gerektirir.	1	2,9	3	8,6	35,726	,003
	Uzun süre oturmayı gerektirir.	6	17,1	3	8,6		
	Uzun süre ayakta durmayı gerektirir.	2	5,7	2	5,7		
	Uzun süre seyahat etmeyi gerektirir	5	14,3	1	2,9		
	Hem oturmayı hem ayakta kalmayı gerektirir	21	60,0	26	74,3		
	Total	35	100,0	35	100,0		

*Ki-kare analizi uygulanmıştır.

Araştırmaya katılan video eğitim ve broşür eğitim gruplarının demografik verileri değerlendirildiğinde; video eğitim grubu katılımcılarının %71,4'ünün kadın, %40'ının 60 yaş ve üzeri, %54,3'ünün evli, %40'ının lise mezunu, %34,3'ünün emekli, %60'ının hem oturmayı hem ayakta kalmayı gerektiren bir mesleğinin olduğu belirlenmiştir. Broşür eğitim grubu katılımcılarının %71,4'ünün kadın, %62,9'unun 60 yaş ve üzeri, %71,4'ünün evli, %31,4'ünün lise mezunu, %48,6'sının emekli, %74,3'ünün hem ayakta kalmayı gerektiren bir mesleğinin olduğu saptandı (Tablo 1).

Tablo 2. Girişim ve Kontrol Gruplarının Yaşam Koşullarının Değerlendirilmesi

Yaşam Koşulları		Video Eğitim Grubu		Broşür Eğitim Grubu		Analiz	
		n	%	n	%	X ²	p
Yaşadığı Kişiler	Yalnız	8	22,9	5	14,3	19,465	,078
	Eşim ile birlikte	15	42,9	11	31,4		
	Eşim ve çocuklarımla	6	17,1	11	31,4		
	Akraba/Bakıcı ile birlikte	6	17,1	7	20,0		
	Diğer	-	-	1	2,9		
Yaşanan Konut Tipi	Tek katlı	4	11,4	3	8,6	3,209	,523
	İki katlı	11	31,4	11	31,4		
	Apartman	20	57,1	21	60,0		
Asansör	Evet	11	31,4	16	45,7	,000	1,00
	Hayır	24	68,6	19	54,3		
Sigara	Evet	17	48,6	13	37,1	2,778	,596
	Hayır	7	20,0	9	25,7		
	Bıraktım	11	31,4	13	37,1		
Spor	Evet	12	34,3	7	20,0	,127	,547
	Hayır	23	65,7	28	80,0		
Yapılan Spor	Yürüme	7	20,0	4	11,4	8,000	,092
	Yüzme	2	5,7	3	8,6		
	Hafif Tempolu Koşu	2	5,7	-	-		
	Pilates	1	2,9	1	2,9		
	Diğer	1	2,9	-	-		
	Total	35	100,0	35	100,0		

*Ki-kare analizi uygulanmıştır.

Araştırmaya katılan video eğitim ve broşür eğitim gruplarının yaşam koşulları değerlendirildiğinde; video eğitim grubu katılımcılarının %42,9'unun eşi ile birlikte yaşadığı, %57,1'inin apartmanda yaşadığı, %68,6'sının asansörünün olmadığı, %48,6'sının sigara kullandığı, %65,7'sinin spor yapmadığı, spor yapanların %20'sinin yürüyüş yaptığı belirlenmiştir. Broşür eğitim grubu katılımcılarının %31,4'ünün eşi ile birlikte, %31,4'ünün eşi ve çocuklarıyla yaşadığı, %60'ının apartmanda yaşadığı, %54,3'ünün asansörünün olmadığı, %37,1'inin sigara kullandığı, %31,7'sinin sigarayı bıraktığı, %80'inin spor yapmadığı, spor yapanların %20'sinin yürüyüş yaptığı belirlendi (Tablo 2).

Tablo 3. Girişim ve Kontrol Gruplarının Tıbbi Öykülerinin Değerlendirilmesi

Tıbbi Öykü		Video Eğitim Grubu		Broşür Eğitim Grubu		Analiz	
		n	%	n	%	X ²	p
Ek Hastalık	Evet	14	40,0	20	57,1	,486	,511
	Hayır	21	60,0	15	42,9		
İlaç kullanma durumu	Evet	34	97,1	35	100,0	-	-
	Hayır	1	2,9	-	-		
*Kullanılan ilaç	Tansiyon	10	12,0%	6	6,3%	-	-
	Diyabet	5	6,0%	4	4,2%		
	Kan sulandırıcı	4	4,8%	6	6,3%		
	Kas gevşetici	22	26,5%	30	31,3%		
	Ağrı Kesici	34	41,0%	35	36,5%		
	Mide Koruyucu	8	9,6%	12	12,5%		
	Parkinson	-	-	3	3,1%		
Daha Önce Ameliyat Olma Durumu	Evet	24	68,6	24	68,6	6,615	,677
	Hayır	11	31,4	11	31,4		
*Ameliyat Türü	Kalça Protezi	7	21,2%	4	14,8%	-	-
	Diz Protezi	1	3,0%	1	3,7%		
	Baypass	3	9,1%	1	3,7%		
	Tiroid	3	9,1%	1	3,7%		
	Sezeryan	7	21,2%	2	7,4%		
	Lomber Disk H.	8	24,2%	11	40,7%		
	Servikal Disk H.	2	6,1%	3	11,1%		
	Üroloji	2	6,1%	1	3,7%		
	Diğer	-	-	3	11,1%		
	Total	35	100,0	35	100,0		

*Ki-kare analizi uygulanmıştır.

Araştırmaya katılan video eğitim ve broşür eğitim gruplarının tıbbi öyküleri değerlendirildiğinde; video eğitim grubu katılımcılarının %60'ının hasta olmadığı, %97,1'inin ilaç kullandığı, %41'inin ağrı kesici kullandığı, %68,6'sının ameliyat olduğu, %24,2'sinin Lomber Disk H. ameliyatı olduğu saptanmıştır. Broşür eğitim grubu katılımcılarının %57,1'inin hasta olduğu, %100'ünün ilaç kullandığı, %36,5'inin ağrı kesici kullandığı, %68,6'sının ameliyat olduğu, %40,7'sinin Lomber Disk H. ameliyatı olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4. Girişim ve Kontrol Gruplarının Ameliyat Öncesi Yapılan Uygulamaların Dağılımı

Ameliyat Öncesi Uygulamalar		Video Eğitim Grubu		Broşür Eğitim Grubu		Analiz	
		n	%	n	%	X ²	p
Hastaneye Başvurma Nedeni	Bel Ağrısı	6	17,1	2	5,7	6,611	,158
	Bacağa Vuran Ağrı	5	14,3	5	14,3		
	Bacakta Kasılma, Uyuşma	13	37,1	14	40,0		
	Yürümede-Oturup Kalkmada Güçlük	11	31,4	14	40,0		
Rahatsızlığın Başlama Zamanı	2 aydan az	4	11,4	2	5,7	23,256	,563
	2-6 ay	4	11,4	3	8,6		
	6-12 ay	12	34,3	7	20,0		
	1-2 yıl	10	28,6	11	31,4		
	3-5 yıl	3	8,6	9	25,7		
	5 yıl +	2	5,7	3	8,6		
Hekime Başvurma sayısı	1-3	19	54,3	13	37,1	6,611	,158
	4-6	12	34,3	10	28,6		
	7 ve üzeri	4	11,4	12	34,3		
Uygulanan Tedavi	İlaç tedavisi	13	37,1	5	14,3	3,172	,957
	Fizik tedavi	2	5,7	1	2,9		
	Kombine tedavi	19	54,3	28	80,0		
	Yok	1	2,9	1	2,9		
Ailede Hastalık Öyküsü	Yok	16	45,7	22	62,9	,002	,621
	Var	19	54,3	13	37,1		

Tablo 4. (Devam)

Kaza Geçirme Durumu	Evet	13	37,1	13	37,1	1,753	,282
	Hayır	22	62,9	22	62,9		
Kaza Türü	Trafik Kazası	2	5,7	4	11,4	,750	,667
	Kayma, Düşme	10	28,6	3	8,6		
	Belinizi Zorlayacak Şekilde Eğilme	-	-	3	8,6		
	Ağır Kaldırma	1	2,9	3	8,6		
	Yok	17	48,6	8	22,9		
Yardımcı Alet	Koltuk Değneği	-	-	3	8,6	18,651	,545
	3 Ayaklı Baston	9	25,7	8	22,9		
	Walker Yürüteç	3	8,6	3	8,6		
	Tekerlekli Sandalye	4	11,4	8	22,9		
	Diğer	2	5,7	5	14,3		
	Total	35	100,0	35	100,0		

*Ki-kare analizi uygulanmıştır.

Araştırmaya katılan video eğitim ve broşür eğitim gruplarının ameliyat öncesi yapılan uygulamalar değerlendirildiğinde; video eğitim grubu katılımcılarının 37,1'inin hastaneye başvurma nedeni Bacakta Kasılma, Uyuşma olduğu, %34,3'ünün 6-12 ay süresinde rahatsızlığın başladığı, %54,3'ünün 1-3 kez hekime başvurduğu, %54,3'üne kombine tedavi uygulandığı, %54,3'ünün ailede hastalık öyküsü olmadığı, %62,9'unun kaza geçirmediği, kaza geçirenlerin %28,6'sının kayma, düşme yaşadığı, %48,6'sının yardımcı alet kullanmadığı belirlenmiştir. Broşür eğitim grubu katılımcılarının %40'ının hastaneye başvurma nedeni Bacakta Kasılma, Uyuşma ve Yürümede, Oturup Kalkmada Güçlük olduğu, %31,4'ünün rahatsızlığının başlama süresinin 1-2 yıl olduğu, %37,1'inin 1-3 kez hekime başvurduğu, %80'ine kombine tedavi uygulandığı, %62,9'unun ailede hastalık öyküsü olmadığı, %62,9'unun kaza geçirmediği, kaza geçirenlerin 11,4'ünün trafik kazası geçirdiği, %22,9'unun 3 ayaklı baston, %22,9'unun tekerlekli sandalye kullandığı belirlenmiştir (Tablo 4).

4.2. Grupların OSWESTRY, MCGILL ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 5. Girişim ve Kontrol Gruplarının OSWESTRY Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

OSWESTRY	Video Eğitim Grubu		Broşür Eğitim Grubu		Analiz	
	$\bar{x}$	Sd.	$\bar{x}$	Sd.	t	p*
Oswestry Ölçeği (Genel)	55,54	22,219	64,80	18,357	-1,900	,062

*Independent Samples T test

Araştırmaya katılan video eğitim ve broşür eğitim gruplarının Oswestry ölçek puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmedi ($p=0.062$) ($p>0.05$). Broşür Eğitim grubunun Oswestry ölçek puanı ($64,80\pm18,35$), video eğitim grubuna ($55,54\pm22,21$), göre daha yüksek bulunmuştur ancak anlamlı fark tespit edilmemiştir (Tablo 5).

Tablo 6. Girişim ve Kontrol Gruplarının MCGILL Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

MCGILL	Video Eğitim Grubu		Broşür Eğitim Grubu		Analiz	
	$\bar{x}$	Sd.	$\bar{x}$	Sd.	t	p*
McGill Mevcut Ağrı Şiddeti	8,257	,9500	8,514	,9194	-1,151	,254
Mcgill Ağrı Ölçeği (Genel)	25,57	8,385	30,91	6,261	-3,021	,004

*Independent Samples T test

Araştırmaya katılan video eğitim ve broşür eğitim gruplarının McGill mevcut ağrı şiddeti ve ağrı ölçeği puanları karşılaştırıldığında; Mcgill mevcut ağrı puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmedi ($p=0.254$). Mcgill ağrı ölçeği açısından ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir ($p=0.004$). Broşür eğitim grubunun ağrı ölçeği puanlarının ($30,91\pm6,26$), video eğitim grubuna ($25,57\pm8,38$) göre daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$). McGill Ölçeği duyuşsal ağrıyı ifade etmektedir.

Tablo 7. Girişim ve Kontrol Gruplarının SF36 Yaşam Kalitesi Alt Boyutları Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

SF36 YAŞAM KALİTESİ	Video Eğitim Grubu		Broşür Eğitim Grubu		Analiz	
	$\bar{x}$	Sd.	$\bar{x}$	Sd.	t	p*
Fiziksel Fonksiyon (SF36)	56,71	28,925	37,43	31,608	2,663	,010
Fiziksel Rol Güçlüğü (SF36)	40,71	42,911	32,14	40,480	,860	,393
Emosyonel Rol Güçlüğü (SF36)	79,05	32,425	57,14	46,139	2,298	,025
Enerji/Vitalite/Canlılık (SF36)	61,00	21,276	46,71	27,006	2,458	,017
Ruhsal Sağlık (SF36)	74,63	15,998	65,94	21,329	1,927	,058
Sosyal İşlevsellik (SF36)	64,29	21,892	50,36	23,772	2,550	,013
Ağrı (SF36)	67,43	19,680	52,14	26,899	2,713	,008
Genel Sağlık (SF36)	70,00	17,905	56,43	21,233	2,891	,005

*Independent Samples T test

Araştırmaya katılan video eğitim ve broşür eğitim gruplarının SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları karşılaştırıldığında; fiziksel fonksiyon ($p=0.010$), emosyonel rol güçlüğü ($p=0.025$), enerji/vitalite/canlılık ($p=0.017$), sosyal işlevsellik ($p=0.013$), ağrı ($p=0.008$) ve genel sağlık düzeyi ($p=0.005$) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ($p<0.05$). Sonuçlara göre; video eğitim grubunun fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, enerji/vitalite/canlılık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık düzeylerine ilişkin yaşam kalitesi düzeylerinin, broşür eğitim grubuna göre daha ileri düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

4.3. Grupların OSWESTRY, MCGILL ve SF36 Yaşam Kalitesi Ölçek İfadelerine Ait Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 8. Girişim ve Kontrol Gruplarının OSWESTRY Ölçeği İfadelerinin Karşılaştırılması

OSWESTRY Ölçeği İfadeleri	Video Eğitim Grubu		Broşür Eğitim Grubu		Analiz	
	$\bar{x}$	Sd.	$\bar{x}$	Sd.	t	p*
Ağrınızın şiddeti nasıl?	3,343	1,0831	3,800	1,0516	-1,791	,078
Kişisel bakım	2,314	1,0784	2,543	,8521	-,984	,329
Yük Kaldırma	3,171	1,3609	3,743	1,1966	-1,865	,066
Yürüme	2,657	1,2821	3,286	,8935	-2,380	,020
Oturma	2,171	1,0977	2,400	,8117	-,990	,325
Ayakta durma	2,600	1,1428	3,057	1,1868	-1,642	,105
Uyuma	2,229	1,2148	2,457	1,0100	-,856	,395
Sosyal yaşam	3,257	1,4005	3,600	1,1167	-1,132	,261
Seyahat	2,914	1,3584	3,486	1,1973	-1,867	,066
Ağrının değişme derecesi	3,114	1,4302	4,029	1,2715	-2,826	,006

*Independent Samples T test

Araştırmaya katılan video eğitim ve broşür eğitim gruplarının Oswestry Ölçeği ifadeleri karşılaştırıldığında; yürüme ($p=0.020$) ve ağrının değişme derecesi ($p=0.006$) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Sonuçlara göre; broşür eğitim grubunun yürüme ve ağrının değişme derecelerinin, video eğitim grubuna göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 8).

Tablo 9. Girişim ve Kontrol Gruplarının MCGILL Ölçeği İfadelerinin Karşılaştırılması

MCGILL Ağrı Ölçeği İfadeleri	Video Eğitim Grubu		Broşür Eğitim Grubu		Analiz	
	$\bar{x}$	Sd.	$\bar{x}$	Sd.	t	p*
Zonklama	2,171	,8570	2,600	,5531	-2,486	,015
Fırlayan	1,171	,7470	1,486	,6585	-1,867	,066
Şiş	,914	,6585	1,314	,6761	-2,507	,015
Keskin	2,086	,8869	2,400	,7746	-1,579	,119

Tablo 9. (Devam)

Kramp	1,371	,7311	1,886	,6761	-3,055	,003
Kemirici	1,800	,7971	2,257	,7800	-2,425	,018
Sıcaklık veren	1,543	,5606	1,571	,5021	-,225	,823
Acııcı	2,114	,6761	2,371	,6897	-1,575	,120
Yoğun	2,257	,7800	2,714	,5725	-2,795	,007
İncitici	1,314	,7581	1,714	,6674	-2,343	,022
Yarıcı	1,086	,7017	1,600	,8117	-2,836	,006
Yorucu	2,429	,7778	2,743	,5606	-1,939	,057
Tiksindirici	1,600	,9456	2,257	,8168	-3,111	,003
Korkunç	2,514	,7425	2,686	,5827	-1,075	,286
Cezalandırıcı	1,200	,6325	1,314	,5827	-,786	,434

*Independent Samples T test

Araştırmaya katılan video eğitim ve broşür eğitim gruplarının McGill ağrı ölçeği ifadeleri karşılaştırıldığında; ağrı tanımlamasında zonklama ($p=0.015$), şişlik ($p=0.015$), kramp ($p=0.003$), kemirici ($p=0.018$), yoğun ($p=0.007$), incitici ($p=0.022$), yarıcı ($p=0.006$), tiksindirici ($p=0.003$) ifadelerinde istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Sonuçlara göre; ağrının tanımlamasında anlamlı farkın olduğu tüm ifadelerde broşür eğitim grubunun, video eğitim grubuna göre daha yüksek ortalama puanlara sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 10. Girişim ve Kontrol Gruplarının SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeği İfadelerinin Karşılaştırılması

SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeği İfadeleri	Video Eğitim Grubu		Broşür Eğitim Grubu		Analiz	
	$\bar{x}$	Sd.	$\bar{x}$	Sd.	t	p*
Genel olarak sağlığınız	67,857	26,824	47,857	32,296	2,818	,006
Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda şu anki genel sağlık durumunuzu	86,429	21,302	70,000	28,310	2,743	,008
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler	24,286	25,354	14,286	22,917	1,731	,088
Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler	48,571	37,349	28,571	36,953	2,252	,028
Market poşetlerini kaldırmak veya taşımak	65,714	33,806	47,143	41,908	2,041	,045
Birkaç kat merdiven çıkmak	45,714	35,086	24,286	28,105	2,820	,006
Bir kat merdiven çıkmak	80,000	40,584	47,143	49,915	3,022	,004
Eğilmek, diz çökmek, çömelmek, diz çökmek	55,714	29,133	38,571	34,483	2,247	,028

Tablo 10. (Devam)

Bir kilometreden fazla yürümek	48,571	37,349	31,429	40,376	1,844	,070
Birkaç yüz metre yürümek	48,571	37,349	30,000	36,782	2,096	,040
Yüz metre yürümek	74,286	37,123	51,429	35,325	2,639	,010
Kendi başına banyo yapmak ve giyinmek	75,714	28,105	61,429	34,483	1,900	,062
Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	45,714	50,543	42,857	50,209	,237	,813
Arzu ettiğinizden daha az şeyi mi tamamlayabildiniz	40,000	49,705	34,286	48,159	,488	,627
Çalışma veya diğer yaptığınız işlerin çeşidinde kısıtlama yaptınız mı?	31,429	47,100	17,143	38,238	1,393	,168
Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmakta güçlük çektiniz mi? (Aşırı efor - çaba sarf ettiniz mi?)	45,714	50,543	34,286	48,159	,968	,336
Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	62,857	49,024	54,286	50,543	,720	,474
Arzu ettiğinizden daha az işi mi tamamlayabildiniz?	85,714	35,503	54,286	50,543	3,010	,004
İşinizle veya diğer aktivitelerinizle ilgili işleri her zamanki kadar dikkat vererek yapamadınız mı?	88,571	32,280	62,857	49,024	2,592	,012
Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?	62,857	29,933	42,857	31,255	2,734	,008
Son 4 hafta içinde vücudunuzda ne kadar ağrı oldu?	63,429	15,707	54,286	21,459	2,034	,046
Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?	71,429	25,104	50,000	33,759	3,013	,004
Kendinizi yaşam dolu olarak hissettiniz mi?	65,143	23,435	47,429	31,839	2,651	,010
Çok sinirli biri oldunuz mu?	72,571	18,840	68,571	20,167	,857	,394
Hiçbir şeyin size neşelendiremeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu mu?	82,857	13,841	74,857	20,200	1,933	,057
Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	69,714	18,388	56,000	22,648	2,781	,007
Çok enerjik oldunuz mu?	59,429	18,461	46,857	16,046	3,041	,003
Kendinizi kalbi kırık ve üzgün hissettiniz mi?	71,429	27,131	54,286	38,062	2,170	,034
Kendinizi yıpranmış, bitkin hissettiniz mi?	66,857	25,641	49,714	33,736	2,393	,019
Mutlu, sevinçli bir insan oldunuz mu?	76,571	17,140	76,000	15,941	,144	,886
Yorgunluk hissettiniz mi?	52,571	22,796	42,857	29,162	1,553	,125

Tablo 10. (Devam)

Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?	65,714	21,079	57,857	19,900	1,604	,113
Ben diğer insanlara göre daha kolay hastalanıyorum	60,000	21,178	47,143	22,501	2,462	,016
Tanıdığım kişiler kadar sağlıklıyım.	66,429	14,781	55,000	16,934	3,008	,004
Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu sanıyorum.	82,143	16,684	76,429	19,119	1,332	,187
Sağlığım mükemmeldir.	73,571	24,210	55,714	30,968	2,688	,009

*Independent Samples T test

Araştırmaya katılan video eğitim ve broşür eğitim gruplarının SF36 Yaşam kalitesi ölçeği ifadeleri karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu ifadelerde video eğitim grubunun, broşür eğitim grubuna göre yaşam kalitesi düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 10).

4.4. Grupların Omurga Ameliyatı Sonrası Dikkat Edilmesi Gerekenler Eğitiminin Değerlendirilmesi

Tablo 11. Katılımcıların Video Eğitim Değerlendirme Ölçeği İfadelerine Verdikleri Yanıtların Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Video Eğitim Değerlendirme Ölçeği	$\bar{x}$	Sd.
1. Eğitim programının açılış sayfası dikkat çekiciydi.	2,800	,5314
2. Eğitim programının konu başlıklarını kolay buldum.	2,943	,2355
3. Eğitimde kullanılan dil sade ve açıktı.	2,971	,1690
4. Eğiticinin ses tonu etkiliydi.	2,943	,2355
5. Eğitim programında yazıları okumakta zorlanmadım	2,943	,2355
6. Eğitim programında zemin dikkatimi dağıtmadı.	2,914	,2840
7. Eğitimde kullanılan metin, fotoğraf, video vs konuya uygun olarak kullandı.	2,971	,1690
8. Eğitimde kullanılan renkler uyumluydu.	2,914	,2840
9. Eğitimin görsel kalitesi iyiymi	2,857	,3550
10. Videoların iletimi düzgün ve sorunsuz çalıştı.	2,857	,3550
11. Eğitimde programında kullanılan videolar konuyu öğrenmemi sağladı.	2,886	,3228
12. Eğitime ayrılan süre anlatılan konular için yeterliydi.	2,914	,2840
13. Eğitimi programını istediğim kadar tekrarladım.	3,000	,0000
14. Eğitim ameliyat sonrası bakımı ile ilgili becerileri öğrenmemi sağladı.	2,857	,3550
15. Eğitimin öğretici olduğuna inanıyorum.	2,886	,3228
16. Eğitim programının içeriği gereksinimlerimi karşıladı.	2,629	,5470
17. Eğitimde öğrendiklerimi uygulayabildim.	2,400	,7746

1: Katılmıyorum – 3: Katılıyorum

Katılımcıların video eğitim değerlendirme ölçeği ifadelerine verdikleri yanıtların ortalama puanları değerlendirildiğinde; en yüksek ortalama puana sahip ifadelerin “Eğitim programını istediğim kadar tekrarladım.” (ort:3.00), “Eğitimde kullanılan dil sade ve açıktı.” (ort:2,97), “Eğitimi programını istediğim kadar tekrarladım” (ort:2.97) ifadeleri olduğu, en düşük ortalama puana sahip ifadelerin “Eğitim programının içeriği gereksinimlerimi karşıladı.” (ort:2.62) ve “Eğitimde öğrendiklerimi uygulayabildim.” (ort: 2.40) ifadeleri olduğu belirlendi (Tablo 11).

Tablo 12. Katılımcıların Broşür Eğitim Değerlendirme Ölçeği İfadelerine Verdikleri Yanıtların Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Broşür Eğitim Değerlendirme Ölçeği	$\bar{x}$	Sd.
1.Broşür amacını uygun olarak kullanıldı.	2,743	,4434
2. Konu başlıkları yeterliydi.	2,543	,6108
3.Eğitimde kullanılan dil sade ve açıktı.	2,800	,4058
4. Eğiticinin ses tonu iyiydi	2,771	,4260
5. Broşürde yazıları okumaktan zorlanmadım	2,514	,6585
6. Broşür içerisindeki metin konuya uygun olarak kullanıldı.	2,457	,6572
7. Broşürde kullanılan renkler uyumluydu.	2,771	,4260
8. Bilgiler uygun resimlerle açık şekilde görselleştirildi.	2,914	,2840
9. Eğitime ayrılan sürenin anlatılan konular için yeterliydi.	2,829	,3824
10.Uygulamalar benim anlayacağım düzeydeydi.	2,829	,3824
11. Ameliyat sonrası bakımımı yapabilecek durumdayım	2,229	,5470
12. Eğitimin öğretici olduğuna inanıyorum	2,657	,5913
13.Eğitimde öğrendiklerimi uygulayabildim	1,971	,9544

1: Katılmıyorum – 3:Katılıyorum

Katılımcıların broşür eğitim değerlendirme ölçeği ifadelerine verdikleri yanıtların ortalama puanları değerlendirildiğinde; en yüksek ortalama puana sahip ifadelerin “Bilgiler uygun resimlerle açık şekilde görselleştirildi.” (ort: 2.91), “Eğitime ayrılan sürenin anlatılan konular için yeterliydi.” (ort:2,82), “Uygulamalar benim anlayacağım düzeydeydi.” (ort:2.82) ifadeleri olduğu, en düşük ortalama puana sahip ifadelerin “Eğitimde öğrendiklerimi uygulayabildim” (ort:1.97) ve “Ameliyat sonrası bakımımı yapabilecek durumdayım” (ort: 2.22) ifadeleri olduğu belirlendi (Tablo 12).

BÖLÜM 5 TARTIŞMA

Bu bölümde; Lomber posterior stabilizasyon uygulanan hastalarda günlük yaşam aktivitesi doğrultusunda farklı iki yöntemle uygulanan bakım eğitimin hastalara yaşam kalitelerine etkisini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen bulgular literatür bilgileri doğrultusunda dört başlık altında tartışılarak sunuldu:

- Video eğitim ve broşür eğitim grubundaki hastaların sosyo-demografik ve yaşam koşullarına ilişkin bulguların tartışılması
- Video eğitim ve broşür eğitim grubundaki hastaların yaşam kalitelerinin tartışılması
- Video eğitim ve broşür eğitim grubundaki hastaların ağrı ölçeklerinin tartışılması
- Video eğitim ve broşür eğitim grubundaki hastaların eğitimi değerlendirme bulgularının tartışılması

5.1. Video Eğitim ve Broşür Eğitim Grubundaki Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri, Yaşam Koşulları ve Tıbbi Öykülerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan video eğitim ve broşür eğitim gruplarının demografik verileri değerlendirildiğinde; video eğitim ve broşür eğitim grubu katılımcılarının çoğunluğunun kadın, evli, 60 yaş üzeri yaş aralığında, lise mezunu, emekli, hem oturmayı hem ayakta kalmayı gerektiren bir mesleğinin olduğu belirlendi. Video eğitim ve broşür eğitim gruplarının arasında sosyo-demografik özellikler açısından anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Sadece mesleki özellikler açısından iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 1). Varyemez çalışmasında (2010), Posterior Stabilizasyon uygulanan hastalarla yapılan çalışmada olguların %70'inin kadın %30'unun erkek olduğu saptanmış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (6). Yıldırım'ın (2013) lomber disk hernisi ameliyatı olan hastaların hasta güvenliği planının GYA ve yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmasında çoğunluğunun lise mezunu olduğu görülmüştür. Köçkar çalışmasında (2007) LDH ameliyatı olan hastalarda yaşam kalitesi incelenen çalışmada hastaların çoğunluğunu evli olduğu görülmüştür. Çalışma bulgusu literatür ile uyumludur.

Araştırmaya katılan video eğitim ve broşür eğitim gruplarının yaşam koşulları değerlendirildiğinde; video eğitim ve broşür eğitim grubu katılımcılarının çoğunluğu eşi ile birlikte yaşadığı, apartmanda oturduğu, asansör olmadığı, spor yapmadığı, spor yapanların ise çoğunluğunun yürüyüş yaptığı, sigara kullandığı saptandı (Tablo 2). Köçkar'ın (2007) LDH ameliyatı olan hastalarda yaşam kalitesi incelenen çalışmasında hastaların %58'si apartmanda yaşadığı, %94'ün binada asansör olmadığı belirtilmiştir. Yıldırım çalışmasında (2013) lomber disk hernisi ameliyatı olan hastaların hasta güvenliği planının GYA ve yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada %76,11'i eşi ve çocuklarıyla yaşadığını ifade etmiştir. Sarıtaş çalışmasında (2011) LDH ameliyatı olan hastalara verilen eğitimin yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendiren çalışmada hastaların yarısından çoğunun çekirdek aile ile yaşadığını tespit etmiştir. Aydoğan çalışmasında (2015) LDH ameliyatı uygulanan hastalarda taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimleri üzerine yapılan çalışmada çoğunluğunun spor yapmadığı gözlemlenmiştir. Çalışma bulgusu literatürle uyumludur. Bu çalışma Aydoğan'ın (2015) sigara içmeyenlerin sayısının sigara içenlere göre daha yüksek bulunduğu çalışma ile uyumlu değildir.

Araştırmaya katılan video eğitim ve broşür eğitim gruplarının tıbbi öyküleri değerlendirildiğinde; video eğitim ve broşür eğitim grubu katılımcılarının çoğunluğunun ilaç kullandığı, ameliyat olduğu, ameliyat türünün LDH ameliyatı olduğu belirlendi (Tablo 3). Aydoğan çalışmasında (2015) hastaların %85,7'sinin ilaç kullandığı saptanmıştır. Yıldırım çalışmasında (2013) hastaların çoğunluğunun daha önceden ameliyat geçirdiğini, ilaç kullandığını, kullanılan ilaç türünden ağrı kesici olduğunu saptamıştır. Bu çalışma literatür ile bulunmuştur.

Araştırmaya katılan video eğitim ve broşür eğitim gruplarının ameliyat öncesi yapılan uygulamalar değerlendirildiğinde; video eğitim ve broşür eğitim grubu katılımcılarının çoğunluğunun Bacakta Kasılma, Uyuşma olduğu, 6-12 ay süresinde rahatsızlığın başladığı, uygulanan tedavi yönteminin kombine tedavi olduğu, kaza geçirmedikleri ve yardımcı bir alete gereksinim duymadıkları belirlendi (Tablo 4). Köçkar çalışmasında (2007), %66'sının hastalık belirtilerinin 1 aydan daha uzun bir süre olduğu, uygulanan tedavi yöntemini ise ilaç tedavisi olduğunu belirtmiştir. Bu çalışma sonuçları çalışmamızla fazla uyumlu değildir.

5.2. Video Eğitim Ve Broşür Eğitim Grubundaki Hastaların Yaşam Kalitelerinin Tartışılması

Araştırmaya katılan video eğitim ve broşür eğitim gruplarının SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları karşılaştırıldığında; fiziksel fonksiyon ($p=0.010$), emosyonel rol güçlüğü ($p=0.025$), enerji/vitalite/canlılık ($p=0.017$), sosyal işlevsellik ($p=0.013$), ağrı ($p=0.008$) ve genel sağlık düzeyi ($p=0.005$) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptandı ($p<0.05$). Sonuçlara göre; video eğitim grubunun fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, enerji/vitalite/canlılık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık düzeylerine ilişkin yaşam kalitesi düzeylerinin, broşür eğitim grubuna göre daha ileri düzeyde olduğu saptandı (Tablo 7). Varyemez'in çalışmasında (2010), genel sağlık, vitalite, sosyal işlevsellik ve ruhsal sağlık bulgularında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Şendir'in çalışmasında (2000), total kalça protezi ameliyat öncesi ve sonrası hasta eğitimin yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları arasındaki karşılaştırmada puan ortalaması deney grubu daha yüksek bulunmuştur (6,123). Hacıhasanoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında (2009), hemodiyaliz hastalarına verilen eğitimin yaşam kalitesi etkisini değerlendiren çalışmada eğitimden sonra yaşam kalitesi puan ortalamalarının arttığı görülmüştür (124). Alıcı ve Pınar'ın çalışmalarında obez hastalara verilen eğitim sonrası yaşam kalitesi puanına bakıldığında öncesi ve sonrası anlamlı olduğu görülmüştür. Çalışmamız literatür ile uyumludur. Üstündağ ve arkadaşlarının çalışmasında (2007), böbrek nakli yapılan hastalarda yaşam kalitesi puanı anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.005$). Topçu ve Bölüktaş'ın (2012) inmeli hastalarda yapılan çalışmalarında yaşam kalitesine bakıldığında her alanda yaşam kalitesi puanları düşük bulunmuştur. Sinici ve arkadaşlarının çalışmalarında (2008) primer kalça protezi uygulanan hastalarda cerrahi öncesi ve sonrası yaşam kalitesi değerlendirildiğinde anlamlı oranda yükselme olduğu görülmüştür.

Elde edilen sonuçlar, çalışmanın” Lomber Posterior Stabilizasyon ameliyatından önce video eğitim alan hastaların ameliyat sonrası yaşam kalitesi puanı, broşür eğitim alan hastalara göre daha yüksektir” hipotezini (H1) doğrulamaktadır.

5.3. Video Eğitim ve Broşür Eğitim Grubundaki Hastaların Ağrı Ölçeklerinin Tartışılması

Araştırmaya katılan video eğitim ve broşür eğitim gruplarının Oswestry ölçek puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi ($p=0.062$) ($p>0.05$). Broşür Eğitim grubunun Oswestry ölçek puanı ($64,80\pm18,35$), video eğitim grubuna ($55,54\pm22,21$), göre daha yüksek bulundu ancak anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 5). Cavlak çalışmasında (2016) katılan hastaların fonksiyonel durumları Oswestry ölçeği kullanılmış olup tedavi öncesi ve sonrası grup karşılaştırmaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Demirpolat ve ark. Çalışmalarında (2021) sağlık personeline bel ağrısı ve ağrılarını etkileyen faktörleri incelemiş olup, Oswestry ölçeği kullanılmıştır. Ölçekten aldıkları puanların ortalaması katılımcıların tümünde 33.78 ± 1.37 olarak saptanmıştır. Yakut ve ark. çalışmalarında diz osteoriti olan hastalarda pilates egzersizlerinin rolü incelendiğinde grup egzersizlerinin ağrı skolarında azalma görüldüğünü ifade etmiştir. Çalışmamız literatür ile uyumludur (119).

Araştırmaya katılan video eğitim ve broşür eğitim gruplarının McGill mevcut ağrı şiddeti ve ağrı ölçeği puanları karşılaştırıldığında; McGill mevcut ağrı puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi ($p=0.254$). McGill ağrı ölçeği açısından ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi ($p=0.004$). Broşür eğitim grubunun ağrı ölçeği puanlarının ($30,91\pm6,26$), video eğitim grubuna ($25,57\pm8,38$) göre daha yüksek olduğu tespit edildi ($p<0.05$). (Tablo 6). Hasanefendioğlu ve arkadaşlarının çalışmalarında (2011) kronik bel ağrılı hastaların McGill ağrı puanı ($16,7\pm8,0$) olarak saptanmıştır. Acar ve Yılmaz (2012) çalışmalarında Servikal miyofasyal ağrı sendromunda tedavi öncesi ve tedavi sonrasında McGill mevcut ağrı puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Konvansiyonel tedavi öncesi ve sonrası McGill Ağrı Anketi karşılaştırıldı ve sonuçlar tablo 7 de gösterilmiştir (125). Özden (2019) çalışmasında karpal sendromlu hastalarda Konvansiyonel tedavi sonrası McGill Ağrı Anketi skorları hem sağ hem sol el ayrı ayrı değerlendirilmiş olup ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çalışmamız literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Elde edilen sonuçlar, çalışmanın hipotezini” Lomber Posterior Stabilizasyon ameliyatından önce video eğitim alan hastaların ameliyat sonrası ağrı ölçeği genel puanı, broşür eğitimi alan hastalardan daha düşüktür (H2).” doğrulamaktadır.

5.4. Eğitiminin Değerlendirilmesine İlişkin Bulguların Tartışılması

Katılımcıların video eğitimini değerlendirilmesine yönelik ifadelerin puanları incelendiğinde; en yüksek ortalama puana sahip ifadelerin “Eğitimi programını istediğim kadar tekrarladım.” (ort:3.00), “Eğitimde kullanılan dil sade ve açıktı.” (ort:2,97), “Eğitimi programını istediğim kadar tekrarladım” (ort:2.97) ifadeleri olduğu, en düşük ortalama puana sahip ifadelerin “Eğitim programının içeriği gereksinimlerimi karşıladı.” (ort:2.62) ve “Eğitimde öğrendiklerimi uygulayabildim.” (ort: 2.40) ifadeleri olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların broşür eğitimini değerlendirmesi yapıldığında yanıtların ortalama puanları değerlendirildiğinde; en yüksek ortalama puana sahip ifadelerin “Bilgiler uygun resimlerle açık şekilde görselleştirildi.” (ort: 2.91), “Eğitime ayrılan sürenin anlatılan konular için yeterliydi.” (ort:2,82), “Uygulamalar benim anlayacağım düzeydeydi.” (ort:2.82) ifadeleri olduğu, en düşük ortalama puana sahip ifadelerin “Eğitimde öğrendiklerimi uygulayabildim” (ort:1.97) ve “Ameliyat sonrası bakımımı yapabilecek durumdayım” (ort: 2.22) ifadeleri olduğu belirlenmiştir.

Video eğitim grubu, “Eğitimi programını istediğim kadar tekrarladım “ifadesine daha yüksek oranda katılım göstermişken; broşür eğitimi grubundaki hastalar “Eğitimde öğrendiklerimi uygulayabildim” ifadesine düşük oranda katılmışlardır. Video eğitimin kolay ulaşılabilir ve tekrar izlenebilir olması, cep telefonu, bilgisayar gibi kişilerin sürekli yanında taşıdığı elektronik cihazlar ile uyumlu olması, görsel ve işitsel video içeriklerinin olması, soru sormaya imkan vermesi gibi özelliklerinin bu sonuçta etkili olduğu düşünülmektedir.

Literatür incelendiğinde bulgularımızı destekler yönde araştırmalar olduğu görülmüştür. Ateş (2018) tarafından yapılan omurilik hasarlı bireylerde web tabanlı eğitimin komplikasyon kontrolü ve yaşam kalitesine etkisi adlı çalışmada deney grubunda sağlığını iyi olarak algılayanların oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bayraktar

ve arkadaşlarının (2021) mobil eğitim verilen Tip 2 Diyabetli bireylerde verilen eğitim diyabetle ilgili bilgi ve alışkanlıkları üzerinde etkili bir yöntem olduğu görülmüştür. Yeter çalışmasında (2019) Batın cerrahisi geçiren hastalarda video eğitim alan hastalarla solunum, öksürük, dönme ve spirometre egzersizleri video eğitim almayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur (95). Baturay (2010) Tıp eğitimcilerinin video eğitimle pediatrik EKG eğitimin memnuniyet dereceleri sorulduğunda video eğitimden memnun kaldıklarını ifade etmişlerdir. Çevik (2019) çalışmasında ERCP işlemi öncesi video eğitimi verilen ve rutin eğitim grupların memnuniyet düzeyleri karşılaştırıldığında video eğitim grubunun memnuniyet puan ortalamasının rutin eğitim gruplarına göre yüksek olduğu saptanmıştır.

Elde edilen sonuçlar, çalışmanın ” Lomber Posterior Stabilizasyon uygulanan hastalarda video eğitim alanların broşür eğitimi alanlara göre öğrendiklerini uygulamada daha iyi uyumludur” hipotezini (H3) doğrulamaktadır.

BÖLÜM 6 SONUÇ VE ÖNERİLER

Lomber Posterior Stabilizasyon uygulanan hastalarda, günlük yaşam aktivitesi modeli doğrultusunda farklı iki yöntemle uygulanan bakım eğitimin hastaların yaşam kalitelerine etkisini değerlendirmek amacıyla deneysel tasarımlı olarak yapılan çalışmanın sonuçlarına göre;

- Girişim grubu ile kontrol grubu arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek meslek şartları yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı, girişim ve kontrol grubunun bu özellikler yönünden benzer olduğu,
- Girişim grubu ile kontrol grubu arasında Oswestry ölçek puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı,
- Girişim grubu ile kontrol grubu arasında McGill mevcut ağrı puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmediği,
- Girişim grubu ile kontrol grubu arasında McGill ağrı ölçeği açısından ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu,
- Kontrol grubunun ağrı ölçeği puanlarının, video eğitim grubuna göre daha yüksek olduğu,
- Girişim grubunun, kontrol grubuna göre yaşam kalitesi düzeylerinin yüksek olduğu,
- Girişim ve kontrol grubunda spor yapanların, yapmayanlara göre yaşam kalitesine yönelik fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji/vitalite/canlılık, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık düzeylerinin daha ileri derecede olduğu,
- Video eğitim grubunun, broşür eğitim grubuna göre yaşam kalitesi düzeylerinin yüksek olduğu belirlendi.

Sonuç olarak Lomber posterior stabilizasyon ameliyatından önce video eğitim alan hastaların ameliyattan sonrası yaşam kalitesi puanı daha yüksek olup ve öğrendiklerini uygulamada daha uyumlu oldukları gözlemlendi.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Omurga cerrahisinde geleneksel yöntem olan broşür eğitimi yerine video eğitimlerin yaygınlaştırılması,
- Video eğitimlerin sağlık kuruluşlarına verilerek daha fazla insana ulaşması,

- Çocuk hastaların ebeveynlerine yönelik içerik üretilerek video eğitimlerin oluşturulması,
- Sağlık kuruluşlarının bekleme odalarına görsel ve işitsel yönden zengin video eğitimlerin yayınlanması,
- Ağrı ile başetme yöntemlerini inceleyen çalışmaların yapılması önerilebilir.



KAYNAKLAR

- [1] Şenol, Ö, (2005), *Posterior Lomber Stabilizasyon ve Füzyon Operasyonu Uygulanan Hastalarda Postoperatif Dönemde Komşu Segmentte Dejenerasyon ve İnstabilitenin Araştırılması*, Uzmanlık Tezi,, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi İstanbul, Türkiye.
- [2] Demirci, H, (2013), *Lomber TLIF (transforaminal lomber interbody füzyon) Uygulamasında PEEK (polietereterketon) Kafes ve Ototolog Lamina Greftlerinin (OLG), Radyolojik ve Klinik Olarak Değerlendirilmesi*, Uzmanlık Tezi, İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Has. Eğt. ve Arş. Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye.
- [3] Aydoğan, N, (2005), *Lomber Disk Hernisi Nedeniyle Cerrahi Girişim Uygulanan Hastaların Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimleri, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi*, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye
- [4] Karadağ, M, (1999), *Lomber Disk Herni Ameliyatı Öncesi ve Sonrası Sorunlarla Baş Etmede Hemşirenin Rolü, Doktora Tezi*, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye.
- [5] Köçkar, Ç, (2007), *Lomber Disk Herni Ameliyatı Olmuş Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10(4), 30-41.
- [6] Varyemez M., T, (2010), *Lomber İnstabilite ve Lomber Spondilolistezis Olgularında Posterior Stabilizasyon ile Füzyon Uygulamalarının Ağrı, Disabilite ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Mersin, Türkiye.
- [7] Devlin, V., J., Asher, M., A, (2003), *In: Surgical Techniques for the Spine*. TR Hatcher, AA. Merola (edts) Thieme, New York.
- [8] Yıldırım, M, (2013), *Lomber Disk Hernisi Ameliyatı Olan Hastalar İçin Geliştirilen Hasta Güvenliği Öğretim Planının Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Doktora Tezi*, Hacettepe Üniversitesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Ankara, Türkiye.
- [9] Sonntag, V., K, (1995), *Is Fusion Indicated for Lumbar Spinal Disorders*, Spine, 20(245), 138-142.
- [10] Taylor, J., R, Twomey, L., T, (1986), *Age Changes in Lumbar Zygapophyseal Joints. Observations On Structure And Function*, Spine 11, 739-745.
- [11] Hibbs RA (1911), *An Operation for Progressive Spinal Deformities*. NY Med J, 93,1013-1016.
- [12] Kaya, A., C, (2018), *Kronik Nonspesifik Bel Ağrılı Hastalarda Lomber Stabilizasyon Egzersizlerinin Ağrı ve Alt Ekstremité Kas Gücü Üzerine Etkisi*, Uzmanlık Tezi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Zonguldak, Türkiye.
- [13] Frazier, D., D., Lipson, S., J., Fossel, A., H, et al. (1997), *Associations Between Spinal Deformity And Outcomes After Decompression For Spinal Stenosis*, Spine, 22, 2025-2029.
- [14] Sidhu, K., S., Herkowitz, H., N, (1997), *Spinal Instrumentation in the Manegement of Degenerative Disorders of the Lumbar Spine*, Clin Otrhop. 335i, 39-53.

- [15] Katz, J., (1995), *Lumbar Spinal Fusion: Surgical Rates, Costs and Complications*, Spine 20, 78-83.
- [16] Kat, J., N., Spratt, K., F., Andersson, G., A., J., et al. (1995), *Epidemiology Introduction: 1995 Focus Issue Meeting on Fusion*, Spine 20, 76-77.
- [17] An, H., S, Lynch, K., Toth, J, (1995), *Prospective Comparision of Autograft vs Allograft for Adult Posterolateral Lumbar Spine Fusion: Differences Among Freeze-Dried, Frozen and Mixed Grafts*, J. Spinal Disorders, 8, 131-135.
- [18] Katz, J., N., Lipson, S., J., Brick, G., W., et al, (1995), *Clinical Correlates of Patients Satisfaction After Laminectomy for Degenerative Lumbar Spinal Stenosis*, Spine, 20,1155-1160.
- [19] Larequi-Lauber, T., Vader, J., P., Burmond, B., et al. (1997), *Appropriatness of Indications for Surgery of Lumbar Disc Herniation and Spinal Stenosis*, Spine 22,203-209.
- [20] Atlas, S., J., Deyo, R., A., Patrick, D., L., et al. (1996), *The Quebec Task Force Classification for Spinal Disorders and the Severity, Treatment, and Outcomes of Sciatica and Lumbar Spinal Stenosis*, Spine 21, 2885-2892.
- [21] Albee, F., H, (1911), *Transplantation of A Portion of the Tibia into the Spine for Pott's Disease*, JAMA 57, 885-886.
- [22] Campbell, W., C, (1927), *An Operation for Extra-Articular Fusion of Sacroiliac Joint*. Surg Gynecol Obstet ,45,218-219.
- [23] Rogers, W., A, (1942), *Treatment of Fracture-Dislocation of the Cervical Spine*. J Bone Joint Surg, 24, 245-258.
- [24] Wilson, P., D., Straub, L., R, (1952), *The Use of Metal Plate Fastened to the Spinous Processes*, American Academy of the Orthopedic Surgeons Instructional Course Lecture, Ann Arbor, Michigian.
- [25] King, D, (1948), *Internal Fixation for Lumbosacral Fusion*, J Bone Joint Surg 30,560-565.
- [26] Boucher, H., H, (1959), *A Method of Spinal Fusion*, J Bone Joint Surg (Br) 41, 248-259.
- [27] Harrington, P., R, (1962), *Treatment of Scoliosis*, JBJS 44, 591-610.
- [28] Knodt, H., Larrick, R., B, (1964), *Distraction Fusion of the Lumbar Spine*, Ohio State Med 12, 1140-1142.
- [29] Luque, E., R, (1986), *Interpedicular Segmental Fusion*. Clin Orthop, 203, 54-57.
- [30] Humpries, A., W., Hawk, W., A., Berndt, A., L,(1959), *Anterior Fusion of the Lumbar Spine Using An Internal Fixation Device*, J Bone Joint Surg Am 41, 371.
- [31] Robinson, R., A., Smith, G., W, (1955), *Anterolateral Cervical Discremoval and Interbody Fusion for Cervical Disc Syndrome*, Bull John Hopkins Hosp, 96, 223.
- [32] Louis, R, (1986), *Fusion of the Lumbar and Sacral Spine by Internal Fixation with Screw Plates*, Clin Orthop 203, 18-33.
- [33] Magerl, F, (1982), *External Skeletal Fixation of the Lower Thoracic and Upper Lumbar Spine*. Berlin: Springer Verlag.
- [34] Steffe, A., D., Biscup, R., S., Sitkowski, D., J, (1986), *Segmental Spine Plates with Pedicle Screw Fixation*, Clin Orthop, 203, 45-53.
- [35] Krag, M., H., Beynnon, B., D., Pope, M., H, (1986), *An Internal Fixator for Posterior Application to Short Segments of the Thoracic, Lumbar or Lumbosacral Spine*, Design and Testing, Clin Orthop, 203,75 -98.
- [36] Edwards, W., C, (1985), *The Sacral Fixation Device: Paper Presented to the Meeting Of The North American Spine Society*. Laguna Niguel, California.

- [37] Zielke, K., Von, Strempel, A., V, (1986), *Posterior Lateral Distraction Spondylolesis Using the Twofold Sacral Bar*, Clin Orthop, 203, 151-158.
- [38] Cotrel, Y., Dubousset, J, (1984), *Nouvelle Technique D Osteosynthese Rachidienne Segnettoirre Par Vole Posteriure*, Rev Chir Orthop, 70, 489-494.
- [39] Çakırgil, G., S, (1977), *Skoliosiste Harrington Enstrümantasyon Endikasyonları ve 59 Klinik Vakamızın Analizi*. V. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongresi.
- [40] Öke, K., M, (1925), *Mal De Pott, Traite Par L'operation D'albee*, Gazette Medicale d'Orient, 70, 996.
- [41] Burhaneddin, (1926), *Spodiylitte Operee Par La Methode D'albee*, Gazette Medicae d'Orient, 71, 1118.
- [42] Onaran, S, (1942), *Kahillerde Mal De Pott'un Tedavisi*, Türk Tıp Cemiyeti Mecmuası, 8, 178.
- [43] Oskay, B, (1948), *Mal De Pott Tedavisinde Kemik Aşılı*, Hastane, 2, 169-178.
- [44] Aslanoğlu, O., (1961), *Albee Ameliyatlarının Bugünkü Durumu*, 5. Türk Tüberküloz Kongresi Kitapçığı, 720-722.
- [45] Lök, V. (1974), *Posterior Spinal Füzyonun Omurga Tüberkülozu Tedavisindeki Yeri*, Acta Orthopaedica et Trammatologica Turcica VIII, 295-305.
- [46] Ege, R., (1962), *Füzyon Ameliyatı Yaparak Tedavi Ettiğimiz 74 Vertebra Tüberkülozuna Ait Özellikler*, Tüberküloz ve Toraks Mecmuası, 10, 19-30.
- [47] Ege, R, (1990), *Tıp Tarihinde Vertebra'nın Yeri*, Rıdvan Ege (editör), Omurga, 1-13. Trafik Hastanesi Yayınları, Ankara,
- [48] Çakırgil, G., S., Çetin, İ, (1979), *Torasik ve Lomber Vertebraların Ciddi Fraktürlerinin Cerrahisinde Redüksiyon ve Stabilizasyon: Harrington Enstrümantasyonu ve Spinal Füzyon Neticeleri*. VI. Milli Türk Ort ve Travmatoloji Kongresi, Ankara.
- [49] Çakırgil, G., S, Adıyaman, S, *İnstabil Torakolomber Kırıklarında Konservatif Tedavi İle Harrington Ve Harrington-Luque Instrumentasyonunun Mukayeseli Bir Klinik Çalışması*.
- [50] Temoçin, B., O, (1978), *Harrington Metodu İle Skolyoz Tedavisinin Üstünlüklerine Dair Klinik Araştırma*, Acta Orthopaedica eEt Trammatologica Turcica, Suppl 3, 61-79.
- [51] Tiner, M., Yüçetürk, G, (1978), *Kliniğimizde Harrington Çubukları ile Tedavi Edilmiş Skolyoz Vakalarının Sonuçları*, 5. Türk Milli Ortopedi ve Travmatoloji Kongresi. 1978 Kongre Kitabı, Ankara, 383-387.
- [52] Altay, H, (1971), *Harrington Metodu ile Skoliosisde Korreksiyon ve İçten Fixation 4 Olgu*. II. Milli Türk Ort. ve Travmatoloji Kongresi.
- [53] Paşaoğlu, A., Orhon, C., Öktem, S., Uzunoğlu, H., Akdemir, H, (1989), *Torakolomber Travmalarda Cerrahi Yaklaşım*, Türk Nöroşirürji Dergisi, Ek 1, 104-106.
- [54] Weinstein, P, Hardy, R., W., Jr., ed. (1982), *Anatomy of the Lumbar Spine*, Lumbar Disc Disease. 5-15.
- [55] Taylor, J., R., (1975), *Growth of Human Intervertebral Disc and Vertebral Bodies*, J.Anat. 120, 49-68.
- [56] Cloward, R., B, (1982), *History of Posterior Lumbar Interbody Fusion*, Springfield: Charles C Thomas.
- [57] Venable, C., S., Stuck, W., G. (1939), *Electrolysis Controlling Factor in the Use of Metals in Treating Fractures*, JAMA 3, 349.

- [58] Hirabayashi, K., Maruyama, T., Wakano, K., et al. (1981), *Postoperative Lumbar Canal Stenosis Due to Anterior Spinal Fusion*, Keio J Med, 30,133-139.
- [59] Lipson, S., J. (1983), *Degenerative Spinal Stenosis Following Old Lumbosacral Fusion*, Orthop Trans 7,143.
- [60] IX. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongre Kitabı 28-30 Ekim 1985, Alanya.
- [61] Vaccaro, A., R, Garfin, S., R, (1997), *Degenerative Lumbar Spondylolisthesis with Spinal Stenosis: A Prospective Study Comparing Decompression and Decompression with Intertransverse Processes Arthrodesis*, A Critical Analysis Spine 22, 368-369.
- [62] Erkal, S. (2006), *İntervertebral Disk Herniler*, N. Egemen, A. Arslantaş (Ed.). Nörolojik Bilimler Hemşireliği , Alter Yayıncılık, Ankara, 212-220.
- [63] Canabbio, M., M, (2000), *Mosby's Handbook of Patient Teaching*, St. Louis: Mosby.
- [64] Zileli, M, (2002), *Lomber Disk Hastalığında Tedavi Endikasyonları ve Hasta Yönetim*, M. Zileli, A., F., Özer (Ed.), Omurilik ve Omurga Cerrahisi Meta Basım, İzmir, 647-660.
- [65] Tiner, M., Yüçetürk, G, (1978), *Kliniğimizde Harrington Çubukları ile Tedavi Edilmiş Skolyoz Vakalarının Sonuçları*, 5. Türk Milli Ortopedi ve Travmatoloji Kongresi. 1978 Kongre Kitabı, Ankara, 383-387.
- [66] Altay, H, (1971), *Harrington Metodu ile Skoliosiste Korreksiyon ve İçten Fixation 4 Olgu*. II. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongresi.
- [67] Hilibrand., A., S, Matthew, Robbins, B., A, (2004), *Adjacent Segment Degeneration and Adjacent Segment Disease: The Consequences of Spinal Fusion?*, The Spine Journal, 4.190-194.
- [68] Mandy, A., Pearman, A., Ross, K, (2000), *Postdischarge Support for Elective Hip Arthroplasty Patients*, Physiotherapy Theory and Practice, 16, 161 -168.
- [69] Tierney, A., J., Roper, N., Logan, W., W, (2000), *The Model of Living, Roper-Logan-Tierney Model of Nursing: Based on Activities of Living*, Churchill Livingstone.
- [70] Roper, N., Logan, W., Tierney, A, .J, (2000), *The Roper-Logan-Tierney Model of Nursing: Based on Activities of Living*, Philadelphia, Churchill Livingstone.
- [71] Ay, F., A, (2007), *Kuram Nedir? Hemşirelikle İlgili Kuramlar ve Hemşire Kuramcılar*. F. A. Ay (Ed.), Temel Hemşirelik, Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar (2. bs.), İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, 1-30.
- [72] Fielden, J., M., Gander, P., H., Horne, J., G., Lewer, B., M., F., Green, R., M., Devane, P., A, (2003), *An Assesment of Sleep Disturbance in Patients Before and After Total Hip Arthroplasty*, The Journal of Arthroplasty, 18 (3), 371-376.
- [73] Ergül, Ş., Bayık, A, (2004), *Hemşirelik ve Manevi Bakım*, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8(1), 37-45.
- [74] Ay, F., A, (2011), *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler*. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
- [75] Karagözoğlu, Ş, (2005), *Bilimsel Bir Disiplin Olarak Hemşirelik*, C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 9(1), 6-14.
- [76] Çoban, G., İ., (2006), *Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması*. Yüksek Lisans Tezi, T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye.
- [77] Watters, C., L., Harvey, C., V., Meehan, A., J, (2005), *Palliative Care a Challenge for Orthopaedic Nursing Care*, Orthopaedic Nursing. 24(1), 4-7.

- [78] Lee, L., L., Hsu, N., Chang, S., C, (2007), *An Evaluation of The Quality of Nursing Care In Orthopaedic Units*, Journal of Orthopaedic Nursing. 11, 160-168.
- [79] Drozd, M., Jester, R., Santy, J., (2007), *The Inherent Components of The Orthopaedic Nursing Role: An Exploratory Study*, Journal of Orthopaedic Nursing, 11, 43-52.
- [80] Radwin, L., E., Alster, K, (2001), *Individualized Nursing Care: An Empirically Generated Definition*, International Nursing Review, 49, 54-63.
- [81] Santy, J, (2000), *Orthopaedic and Trauma Nursing: What's in a Name?*, Journal Of Orthopaedic Nursing. 4, 127-129.
- [82] Çakmak, M, (1998), *Ortopedi*. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.
- [83] Kneale, J., Knight, C, (1997), *Do Orthopaedic Nurses Have An Effect on The Quality of Patient Care?*, Journal of Orthopaedic Nursing, 1, 115-117.
- [84] Yorgancıgil, H., Özerdemoğlu, R., A, (1995), *Kas İskelet Sistemi Tümörleri Tanı ve Tedaviye Genel Bakış*, SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 2(1), 29-31.
- [85] Silvestri, L., Ziran, B., Hull, T, (2008), *Is Perception of Nursing Care Among Orthopaedic Trauma Patients Influenced By Age?*, Journal of Orthopaedic Nursing, 12, 64-68.
- [86] Love, C, (1995), *Orthopaedic Nursing: A Study of Its Specialty Status*. Nursing Standard, 9(44), 36-40.
- [87] Love, C, (2002), *Fasting The Patient Before Operation*, Journal of Ortopaedic Nursing, 6, 41-48.
- [88] Erdil, F, (2001), *Sinir Sistemi Cerrahisi ve Hemşirelik Bakımı*. F. Erdil, N.Ö. Elbaş (Ed.), Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Aydoğdu Ofset, Ankara, 210-214.
- [89] Özbayır, T, (2011), *Nörolojik Travmalar*. A. Karadakovan, F. Eti Aslan (Ed.). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım (2. bs.), Nobel Kitabevi, Adana, 1275-1284.
- [90] İlhan, S., E, (2007), *İntervertebral Disk Herniler (Servikal ve Lomber)*. N.n Akbayrak, S.E. İlhan, G. Ançel, S.A. Albayrak (Ed.). Hemşirelik Bakım Planları (Dahiliye-Cerrahi Hemşireliği ve Psikososyal Boyut), Alter Yayıncılık, Ankara, 907-914.
- [91] Olgun, N., Eti, Aslan, F, (1999), *Roper, Logan ve Tierney'in Yaşam Aktiviteleri Kuramı*. P. Velioğlu (Ed.). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar, Alaş Ofset, İstanbul, 180-220.
- [92] Kozier, B., Erb, E., Berman, A., J., Burke, K, (2000), *Fundamentals of Nursing, Concept, Process and Practice*, (6. bs.), Prentice Hall Health, New Jersey.
- [93] Fredrichs, A., M., J, (2001), *Management of Clients with Peripheral Nervous System Disorders*, M.J. Black, H.J. Hawks, M.A. Keene (Ed.). Medical-Surgical Nursing Clinical Management For Positive Outcomes, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1983-1991.
- [94] Kirazlı, Y, (2002), *Lomber Disk Hastalığında Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon*. M. Zileli, A.F. Özer (Ed.). Omurilik ve Omurga Cerrahisi, Meta Basım, İzmir, 661-674.
- [95] Akbaş, N., B, (2008), *Lomber Disk Hastalığında Cinsel Tavsiyeler*, Türk Nöroşirürji Derneği Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi Öğretim ve Eğitim Grubu Bülteni, 39, 25-26.
- [96] Köçkar, Ç., Uzun, Ö, (2007), *Lomber Disk Herni Ameliyatı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10(4), 30-41.

- [97] 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 Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Erzurum, Türkiye.
- [98] Demir, S. (2010), *Kalça Protezi Ameliyatı Olan Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri Bakım Modeline Göre Evde İzleminin Etkinliği*, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı, Ankara, Türkiye.
- [99] Danıman, D. (2011), *Roper, Logan ve Tierney' in Yaşam Aktiviteleri Bakım Model Doğrultusunda "Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formunun Geliştirilmesi ve Hemşirelik Bakımına Etkisinin İncelenmesi*, İzmir, Türkiye.
- [100] Roper, N., Logan, W., W., Tierney, A., J. (1987), *The Elements of Nursing* (2. bs.). English Language Book Society, Edinburgh.
- [101] Tomey, A., M., Alligood, M., R. (2002), *Nursing Theorists and Their Work* (5. bs.). Mosby, St. Louis.
- [102] Black, J., M., Hawks, J., H., Keene, A. (2001), *Medical-Surgical Nursing. Clinical Management for Positive Outcomes* (6. bs.). W.B. Saunders Company, Philadelphia.
- [103] Stolee, P., Poss, J., Cook, R., J., Byrne, K., Hirdes, J., P. (2009), *Risk Factors for Hip Fracture in Older Home Care Clients*, Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 64(3), 403-410.
- [104] Polzien, G. (2006), *Care After Hip Replacement*, Home Healthcare Nurse, 24(7), 420-422.
- [105] Altizer, L. (2004), *Patient Education for Total Hip or Knee Replacement*, Orthopaedic Nursing, 23(4), 283-288.
- [106] Smeltzer, S., C., Bare, B. (2004). *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. (10. bs.). Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- [107] Kain, H., B. (2000), *Care of the Older Adult Following Hip Fracture*, Holistic Nursing Practice, 14(4), 24-39.
- [108] Yüksel, S. (2005), *Kalça Kırıklı Hastalarda Bakımın Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- [109] Bilgili, N., Akın, B., Ege, E., Ayaz, S. (2008), *Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Etkileyen Risk Faktörleri*, Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi, 28(4), 487-493.
- [110] WEB_1, Total Hip Replacement Patient Information, http://www.warwickhospital.nhs.uk/Uploads/Content/Documents/Patient%20Leaflets1397_Hip_Rep_20pp.pdf, 20/05/2008.
- [111] WEB_2, Hip Fractures Among Older Adults, www.cdc.gov/ncipc/factsheets/adulthipfx.htm, 13/06/2007.
- [112] Açıksöz, S., Uzun, Ş. (2007), *Total Kalça Protezi Ugulanan Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerine Yönelik Evde Bakımda Karşılaştıkları Güçlükler*, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(1), 8-16.
- [113] WEB_3, What to Expect After Hip Surgery. www.jointimplantsurgeons.com/PDFs/After-Hip-Surgery.PDF, 20/02/2008.
- [114] WEB_4, Patient Guide to Total Hip Replacement: We Keep You Moving. <http://www.jointreplacementcenternyc.com/auxil/Hip%20Patient%20Guide.pdf>, 23/06/2008.

- [115] WEB_5, Total Hip Replacement: A Guide for Patients. <http://www.urmc.rochester.edu/hh/services-centers/evarts/pdf/HipPatientGuide.pdf>. 10/03/2008.
- [116] Walker, J., A, (2010), *Total Hip Replacement: Improving Patients' Quality of Life*, Nursing Standard, 24(23), 51-57.
- [117] Gandhi, R., Razak, F., Davey, J., R., Rampersaud, Y., R. Mahomed, N., N, (2010), *Effect of Sex and Living Arrangement on the Timing and Outcome of Joint Replacement Surgery*, Canadian Journal of Surgery, 53(1), 37-41.
- [118] Nordentoft, T., Schou, J., Carstensen, J, (2000), *Changes in Sexual Behavior After Orthopedic Replacement of Hip or Knee in Elderly Males-A Prospective Study*, International Journal of Impotence Research, 12(3), 143-146.
- [119] Yakut, Y., Yakut, E., Kiliçhan, B., Uygur, F. (2007), *Reliability and Validity of the Turkish Version Short- Form McGill Pain Questionnaire in Patients with Rheumatoid Arthritis*, Clin. Rheumatol, 26, 1083-1087.
- [120] Ware, J., E., Sherbourne, C., D, (1992), *The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection*, Medical Care, 30(6), 473-483.
- [121] Dawson, J., Fitzpatrick, R., Carr, A., Murray, D, (1996), *Questionnaire on the Perceptions of Patients About Total Hip Replacement Surgery*, Journal of Bone and Joint Surgery, 78B, 185-190.
- [122] Akkuş, G. (2021), *Yumuşak Kontakt Lens Kullanmaya Başlayan Bireylerde Web Tabanlı Eğitimin Kontakt Lense Uyumu ve Görme İşlevine Etkisi*, Doktora Tezi, Okan Üniversitesi, İstanbul, Türkiye.
- [123] Şendir, M. (2000), *Total Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Hasta Eğitiminin Ameliyat Sonrası Fiziksel Uyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi*, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, Türkiye.
- [124] Hacıhasanoğlu, R., Yıldırım, A. (2009), *Hemodiyaliz Hastalarında Öz Bakım Gücünün Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi*, Ege Üniversitesi Yüksekokulu Dergisi, 25, 87-100
- [125] Naderi, S., Acar, F., Mertol, T., et al. (2003), *Functional Anatomy of the Spine by Avicenna in His Eleventh Century Treatise Al-Quanun Fi Al-Tibb (The Canons of Medicine)*, Neurosurgery, 52, 1449-1454.

EKLER

Ek 1 Sosyo-Demografik Özellikler

Ek 1.

Demografik Özellikler

1. Cinsiyetiniz?

- a) Kadın b) Erkek

2. Kaç yaşındasınız?

- a) 19-29 b) 30-39 c) 40-49 d) 50-59 e) 60 ve üstü

3. Medeni durumunuz?

- a) Evli b) Bekar

4. Öğrenim durumunuz nedir?

- a) Okur yazar değil b) İlköğretim c) Ortaöğretim d) Lise
e) Lisans f) Lisansüstü

5. Mesleğiniz nedir?

- a) Memur b) İşçi c) Ev kadını d) Serbest e) Emekli f) Diğer (Belirtiniz).....

6. Mesleğiniz; aşağıdaki maddelerden hangisi ya da hangilerini gerektirir?

- a) Ağır yük kaldırmayı gerektirir.
b) Uzun süreli oturmayı gerektirir.
c) Uzun süreli ayakta durmayı gerektirir.
d) Uzun süreli seyahat etmeyi gerektirir.
e) Titreşime maruz kalmayı gerektirir.
f) Hem oturmayı hem ayakta kalmayı gerektirir.
g) Hiçbiri

7. Birlikte yaşadığınız kişiler:

- a) Yalnız
b) Eşim ile birlikte
c) Eşim ve çocuklarımla
d) Akraba/Bakıcı ile birlikte
e) Diğer

8. Oturduğunuz konut tipi:

- a) Tek katlı b) İki katlı c) Apartman (..... katta oturuyorum)

9. Oturduğunuz konut tipi “APARTMAN” ise asansör var mı?

a) Evet b) Hayır

10. Sigara alışkanlığınız var mı?

a) Evet (günde)..... b) Hayır c).....önce bıraktım

11. Hastalığınızın dışında başka bir hastalığınız var mı?

a) Evet..... b) Hayır

12. İlaç kullanma durumu:

a) Evet b) Hayır (14. Soruya geçiniz)

13. 13. Soruya cevabınız ‘evet’ ise;
Sürekli kullanılan ilaçlar.....
.....

14. Daha önce ameliyat olma durumu:

a) Evet b) Hayır (Soruya geçiniz)

15. 14. soruya cevabınız ‘evet’ ise, geçirilen ameliyatlar:
.....
.....

16. Hastaneye başvurma nedeniniz:

a. Bel ağrısı
b. Bacağa vuran ağrı
c. Bacakta kasilma-uyuşma
d. Yürümede - oturup kalkmada güçlük

17. Rahatsızlığınız ne zaman başladı?

a) 2 aydan kısa.....
b) 2-6 ay arası
c) 6-12 ay arası
d) 1-2 sene arası
e) 2-5 sene arası
f) 5 seneden uzun.....

18. Ameliyat öncesi hekime başvurma sayınız:

a) 1–3 kez b) 4–6 kez c) 7 kez ve üzeri

Ek 1 (Devamı)

19. Ameliyattan önce uyguladığınız tedavi yöntemleri:

- a) İlaç tedavisi b) Fizik Tedavi c) Kombine Tedavi d) Yok

20. Günlük aktiviteniz dışında egzersiz, spor yapıyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

21. Cevabınız evet ise; Yapılan spor:

- a) Yürüme
b) Yüzme
c) Hafif tempolu koşu
d) Bisiklet
e) Pilates
f) Diğer

22. Ailenizde başka bel fıtığı olan kişi var mı?

- a) Yok b) Var

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

- a) Evet b) Hayır

24. Cevabınız evet ise; aşağıdaki durumlardan hangisi ya da hangileri ile karşılaştınız?

- a) Trafik kazası
b) Kayma, düşme
c) Belinizi zorlayacak şekilde eğilme
d) Ağır kaldırma
e) Diğer.....

25. Yürürken kullandığınız yardımcı medikal alet var mı?

- a) Yok b) Koltuk Değneği c) Üç ayaklı baston
d) Walker Yürüteç e) Tekerlikli Sandalye e) Diğer.....

Ek 2 Oswestry Skalası

Türk Nöroşirürji Derneği - Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi Grubu

OSWESTRY SKALASI

Hazırlayan: Dr.Atilla Akbay

Aşağıdaki sorular, bel ağrınızın günlük aktivitelerinizi ne kadar etkilediğini anlamak için planlanmıştır. Size en uygun yanıtı işaretleyiniz. Lütfen her soruya tek bir yanıt veriniz!

1-Ağrınızın şiddeti nasıl?

- 1)Gelip geçici ve çok hafif bir ağrı
- 2)Sürekli, fakat hafif bir ağrı
- 3)Gelip geçici ve orta şiddette bir ağrı
- 4)Sürekli ve orta şiddette bir ağrı
- 5)Gelip geçici ve şiddetli bir ağrı
- 6)Şiddetli ve çok değişmeyen bir ağrı

2-Kişisel bakım

- 1)Ağrıdan kaçınmak için günlük yaşamımda (yıkama, giyinme şekli vb) değişiklik yapmadım
- 2)Biraz ağrı yapsa da yıkama ve giyinme şeklinde değişiklik yapmadım.
- 3)Yıkama ve giyinmem ağrımı arttırıyor, fakat bunları değiştirmeden idare ediyorum
- 4)Yıkama ve giyinmem ağrımı arttırıyor, bu yüzden bunları yapma şeklimde değişiklik yaptım.
- 5)Ağrı nedeniyle yıkama ve giyinmede bir miktar yardım alıyorum.
- 6)Ağrı nedeniyle yıkama ve giyinmeyi yardımsız yapamıyorum.

3-Yük Kaldırma

- 1)Ağır yükleri ağrım olmadan kaldırabiliyorum.
- 2)Ağır yükleri kaldırırken bir miktar ağrım oluyor.
- 3)Ağrı yüzünden ağır yükleri kaldıramıyorum.
- 4)Ağrı, ağır yükleri kaldırmamı önlüyor, fakat uygun pozisyon varsa (örn. masa üzerinden) bunu başarabilirim.
- 5)Sadece çok hafif yükleri kaldırabiliyorum
- 6)Hiç yük kaldıramıyorum

4-Yürüme

- 1)Yürürken ağrım yok
- 2)Yürümeyle biraz ağrım var, fakat mesafeyle artmıyor
- 3)Ağrımda belirgin artma olmaksızın 2 km den fazla yürüyemiyorum
- 4)Ağrımda belirgin artma olmaksızın 500 m den fazla yürüyemiyorum
- 5)Ağrımda belirgin artma olmaksızın yürüyemiyorum
- 6)Hiç yürüyemiyorum

5-Oturma

- 1)Herhangi bir sandalyede istediğim kadar uzun oturabilirim
- 2)Sadece uygun bir sandalyede istediğim kadar uzun oturabilirim
- 3)Ağrım bir saatten uzun oturmamı önlüyor
- 4)Ağrım yarım saatten uzun oturmamı önlüyor
- 5)Ağrım 10 dakikadan fazla oturmamı önlüyor
- 6)Ağrımı arttırdığı için oturmaktan kaçınıyorum

Ek 2 (Devam)

Türk Nöroşirürji Derneği - Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi Grubu

6-Ayakta durma

- 1)Ağrı olmaksızın istediğim kadar uzun ayakta durabilirim
- 2)Ayakta durmakla biraz ağrı oluyor, fakat bu zamanla artmıyor.
- 3)Bir saatten uzun ayakta kaldığımda ağrı şiddetleniyor.
- 4)Yarım saatten uzun ayakta kaldığımda ağrı şiddetleniyor.
- 5)On dakikadan uzun ayakta kaldığımda ağrı şiddetleniyor.
- 6)Ağrımı arttırdığı için ayakta durmaktan kaçınıyorum

7-Uyuma

- 1)Yatakta ağrı yok
- 2)Yatakta ağrı var, fakat iyi uyuyorum
- 3)Ağrı nedeniyle normal uykumun 3/4 ünü uyuyorum
- 4)Ağrı nedeniyle normal uykumun yarısını uyuyorum
- 5)Ağrı nedeniyle normal uykumun 1/4 ünü uyuyorum
- 6)Ağrı nedeniyle hiç uyuyamıyorum

8-Sosyal yaşam

- 1)Sosyal yaşamım normal ve ağrı yaratmıyor.
- 2)Sosyal yaşamım normal, fakat ağrımı arttırıyor.
- 3)Ağrı, dansetmek, futbol oynamak gibi daha fazla enerji gerektiren ilgilerimi kısıtlamak dışında sosyal yaşamımda belirgin etki yaratmıyor.
- 4)Ağrı, sosyal yaşamımı kısıtlıyor, bu nedenle çok sık dışarıya çıkamıyorum.
- 5)Ağrı, aile içi yaşamımı da kısıtlıyor.
- 6)Ağrı nedeniyle hemen hemen tüm sosyal yaşamım kısıtlandı.

9-Seyahat

- 1)Seyahatte ağrı olmuyor.
- 2)Seyahatte biraz ağrı oluyor, fakat artmıyor.
- 3)Seyahatte ağrı artıyor, fakat bu ağrı seyahat şeklimi değiştirmede.
- 4)Seyahatte olan şiddetli ağrılarım nedeniyle başka seyahat şekilleri arıyorum.
- 5)Ancak yatarak seyahat edebiliyorum.
- 6)Ağrı nedeniyle seyahat edemiyorum.

10-Ağrının değişme derecesi

- 1)Ağrı hızla iyileşiyor.
- 2)Ağrı artıp azalıyor, fakat genelde iyiye gidiyor.
- 3)Ağrı iyileşiyor, fakat düzelme yavaş.
- 4)Ağrı ne kötüleşiyor, ne de iyileşiyor.
- 5)Ağrı yavaş yavaş kötüleşiyor.
- 6)Ağrı hızla kötüleşiyor.

Ek 2 (Devam)

Türk Nöroşirürji Derneği - Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi Grubu

OSWESTRY SKALASININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Yanıtlanan her soru için A=0, B=1, C=2, D=3, E=4, F=5 puan verilerek değerlendirilir. Hastanın yanıtlanmadığı sorular değerlendirmeye alınmaz. Değerlendirme, yanıtlanan sorular dikkate alınarak aşağıdaki gibi yapılır.

Hasta skoru = (Hastanın aldığı puan / Olası maksimum puan) X 100

Örneğin hasta testin tüm sorularını yanıtlamış ve aldığı puan 38; tüm soruları yanıtlanan bir testte alınabilecek maksimumu puan da 50 olduğuna göre hastanın skoru = $(38/50) \times 100$ olarak bulunur. Eğer aynı puanı almış olan bir başka hasta testin örneğin 4. sorusunu yanıtlamadıysa maksimum puan 5 düşeceğinden hastanın skoru = $(38/45) \times 100$ olarak bulunur.

Elde edilen yüzde değerlerinin yorumlanması

- %0 to %20** - Bel ağrısı hastanın yaşamında önemli bir problem oluşturmuyor
- %20 ile %40** - Bel ağrısı hastanın günlük yaşamını hafif derecede kısıtlıyor
- %40 ile %60** - Bel ağrısı hastanın günlük yaşamını ileri derecede kısıtlıyor
- %60 ile %80** - Bel ağrısı nedeniyle hastanın günlük yaşamı tamamen kısıtlanmış
- %80 ile %100** - Yatağa bağımlı hasta (veya semptomlar abartılıyor)

- 0% to 20% - minimal disability
- 20% to 40% - moderate disability
- 40% to 60% - severe disability
- 60% to 80% - crippled
- 80% to 100% - bed bound (or exaggerating symptoms)

Kaynaklar:

- 1) Fairbank, J.C., Couper, J., Davies, J.B., & O'Brien, J.P. (1980). The Oswestry low back pain disability questionnaire. *Physiotherapy*, 66, 271-273.
- 2) Fritz, J.M., & Irrgang, J.J. (2001). A comparison of a modified Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire and the Quebec Back Pain Disability Scale. *Physical Therapy*, 81, 776-788.

Ek 3 McGill Ağrı Anketi

Kısa Form McGill Ağrı Anketi

Aşağıdaki kelimeler ağrınızı tanımlamaktadır. Lütfen HERBİR KELİMENİN KARŞILIĞINA sizin için en uygun olan ağrı derecesini ilgili kutuya (x) işareti koyarak belirtiniz:

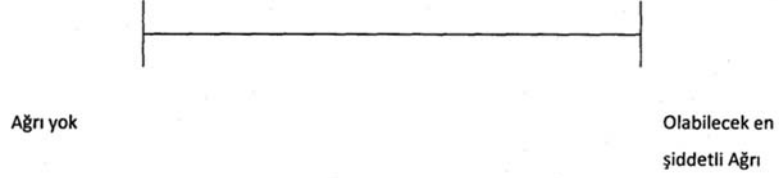
I. Ağrı değerlendirme İndeksi

		Hiç yok	Hafif	Orta derecede	Şiddetli
	Zonklayıcı	0	1	2	3
	Belirli bir yer boyunca yayılan	0	1	2	3
	Batıcı (Bıçak batar tarzda)	0	1	2	3
	Keskin (şiddetli)	0	1	2	3
	Kasıcı (kramp şeklinde)	0	1	2	3
a	Kemirici	0	1	2	3
	Yanıcı	0	1	2	3
	Sızlayıcı	0	1	2	3
	Sıkıntı verici (Ezici-sıkıcı)	0	1	2	3
	Aşırı hassas, duyarlı	0	1	2	3
	Şiddetli ayrılır gibi	0	1	2	3
	Bıktırıcı-yorucu-usandırıcı	0	1	2	3
b	Mide bulandırıcı	0	1	2	3
	Korkunç	0	1	2	3
	Cezalandırıcı-dayanılmaz acı	0	1	2	3

II. Şu andaki ağrı şiddeti

Ek 3 (Devam)

Şu andaki ağrı yakınmanızı aşağıdaki çizgi üzerinde işaretleyiniz. Çizginin en sol tarafı hiç ağrının olmadığını, en sağ tarafı ise olabilecek en şiddetli ağrıyı göstermektedir. (VAS)



III. Toplam ağrı şiddeti değerlendirmenizi ilgili sütuna (x) işareti koyarak belirtiniz (present pain index)

0	Ağrı yok	
1	Hafif	
2	Rahatsız edici	
3	Zorlayıcı, gerginlik yaratan	
4	Korkunç, dehşet verici	
5	Dayanılmaz	

Ek 4 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)

Ek-1

MF07-01 ÇALIŞMASI YAŞAM KALİTESİ (SF36) FORMU

Adı-Soyadı:

Tarih:

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır ? Öyleyse ne kadar ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling,golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çökmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

Ek 4 (Devam)

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	1	2
b. İstediğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu ?	1	2
b. İstediğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Biraz	4
Oldukça	5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5
Çok şiddetli	6

Ek 4 (Devam)

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlarda	3
Çok az zaman	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

Ek 5 Ameliyat Sonrası Bakımında Broşür Eğitimi Değerlendirme Formu

Hasta Eğitim Broşürünü Değerlendirme Formu

Hasta Adı Soyadı :

Tarih:

Formda; Lomber Stabilizasyon Uygulanan Hastalara Ameliyat Sonrası Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli Doğrultusunda verilen eğitim ile ilgili sorular yer almaktadır. Veriler, sadece bilimsel çalışma amacıyla kullanılacaktır. Araştırmanın amacına ulaşabilmesi için soruları eksiksiz ve size uygun olan cevabı yanıtalamanızı rica ederiz. Çalışmaya katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Prof. Dr. Nevin KANAN
(Danışman)

Dilara Bakın
Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Doktora Programı

Broşür Eğitimi Değerlendirme Formu	Katlıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum
1.Broşür amacını uygun olarak kullanıldı.			
2. Konu başlıkları yeterliydi.			
3.Eğitimde kullanılan dil sade ve açıktı.			
4. Eğiticinin ses tonu iyiydi			
5. Broşürde yazıları okumaktan zorlanmadım			
6. Broşür içerisindeki metin konuya uygun olarak kullanıldı.			
7. Broşürde kullanılan renkler uyumluydu.			
8. Bilgiler uygun resimlerle açık şekilde görselleştirildi.			
9. Eğitime ayrılan sürenin anlatılan konular için yeterliydi.			
10.Uygulamalar benim anlayacağım düzeydeydi.			
11. Ameliyat sonrası bakımımı yapabilecek durumdayım			
12. Eğitimin öğretici olduğuna inanıyorum			
13.Eğitimde öğrendiklerimi uygulayabildim			

Ek 6 Ameliyat Sonrası Bakımında Video Eğitimini Değerlendirme Formu

Video Eğitimini Değerlendirme Anketi	Katlıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum
1. Eğitim programının açılış sayfası dikkat çekiciydi.			
2. Eğitim programının konu başlıklarını kolay buldum.			
3. Eğitimde kullanılan dil sade ve açıktı.			
4. Eğiticinin ses tonu etkiliydi.			
5. Eğitim programında yazıları okumakta zorlanmadım			
6. Eğitim programında zemin dikkatimi dağıtmadı.			
7. Eğitimde kullanılan metin,fotoğraf , video vs konuya uygun olarak kullandı.			
8. Eğitimde kullanılan renkler uyumluydu.			
9. Eğitimin görsel kalitesi iyiydi			
10.Videoların iletimi düzgün ve sorunsuz çalıştı.			
11.Eğitimde programında kullanılan videolar konuyu öğrenmemi sağladı.			
12. Eğitime ayrılan süre anlatılan konular için yeterliydi.			
13. Eğitimi programını istediğim kadar tekrarladım.			
14. Eğitim ameliyat sonrası bakımı ile ilgili becerileri öğrenmemi sağladı.			
15.Eğitimin öğretici olduğuna inanıyorum.			
16.Eğitim programının içeriği gereksinimlerimi karşıladı.			
17.Eğitimde öğrendiklerimi uygulayabildim.			

Ek 7 Ameliyat Sonrası Bakım Broşürü

OMURGA AMELİYATI SONRASI DİKKAT EDİLMESİ GEREKENLER

1. Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi

- Halılar kaygan, kenarı düşmeye neden olacak şekilde kalkık, kıvrık olmamalıdır. Kaydırmaz bantlar kullanılabilir. Görme derinliğini yanıltacak karışık desenli olmamalıdır.
- Elektrik, telefon ya da her türlü kablo açıkta ve takılmaya, düşmeye yol açabilecek biçimde bırakılmamalıdır.
- Mobilyalar; mekan geniş, ferah olacak şekilde yerleştirilmelidir.
- Sehpalar orta alanda durmamalı , koltuklar arasına yerleştirilmelidir.
- İyi aydınlatma ve havalandırma olanağı bulunmalıdır.



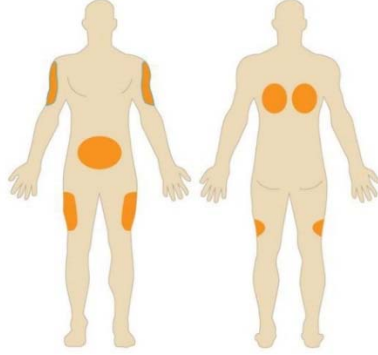
- Evinizde merdiven var ise; basamaklarda kaymayan malzemeler kullanılmalıdır.
- Merdivenlerin kenarlarında korkuluk olmalıdır.
- Ayak tabanı kaydırmaz terlik ya da ayakkabı giyilmelidir.
- Uygun yükseklikte klozetli tuvalet kullanılmalı ya da tuvalet sandalyesi alınmalıdır.
- Sandalye ve kanepeler sağlam ve güvenli olmalı, çok yüksek ya da çok derin olmamalı, kolaylıkla kalkılabilir.
- Elektrik, telefon ya da her türlü kablo açıkta ve takılmaya, düşmeye yol açabilecek biçimde bırakılmamalıdır.

2. İlaç Kullanımı

- Ameliyat sonrası hastalara ağrı kesici, kas gevşetici, antimikrobiyal (antibiyotik) etkili ve pıhtılaşmayı önleyen ilaçlar önerilmektedir. Pıhtılaşmayı önleyen ilaç olarak tablet ya da cilt altına yapılan enjeksiyon verilir.
- İlaçlarınızı her gün size belirtilen saatte ve dozda alınmalıdır. İlaçlarınızı önerilen süre boyunca kullanmak önemlidir.

Ek 7 (Devam)

- İlaçlar kendi kutularında ve doğrudan ışık almayan, serin bir ortamda saklanmalıdır.
- Cilt altına enjeksiyon şeklinde ilacınız var ise, enjeksiyonlarınızı size belirtilen saatte, gösterildiği şekilde kendi kendinize yapabilir ya da sağlık kuruluşuna yaptırabilirsiniz.



- Kendinize yapacaksanız, en uygun yerler, göbek, dizüstüdür. İğne cilt altında bulunan yağlı dokuya yapılacaktır.
- Karın bölgesinde, göbeğinizden birkaç cm uzakta bir bölge belirleyiniz.
- İğnenin yapılacağı yeri alkol ile iyice siliniz.
- Enjektörü kalem tutuyormuş gibi tutun ve kapağını atınız.
- Enjeksiyondan önce hava kabarcığını atmak için pistonu itmeyiniz.

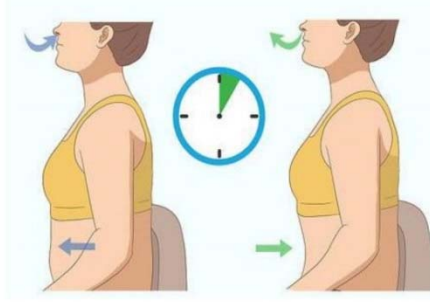
- Doktorunuzun haberi olmadan ilaçlar kesilmemelidir.
- İlaçların yan etkilerini öğrenilmeli, herhangi belirti olduğunda doktorunuz aranmalıdır.

3. Ağrı Kontrolü

- Gün içinde dinlenmeli, gereksiz hareketlerden kaçınılmalıdır.
- Hastayı yastıklar ile destekleyerek uygun pozisyon verilmelidir.
- Hareket ettirme esnasında hastaya nazik davranılmalıdır.
- Doktorunuzun vermiş olduğu ağrı kesici ilaçlar düzenli kullanılmalıdır.
- **Ağrı ameliyat öncesi dönemdeki kadar şiddetlenirse doktorunuza haber vermeniz gerekir.**
- Derin nefes alıp verme egzersizleri yapılmalıdır.



Ek 7 (Devam)



-Diyafram nefesi almak için dik bir konumda durun. Önce nefesinizi tamamen boşaltın sonra burnunuzdan nefes alın.
-Karın bölgenizin ve diyaframınızın şiştiğini göreceksiniz. Bu bölgeyi arkaya doğru (sırtınıza doğru da) genişleterek nefes alıp verin ve geliştirmeye çalışın.

4. Yara Yeri Bakımı

- Ameliyat sonrası kullanılan dikiş materyalinin özelliğine göre cilt altından emilebilen ya da cilt üzerinde alınmasını gerektiren dikişler bulunabilmektedir. Dikişler cilt üzerinde ise ameliyattan 14-21 gün içinde alınır.
- Yaranıza 3 günde bir sağlık personeli tarafından pansuman yaptırmanız gerekmektedir.
- Banyo ihtiyacı pansuman ile aynı periyotta yapılmalı, pansuman su geçirmez bantlar ile kapatılmalıdır.
- **Yara bölgesinde ısı artışı, kızarıklık, şişme, berrak ya da renkli akıntı gibi belirtiler yara enfeksiyonu belirtileri olabilir böyle bir durum gözleendiğinde, doktorunuza haber verilmelidir.**
- Vücut ısısı düzenli olarak ölçülmeli, **38** derecenin üzerine çıkarsa doktorunuza bilgi vermeniz gerekir.
- Yara iyileşmesi için bölgenin temiz tutulması ve bölgenin pozisyonunun gerilmelerden, bükülmelerden korunması sağlanmalıdır.
- Yaranızın iyileşmesi yaklaşık 20 gün sürer.
- Yaranızın ameliyat sonrası ilk 5 gün kızarıklık ve şiş olması normaldir, sonra şişliğin inmesi ve kızarıkların azalması beklenir.
- Dikişleriniz kendiliğinden emilebilen dikişlerden değil ise dikişlerinizin alınması için kontrole çağırılacaksınız.



Ek 7 (Devam)

5. Yeterli ve Dengeli Beslenme

- Kilonuz normal sınırlarda olmalıdır.
- Protein, karbonhidrat, yağ, vitamin ve mineraller belli oranlarda tüketilmelidir.
- Doktorunuz ya da hemşireniz tarafından önerilen bir sıvı kısıtlamanız yoksa günde en az 2,5 lt litre sıvı alınması gerekir.
- Günde en az 3 öğün olacak şekilde beslenmelidir. Her öğünün süt ve süt ürünleri; et,yumurta,kuru baklagiller; sebze ve meyve; ekmek ve tahıllar içermesine dikkat edilir.
- Kabız olmamak için; yulaf ürünleri, kepekli gıdalar, sebzeler, kabuklu meyveler gibi lif bakımından zengin gıdalar tüketilmelidir.
 - Kahvaltıdan yarım saat önce bir bardak ılık su içilir.



6. Boşaltım

- Klozetiniz çok alçak ya da çok yüksek olmamasına dikkat edilmelidir.
- Klozete/tuvalete oturup kalkarken kayıp düşmemek için tutunacak yerler (tutunma barları) yaptırmak uygun olur.
- Tuvalete giderken ilk dönemlerde ağrı ve hareket etmede güçlük yaşayabileceğinizden yakınlarınızdan yardım almak uygun olur.
- Düzenli olarak dışkılama için, ihtiyaç duymasanız da her gün belli bir saatte tuvalete gitmeyi alışkanlık haline getirmek gerekir.
- Kabız olmamaya dikkat edilmelidir.
- İdrarınızı / büyük abdestinizi **yapamama ya da tutamama** gibi bir durumla karşılaştığınızda doktorunuza haber vermeniz gerekir.



7. Kişisel Hijyen ve Banvo Yapma

- El-yüz yıkarken,belinizi zorlamayacağınız yükseklikte (çok yüksek ya da çok alçak olmayan) bir lavabo kullanılmalıdır.
- Ayak tırnaklarınızı keserken aşırı eğilmekten kaçınılmalı, gerekiyorsa başka birinden yardım alınmalıdır.



Ek 7 (Devam)

- Alt bölge temizliğini yaparken aşırı eğilmekten kaçınmak gerekir.
- Evde yapılacak ilk banyolarda kişinin yanında yardımcı olabilecek birilerinin olması oluşabilecek kazaların önlenmesi açısından önemlidir.
- Banyoda tutunulabilecek barların bulundurulması, zeminin kuru tutulmaya çalışılması tavsiye edilir, aksi halde kayıp düşmelerden korunmak zor olacaktır.
- Dikişleriniz cilt altında kendiliğinden emilebilen dikişler ise hemen banyo yapılabilir. Fakat dikişleriniz emilmeyen dikişler değilse pansuman günleri, pansuman su geçirmez bantlar ile kapatılarak banyo yapılmalıdır.
- Banyo yaparken dikkat edilmesi gereken; banyoda ameliyat bölgesinin fazla ovuşturulmaması, oturarak banyo yapmanın tercih edilmemesi, küvette yıkanılıyor ise belin düzgünlüğünü korumak mümkün olmayacağından düz şekilde banyo yapmanın tercih edilmesidir.



8. Giyinme

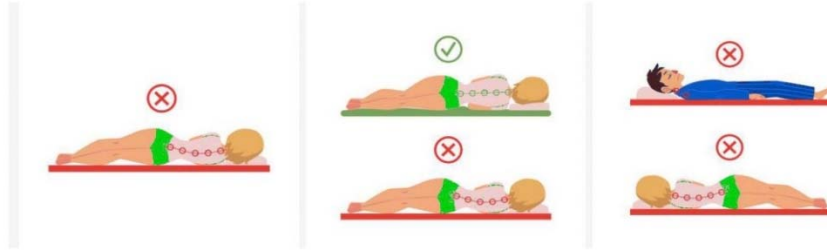
- Giysiler dolapta kolay ulaşabileceğiniz şekilde yerleştirilmelidir.
- İlk günlerde yatakta yatarken veya yatak ya da sandalye kenarına oturarak giysileri giymek daha kolay olabilir.
- Ayakkabılarınızı giyerken uzun ayakkabı çekeceği kullanılmalıdır.
- Ayakkabılarınızı bağlamak için başka birinden yardım alınmalıdır. Yüksek topuklu (3,5 cm. den fazla) ya da topuksuz/ düz ayakkabı giymekten kaçınılmalıdır.
- Ayaklarınızı sıkmayan, bol olmayan, esnek, yumuşak malzemeden yapılmış, ortopedik ayakkabı tercih edilmelidir.

9. Hareket

Ameliyat sonrası ilk 45 gün hastanın kendisine dikkat etmesini gerektiren zaman dilimidir. Bu süre ameliyat sonrası kemik kaynamasının elde edilmeye çalışıldığı dönem olduğundan ameliyatta yerleştirilen implantları zorlayacak aktivitelerden uzak durulmalıdır. İlk 3 hafta ise yumuşak doku iyileşmesi de işin içinde olduğundan daha kritiktir. Bu nedenle ilk 3 haftalık sürede refakatçi eşliğinde mobilize olmak daha uygundur.

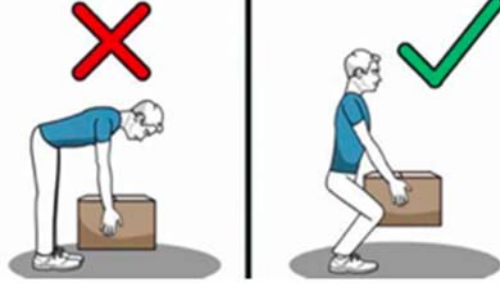
Ek 7 (Devam)

- Antiembolik çoraplar **3 hafta boyunca** giyilmelidir.
- **İlk 15 günde** hareketler sınırlı olacaktır.
 - Gün içinde yalnızca zorunlu ihtiyaçlar için yataktan kalkılabilir. Ayağa kalkma ya da sıklığı günde **5 defayı** geçmemelidir.
 - Ayağa kalkılan ya da oturulan süre her seferinde **15** dakikayı aşmamalıdır.
 - Alçak ve yumuşak sandalye veya koltukta oturulmamalıdır. Kural olarak kalça ekleminin dizlerden daha aşağıda konumlandığı alçak yerlere oturmak omurgayı zorlayacağı için tehlikelidir.
 - Yatak içinde ayakları karına çekme, uzatma; ayak bilekleri egzersizleri, yatak içi her iki yana dönme hareketleri yapılabilir.



- **İkinci 15 günde** hareketler artırılabilir, yatakta geçirilen süre azaltılır.
 - Hasta kendini iyi hissettiği sürece yürüyebilir.
 - Yürüme veya oturma sıklığı günde 8 defayı geçmemelidir.
 - Her seferinde 15 - 20 dakikayı aşmayacak şekilde gün içinde oturma periyotları olabilir.
 - Ev içinde 30 dakika süreye kadar dolaşılmasında sakınca yoktur.
- **Üçüncü 15 günde** hareket sınırlılıkları kalkmaktadır.
 - 1 saat süreyle oturulabilir ve 1 saat süreyle yolculuk yapılabilir .
 - Otururken belin dik tutan bir koltuk tercih edilmelidir, mümkünse kolları destekler şekilde olmalıdır, bacak bacak üzerine atılmamalıdır.
 - Yerden bir obje kaldırırken eğilme, uzanma, kaldırma, işlemlerini beden mekaniklerine uygun yapılmalıdır. Çömelme işi belden öne eğilerek değil bacaklardan yere alçalarak yapılmalıdır.

Ek 7 (Devam)



- Obje taşınırken ağırlığın 5 kg'ı geçmemesi ve her iki kola eşit yük olacak şekilde paylaştırılması sağlanmalıdır.
- 45 günün sonunda araba kullanmaya başlanabilir.
 - Araba kullanırken koltuğun direksiyona yakın pozisyonda olması ve koltuğun dikliğinin sağlanması gereklidir.



- Araba kullanırken mutlaka emniyet kemeri kullanılmalıdır. 2 saatten uzun süre kullanılmamalı, dinlenme aralıkları ayarlanmalıdır.
- Egzersiz yaparken zorlanmamalı, ağrı ve yorgunluk hissedildiğinde ara verilmelidir.
 - Tüm bu iyileşme süreci boyunca 'Az az ama sık sık' kuralı akılda tutulmalıdır. Yani bir seferde uzun ayakta kalmak ya da egzersiz yapmaktansa ara vererek sık sık yapmak hem daha faydalı hem de daha ağrısızdır.

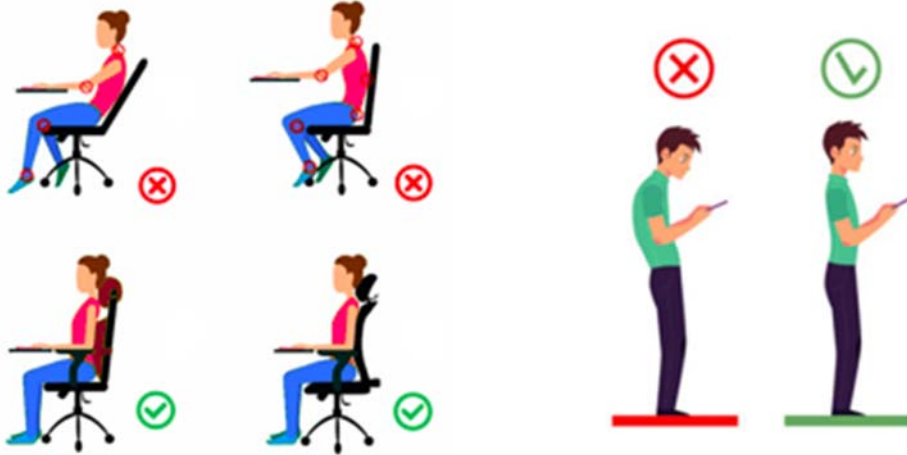
Ek 7 (Devam)

10. Cinsel Yaşam

- Beli zorlayabilecek aktivitelerden birisi olan seksüel aktiviteye 45 gün sonra başlanabilir.
 - Fakat başlama zamanı için kişinin kendini iyi ve hazır hissetmesi, ayrıca bu aktivite sırasında belin doğru pozisyonunun sağlanması önemlidir.
- Ameliyat sonrası komplikasyon gelişmeyen ve normal kiloda olan hastalar 6 ay- 1 yıl sonra hamile kalabilir ve normal doğum yapabilirler.

11. Çalışma Yaşamı

- Ameliyattan sonra doktorunuzun önerdiği zamanda çalışmaya başlamak gerekir.
- İşe dönüş süreci yapılan işin türüne göre değişmekle beraber genel olarak
 - masa başı işlere cerrahi sonrası **8-12 haftalarda,**
 - hafif yük kaldırmayı gereken işlere **4-6 aylarda,**
 - ağır kaldırmayı gereken işlere **12. aydan sonra** dönüş önerilmelidir.
- Bu süreler implantın kemikle bütünleşme süreçleridir.
- Ağrınız oluyorsa çalışma saatlerinizi azaltmak gerekir.
- İş yeri şartlarınızı hastalığınıza uygun olarak düzenlenmelidir.
- Çalışma koltuğunuz uygun duruş için ayarlanmalıdır.



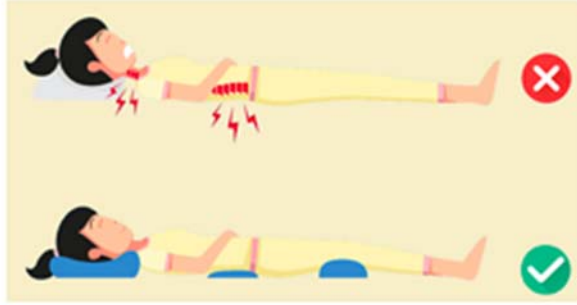
- Yapacağınız işler yavaş yavaş artırarak yapılmalıdır.
- Ev işlerini yaparken yardım almanız gerekebilir.

Ek 7 (Devam)

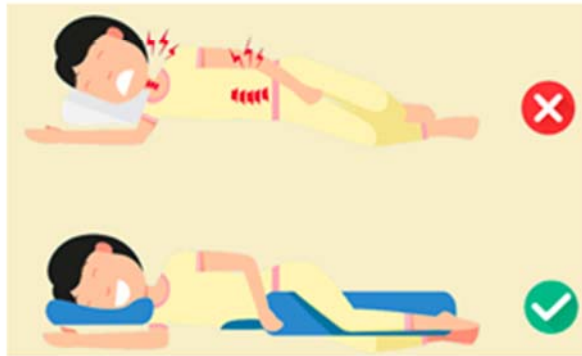
- Ev işleri sırasında; mutfak tezgahında çalışırken, ütü yaparken, yatak düzeltirken, elektrik süpürgesi kullanırken genel prensipler hiç değişmez: Omurga düz tutulmalı, gerektiğinde dizleri bükerek eğilmelidir.
- Ütü yaparken yüksek sandalyeye oturulabilir ya da ütü masasının boyu yükseltilebilir. Elektrikli süpürge kullanılırken süpürge boyu uzatılır ve sürekli kolu itip çekmek yerine yürüyerek süpürülür. Mutfak tezgahında çalışırken bir ayağın altına basamak yerleştirerek omurga düz tutulabilir.

12. Uyku ve Dinlenme

- Ameliyat sonrası dönemde uyumanız ve istirahat etmeniz önemlidir.
- **Sırt üstü yatarken;** dizlerinizi bükünüz ya da bacaklarınızın altına ince bir yastık koyulmalıdır. Başınızın altına ince bir yastık olmalıdır.



- **Yan yatarken;** Omurganız düz olmalıdır.
- Başınızın altına omur yüksekliğinde, omuzlara kadar inen bir yastık koyulmalıdır.
- Üstte kalan bacağınızın altına ince bir yastık yerleştiriniz.
- Üstte kalan kolunuzun altına bir yastık koyarak kolunuzu destekleyiniz.



Ek 7 (Devam)

- **Yataktan ayağa kalkmak:** Kalça ve dizler bükülmeli, yatakta tam yan dönülmeli, bacaklar yatak kenarına sarkıtıldıktan sonra kolların ve ellerin yardımıyla oturma pozisyonuna geçilmelidir. Yatağın normalden biraz daha yüksek olması ayağa kalkarken kalça ve dizlerin daha kolay hareketini sağlar ve ayağa kalkmayı kolaylaştırır.



13. Sosyal Yaşam

- Ameliyat sonrası dönemde istirahat ederken canınıza sıkılabilir, kendinizi yalnız hissedebilirsiniz. Bunun için kitap okuma, televizyon seyretme, müzik dinleme, bilgisayar kullanma gibi sevdiğiniz uğraşlarla ilgilenebilirsiniz.
- Spor olarak ise hafif fitness ve yüzmeye 3 ay sonra başlamakta sakınca yoktur.



14. Kontrol

Ek 7 (Devam)

- Dikişleriniz kendiliğinden emilebilen dikişlerden değil ise dikişlerinizin alınması için 14-21 gün içinde kontrole çağırılacaksınız.
- Dikişleriniz emilebilen dikiş ise ilk kontrol **1,5 ay** sonunda olur.
- 1,5 ay sonunda röntgen grafınız çekilir. Genel muayeniz yapılır.



- Hastaneden çıktıktan sonra ağrının artması, uyuşukluk, kuvvet kaybı, idrar-gaita tutamama gibi belirtiler görüldüğünde kontrol zamanını beklemeden doktora başvurulması gerekir.

Ek 8 Etik Kurul Onay Formu

OKAN ÜNİVERSİTESİ Etik Kurul Kararı

Toplantı Tarihi: 12.06.2019

Toplantı Sayısı: 110

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Baskan	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye) (Katılmadı)
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay	(Üye)
Doç.Dr. Kerime Derya Beydağ	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi. Nermin Bölükbaşı	(Üye) (Katılmadı)
Dr. Öğr. Üyesi Erdinç Ünal	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Nihat Özaydın	(Üye)

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 12.06.2019 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıyak Başkanlığında toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

Karar 12. Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Hemşirelik bölümünden **Dilara BAKIN**'ın “Bir Ortopedi Kliniğine Başvuran ve Lomber Stabilizasyon Uygulanan Hastalara Ameliyat Sonrası Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli Doğrultusunda Farklı İki Yöntemle Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesine Etkisi” başlıklı çalışmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir.

Ek 10 Kurum İzin Formu



02.05.2019

OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Uzman Hemşire Dilara Bakın 'ın " Bir Ortopedi Kliniğine Başvuran ve Ameliyat Olan Hastalarda Günlük Yaşam Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" başlıklı doktora tez çalışmaları, Nişantaşı Ortopedi Merkezimiz'ce kabul ve uygun bulunmuştur.

Durum bildirir rapordur, Bilgilerinize sunulur.

Adres:Dikilitaş Mah. Hakkı Yeten Cad. Süleyman Seba Kompleksi No:10-D, Beşiktaş, İSTANBUL Tel:(0212)225 20 49 Mail:nisantasiortopedi@gmail.com

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Dilara BAKIN

Öğrenim Durumu:

- 2014- Devam, Doktora, Okan Üniversitesi Hemşirelik
- 2008-2011, Yüksek lisans, Haliç Üniversitesi Cerrahi Hemşirelik
- 2004-2008, Lisans, Haliç Üniversitesi Hemşirelik

İş Deneyimleri:

- 2014-Devam, Işık Üniversitesi Sağlık Meslek Yüksekokulu, Öğretim Görevlisi
- 2013-2015, Şişli Kolan Hastanesi, Ameliyathane Hemşiresi
- 2011-2013, Medipol Üniversitesi Hastanesi, Ameliyathane Hemşiresi
- 2009-2011, İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi, Ortopedi Ameliyathane
- 2007-2009, Doğan Hastanesi, Cerrahi Servis Sorumlu Hemşire

Yabancı Dil: İngilizce B1 (Yökdil Sağlık 57.50).

Bilgisayar Becerileri: Mc. Office Programları

Kurslar / Stajlar / Kongreler:

- 2022, Eğiticinin Eğitimi Sertifikası
- 2017, Klinik Araştırma Hemşireliği Sertifikası
- 2015, İlk Yardım Eğitmeni Sertifikası
- 2015, 7. Ulusal Ortopedi ve Travmatoloji Hemşireliği Kongresi
- 2011, 5. Ulusal Ortopedi ve Travmatoloji Hemşireliği Kongresi
- 2005, Kan ve Kan Ürünleri- Transfüzyon Uygulamaları Sempozyumu

Sözlü, Yazılı, Poster Sunum ve Bildirileri

- Sözel sunum 1-4 Kasım 2011 5. Ulusal Ortopedi ve Travmatoloji Hemşireliği Kongresi
.Skolyoz Ameliyat› Olan Hastalarda Yaflam Kalitesi

Uluslararası Hakemli Dergilerde Yayımlanan Makaleler
Erdal N., Çevik G., **Bakin D.** (2021). Analysis Of Demographic Working, Sector, Income Status And Pandemic Findings Of Individuals Working During The Covid- 19 Period According To Maslach Burnout Model. International journal of business marketing and management (IJBMM), 6(1):22-26.

Erdal N., Çevik G., **Bakın D.** (2021). Perceptions of Individual Anxiety And Job Satisfaction During Covid -19 Pandemic. International Journal of Latest Research in Humanities and Social Science (IJLRHSS), 4(4):1:17.

Erdal N., Çevik G., **Bakın D.** (2021). The Effect of Anxiety and Burnout On Job Satisfaction: The Covid-19 Period, International Journal of Multidisciplinary and Current Educational Research (IJMCER), 3(3):87-99

