

## LOMBER DİSK HERNİ AMELİYATI OLAN HASTALARDA ALGILANAN SOSYAL DESTEK İLE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ\*

Çiğdem KÖÇKAR\*\*

Özge UZUN\*\*\*

Kabul Tarihi: 31.08.2006

### ÖZET

Bu araştırma, lomber disk herni ameliyatı olan hastaların algıladıkları sosyal destek ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapıldı. Nöroşirürji kliniklerinde lomber disk hernisi ameliyatı olan 50 hasta çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Veri toplamada, kişisel bilgi formu, SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) kullanıldı.

Hastaların, mesleğine ve oturdukları ev tipine göre yaşam kalitesinin esenlik alt boyutundan, cinsiyetine göre ise yaşam kalitesinin global yaşam kalitesi alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ( $p<0.05$ ). Hastaların cinsiyetine göre arkadaşta (  $p<0.05$ ) eğitim durumlarına (  $p<0.05$ ) ve mesleklerine göre (  $p<0.01$ ) hemşireden algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı. Yaşam kalitesi ölçeği ve MSPSS alt boyutları puan ortalamalarından; fonksiyonel durum (  $r=0.398$ ,  $p<0.01$ ), esenlik (  $r=0.330$ ,  $p<0.05$ ) ve global yaşam kalitesi (  $r=0.367$ ,  $p<0.01$ ) ile aile desteği alt boyutları arasında orta düzeyde olumlu ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi.

Çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda, lomber disk hernisi ameliyatı olan hastaların yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve sosyal destek gereksinimlerinin karşılanması için hemşirelerin uygun girişimlerde bulunması önerilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Lomber Disk Hernisi, yaşam kalitesi, sosyal destek, hemşireler

### ABSTRACT

#### *Investigation the Relationship between the Social Support Perceived and the Life Quality of Patients Undergone Lumbar Disc Hernia Operation*

This study has been carried out to investigate the relationship between the social support perceived and the life quality of patients undergone lumbar disc hernia operation. The sample of consisted of 50 patients who undergone lumbar disc hernia operation in Neurosurgery Clinics. Personal information form, SF 36 Life Quality Scale and Multidimensional Scale of Perceived Social Support-MSPSS were used in collecting data.

The difference between the mean points the patients got from the subdimension of the welfare of the life quality according to the occupation and the house they are living in and the mean points (  $p<0.05$ ). While the difference between the mean points of social support they perceived from the nurse according to their education level and from their friends according to the gender were found to be statistically slight level significant (  $p<0.05$ ), the difference between the mean points of social support they perceived from the nurse according to occupation was found to be statistically high level significant (  $p<0.01$ ). From the subdimensions mean points of life quality scale and MSPSS, between the subdimensions functional condition (  $r=0.398$ ,  $p<0.01$ ), welfare (  $r=0.330$ ,  $p<0.05$ ), and global life quality (  $r=0.367$ ,  $p<0.01$ ) and perceiving support from family was found statistically to be significant and the positive correlation in moderate. According to the results obtained from the study, it is suggested that nurses should be interventions in order to improve patients' life quality and to met their social support needs

**Keywords:** Lumbar disc hernia, quality of life, perceived social support, nurse

\* Bu araştırma, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir (Danışman: Ö. Uzun).

\*\* Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Arş.Gör) ferganat@mynet.com.tr

\*\*\* İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü (Doç.Dr.)

## GİRİŞ VE AMAÇ

İntervertebral diskler, vertebral kolonda ani basınç artışlarını dengeleyen yapılardır. Kronik, küçük travmalar, ani ve şiddetli basınç artışları veya yaşın ilerlemesiyle oluşan dejeneratif değişiklikler intervertebral disk hernilerine neden olabilir (Tuna 2000). İntervertebral disk hernileri, spinal kanalın her düzeyinde oluşabilmesine karşın ağırlığa ve basınca daha sık maruz kaldığından lomber bölgede daha çok görülmektedir (Tuna 2000, Karadağ 1997).

Yapılan çalışmalarda insanların %80'inin yaşamlarının herhangi bir döneminde bel ağrısı deneyimledikleri ve bu ağrıların %3-10'unun nedeninin disk hernisi olduğu belirtilmektedir (Larson 1974, Yıldızhan 1999). ABD'de her yıl bel ağrıları nedeniyle 19 milyon insanın hekime başvurduğu ve 200.000 cerrahi girişim uygulandığı belirtilmektedir (Tuna 2000, Edirne 2000). Amerika'da 1980-1990 yılları arasında, lomber disk herni ameliyatlarının %55, İsveç'te %20, Finlandiya'da %35, İngiltere'de ise %10 oranında arttığı bildirilmektedir (Çetinyalçın 2001, Edirne 2000). Ayrıca, bel ağrılarının kronik hastalıkların %10'unu oluşturduğu, diğer kronik hastalıklarla karşılaştırıldığında daha hızlı bir artış göstererek, şiddetli ağrı veya organların fonksiyonlarında belirgin bir azalma olmadıkça doktora başvurulmadığı için de erken tanılanamadığı ve hastalığın ileri dönemlerinde tedavi edilmek zorunda kaldığı bildirilmektedir (Edirne 2000, Arman 2003). Hastalığın ilerleyen dönemlerde tedavi edilmesi, hastada komplikasyon görülme olasılığını artırabilmektedir. Lomber disk hernisi, hastada ameliyat ve hastalık kaynaklı komplikasyonlara neden olması, ayrıca görülme sıklığı düşünüldüğünde toplumda ciddi boyutlarda iş gücü kaybına yol açması ve kişisel yaşam kalitesini düşürmesi nedeniyle oldukça önemli bir hastalık olarak kabul

edilmektedir (Edirne 2000, Larson 1974, Arman 2003).

Lomber disk herni tanısı alan hastalara uygulanan tedavi yöntemlerinden biri de cerrahidir. Cerrahi yöntem uygulanan hastalarda, ameliyat sonrası erken dönemde günlük yaşamda önemli derecede aktivite kısıtlaması, sosyal izolasyon, uyku bozuklukları ve yoğun ağrı görülmekte ve bu sorunlar hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Aydemir 1998, Edirne 2000, Erol 2003). Lomber disk hernileri, omurilik bölgesiyle beraber hareket mekanizmalarının bazılarını da etkilemektedir. Hareket sistemi etkilenen hasta, kişisel gereksinimlerini karşılamak için yardıma gereksinim duyar. Hastaların yaşam kalitesini yükseltmek için fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden kendilerini iyi hissetmelerinde ve kısıtlanan aktivitelerini sürdürmelerinde sosyal destek gereksinimlerinin karşılanması önemlidir. Ülkemizde mevcut sağlık sisteminde, evde bakım hizmetleri henüz tam olarak gerçekleştirilemediği için hastaların evde bakımı profesyonel bir bakım verici tarafından değil de, daha çok kişinin kendine yakın hissettiği bireyler (aile, eş veya arkadaş) tarafından verilmektedir. Hastaların sosyal destek gereksinimleri de, sıklıkla hastane ortamında kişinin tedavi ve bakımında rol alan hemşire ve diğer sağlık çalışanları, taburculuk sonrası ise aile ve sosyal çevre tarafından karşılanmaktadır.

Yapılan literatür incelemesinde, gerek yurt dışında (Evans et al. 1985, Fanuele et al. 2000, Ware 1997), gerekse yurt içinde (Aydemir 1998, Erol ve Acaroğlu 2003, Karadağ 1999, Özyürek ve Dramalı 2003) lomber disk hernisi ameliyatı olan hastalarda yaşam kalitesine ilişkin çalışmalar bulunmasına karşın, yaşam kalitesi ile sosyal destek arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalara rastlanmamıştır. Yaşam kalitesinin yükseltilmesinde ve hastaların hastalıklarına uyum sağlamasında sosyal desteğin katkısı yadsınmaz. Hemşirelik biliminde

son yıllarda üzerinde önemle durulan ve çeşitli hasta gruplarında incelenmeye başlanan yaşam kalitesi kavramı, hemşirelik girişimlerinin sonuçlarının değerlendirilmesi açısından oldukça kabul görmektedir. Bu bağlamda, hemşirelik alanında bu konuda araştırma yapmaya gereksinim olduğu düşüncesinden yola çıkarak, bu çalışma planlanmış ve yürütülmüştür.

Bu çalışmanın amacı; lomber disk herni ameliyatı olan hastaların algıladıkları sosyal destek ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek, ayrıca hastaların bazı sosyo-demografik ve yaşadıkları ortama ilişkin özellikleri ile yaşam kalitelerini ve algıladıkları sosyal desteği karşılaştırmaktır.

#### **MATERYAL VE METOD**

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türden olan bu araştırma, Atatürk Üniversitesi Süleyman Demirel Tıp Merkezi Azizye Araştırma Hastanesi'nin Nöroşirürji, Sağlık Bakanlığı Erzurum Numune Hastanesi'nin Nöroşirürji kliniklerinde 20.07.2004-22.04.2005 tarihleri arasında yapılmıştır.

Sağlık Bakanlığı Erzurum Numune Hastanesi ve Atatürk Üniversitesi Süleyman Demirel Tıp Merkezi Azizye Araştırma Hastaneleri'nin Nöroşirürji kliniklerinde lomber disk hernisi tanısı alan, ameliyat olması planlanan ve ameliyat olan, araştırma koşullarını yerine getiren bütün hastaların sırası ile çalışma kapsamına alınması planlanmıştır. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde 64 hasta ameliyat edilmiştir. İlk veriler toplandıktan sonra 8 hastanın ölmesi, iki hastanın çalışmaya katılmayı kabul etmemesi ve 4 hastada komplikasyon gelişmesi ve ASA (American Society of Anesthesiologist Classification) sınıflandırmasına uymaması nedeniyle, araştırma 50 (%78) hasta üzerinde yürütülmüştür.

Araştırmaya alınan hastaların özellikleri; 18 yaşından büyük olma, iletişim kurulabilmesi için Türkçe

konusabilen ve anlayabilen, okuma yazma bilen, araştırmacı ile işbirliği kurabilen, ASA sınıflandırmasında Sınıf I (normal sağlıklı hasta) ve Sınıf II (hafif sistemik hastalığı olan hasta) grubunda bulunan hastalar araştırma kapsamına alınmıştır.

#### **Veri Toplama Araçları**

Veri toplamada araştırmacılar tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu, SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support-MSPSS) kullanılmıştır.

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda (Karadağ 1999, Erol ve Acaroğlu 2003, Özyürek ve Dramalı 2003) hazırlanan ve üç bölümden oluşan kişisel bilgi formunda 25 soru yer almaktadır. Bu bölümler; demografik özellikler, hastanın yaşadığı ev ortamı ve evdeki kişilerin özellikleri, hastalıkla ilgili sorulardan oluşmaktadır.

SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (The MOS 36 Item Short Form Health Survey SF 36 ): Ware tarafından 1987 yılında geliştirilen, Pınar tarafından 1995 yılında geçerlilik-güvenirlilik çalışması yapılan ölçek klinik uygulama ve araştırmalarda, bireylerin sağlık durumlarının değerlendirilmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere düzenlenmiştir. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, 36 ifade içermekte, ölçeğin alt boyutları olan 4 majör sağlık alanını (fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi) ve 9 sağlık kavramını değerlendiren likert tipi bir ölçektir. Yaşam kalitesi ölçeğinin puanları 0 ile 100 arasında değişir. SF36 her sağlık alanına ilişkin puan yükseldikçe sağlıkla ilgili yaşam kalitesi artacak şekilde puanlanmıştır (Ware 1987, Pınar 1994). Pınar (1994) Ölçeğin toplam maddelerde Cronbach alfa kat sayısını 0.92 olarak bulmuştur. Bu çalışmada ise, Cronbach alfa katsayısı toplam ölçek maddeleri için 0.86, alt boyutları için; fonksiyonel durum 0.82, esenlik 0.85, genel sağlık

anlayışı 0.88, global yaşam kalitesi 0.87 bulunmuştur. Bu sonuçlar, Sf-36 yaşam kalitesi ölçeğinin bu gruptaki hastalar için uygun güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS): Zimmet ve arkadaşları tarafından 1988'de geliştirilen, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) Eker ve Arkar tarafından 1995 yılında Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçek, üç farklı kaynaktan (aile, arkadaş, özel insan) alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren 12 kısa maddeden oluşmaktadır (Eker ve Arkar 1995). Aile eş, çocuk, kardeşler ve ebeveynler olarak; özel insan aile ve arkadaş dışındaki kişiler (flört, nişanlı, doktor, hemşire) olarak tanımlanmıştır (Eker ve ark. 2001). Bu çalışmada, "özel insan" kaynağı "hemşire" olarak belirlenmiştir.

Ölçek 1'den 7'ye kadar (tamamen katılıyorum 7 puan, hiç katılmıyorum 1 puan) sıralanan bir puanlama sistemine sahiptir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan desteğin yüksek olduğunu, puanın düşük olması da desteğin algılanmadığını veya destekten yoksun oluşu gösterir (Eker ve ark. 2001, Sorias 1988). Eker ve Arkar, MSPSS'in toplam Cronbach alfa katsayısını 0.89 olarak bulmuşlardır. Bu çalışmada, Cronbach alfa katsayısı toplam maddeler için 0.86, alt boyutlar için; aile 0.80, arkadaş 0.86, hemşire 0.84 olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar, ölçeğin bu hasta grubunda yeterli güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir.

#### **Verilerin Toplanması**

Kişisel bilgi formu, araştırma kapsamına alınan hastalara ameliyattan bir gün önce hastanede uygulanmıştır. Kişisel bilgi formunun uygulanmasından altı hafta sonra da yaşam kalitesi ölçeği ve MSPSS hastaların kendi evinde uygulanmıştır. Kişisel Bilgi formu ve ölçeklerin toplam uygulama süreleri ortalama 30-35 dakika sürmüştür.

#### **Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmada elde edilen veriler, bilgisayarda SPSS Windows 10.0 (Statistical for social sciences for windows) paket programı kullanılarak veri tabanı oluşturulmuş ve analiz edilmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistikler (yüzdeler, ortalamalar), ölçeklerin güvenilirlik düzeyleri için Cronbach alfa kat sayısı, ölçeklerden alınan puan ortalamalarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis varyans analizi, Mann-Whitney U, ilişki armada ise Pearson Korelasyon Analizi testleri kullanılmıştır (Aksakoğlu 2001).

#### **Araştırmanın Etik İlkeleri**

Araştırmaya başlamak için Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aziziye Araştırma, Erzurum Numune Hastanelerinin yönetimlerinden resmi yazılı, ayrıca klinik başkanları ile görüşülerek sözlü izin alınmıştır. Araştırmaya katılımda gönüllülük ilkesi temel alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan hastalara araştırmanın içeriği ve amacı hakkında bilgi verildikten sonra, yazılı onam formlarının hastalar tarafından doldurulup imzalamaları istenmesine karşın sadece 4 hasta bilgilendirilmiş onam formunu imzalamayı kabul etmiştir, diğerleri sözlü onam vermeyi tercih etmişlerdir.

#### **Araştırmanın Sınırlılıkları**

Erzurum Büyükşehir belediye sınırlarında oturan hastaların araştırma kapsamına alınması araştırmanın bir sınırlılığıdır. Yaşam kalitesi ölçeği ve MSPSS hastalara altı hafta sonra kendi evlerinde uygulanacağından, ulaşım kolaylığı dikkate alınarak, sadece Erzurum Büyükşehir belediye sınırları içinde ikamet eden hastalar araştırmaya alınmıştır.

#### **BULGULAR VE TARTIŞMA**

Araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özellikleri ve bu özelliklerine göre yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar Tablo 1'de gösterildi. Hastaların, çoğunlukla (%48)

36-45 yaş grubunda, erkek (%54), ev hanımı (%38), ilk okul mezunu (%48) ve gelir düzeyinin yüksek (%57) olduğu ve çoğunluğunun sosyal güvenceli (%96), evli (%90) olduğu belirlenmiştir. Hastaların %58'i apartman dairesinde ve %84'ü 1-3 arası katlarda oturduğunu; fakat %94'ü (29 hasta) oturduğu binada asansör olmadığını, %80'i alaturka tuvalet kullandığını, %48'i evde 4-6 kişiyle yaşadığını ve %84'ü eş ve çocuklarıyla yaşadığını belirtmişlerdir.

Hastaların, çoğunlukla (%48) 36-45 yaş grubunda olması, Haznedaroğlu'nun çalışmasında elde ettiği sonuçla (%40, 35-39) benzerlik göstermektedir (Haznedaroğlu 1998). Lomber disk hernisi çalışan, üretken, genç ve orta yaşlı insanlarda sıklıkla yaşanan kronik bir hastalıktır ve önemli derecede iş gücü kaybına neden olmaktadır. Fonksiyonel kayıpların, hastanın özel hayatını da olumsuz yönde etkilediği ve sonuçta yaşam kalitesini azalttığı belirtilmektedir (Çetinyalçın 2001). Bu çalışmada, hastaların %54'ünün erkek olması, Aydın (1998)'in "çalışma koşulları, genetik yapıları ve doğru vücut mekaniklerine uymamaları lomber disk hernisinin erkeklerde daha fazla görülmesine neden olmaktadır" görüşü ile uyumludur. Çetinyalçın (2001) ve Özer (2001), bu hastalığın kadınlara oranla erkeklerde daha fazla görüldüğünü belirterek, bizim elde ettiğimiz bulguyu desteklemektedir.

Kadınların yaşam kalitesi ölçeğinin bütün alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar erkeklerinkinden yüksek bulundu. Hastaların cinsiyetlerine göre esenlik ve global yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark, kadınların lehine istatistiksel olarak anlamlı idi (sırası ile MWU:207.500  $p<0.05$ , MWU:200.000,  $p<0.05$ ) (Tablo 1). Karabulutlu ve Tan (2005)'in diyaliz uygulanan hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmamakla birlikte kadınların yaşam

kalitesi puanları, erkeklerinkinden daha yüksek bulunmuştur. Özkan (2004) yaptığı çalışmada, kadınların cerrahi operasyon sonrası iyileşme sürecine ilişkin daha olumlu düşüncelere sahip olduklarını ve bunun iyileşme sürecini olumlu etkilediğini belirtmektedir. Bununla birlikte, Evans (1985)'in disk hernili hastalarda yaptığı çalışmada, erkeklerin yaşam kalitelerinin, bizim çalışma sonuçlarımıza göre daha yüksek çıkması, hastaların kültürel yapı ve ülkelerin sağlık hizmetlerinin sunumundaki farklılıklardan kaynaklanmış olabilir. Hastaların sosyal güvenceye sahip olup olmama durumlarına göre esenlik alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark, sosyal güvencesi olmayanların lehine istatistiksel olarak anlamlı bulundu (MWU: 42.500,  $p<0.05$ ) (Tablo 1). Bu durum, kişinin duyduğu ekonomik kaygılara karşın tedavisinin yapılmasından kaynaklanmış olabilir. Sosyal güvencesi olmayan kişi, herhangi bir sağlık sorunuyla karşılaştığında tedavi için gerekli olanakları sağlayamayacağı için stresle yüz yüze kalır. Bu olanağın bir şekilde sağlanması kişinin rahatlamasına ve hastalığının etkileriyle başa çıkma mekanizmalarını daha kolay geliştirmesine neden olabilir.

Hastaların meslek gruplarına göre yaşam kalitesi esenlik alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında emeklilerin lehine istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (KW: 9.640, Sd: 4  $p<0.05$ ) (Tablo 1). Emeklilerin yaşam kalitesinin alt boyutlarından aldıkları puanların ortalamaları diğer meslek gruplarındaki hastalara oranla daha yüksekti. Bu bulgu Karabulutlu ve Tan (2005)'in araştırma bulgusu ile uyumludur. Emekli bireylerin, ameliyat sonrası dinlenmek için daha çok zamana sahip olabilmeleri, işe dönme zorunlulukları ve kaygılarının olmaması, ayrıca evde günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yardımcı olan aile üyelerinin bulunması, onların ameliyat

sonrası dönemi daha rahat geçirmelerinde etkili olabilmektedir.

Hastaların yaşadıkları ortamın özelliklerine göre yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kullanılan tuvalete ve evde birlikte yaşanan kişilerin sayısına göre yaşam kalitesi alt boyutları puan

ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0.05$ ). Hastaların oturdukları ev tipine göre yaşam kalitesinin esenlik alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak, apartman dairesinde oturanların lehine, anlamlı fark (MWU:186.500,  $p<0.05$ ) bulundu.

Tablo 1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

<b>Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları</b>					
<b>Tanıtıcı Özellikleri</b>	<b>Sayı (%)</b>	<b>Fonksiyonel Durum X±SD</b>	<b>Esenlik X±SD</b>	<b>Genel Sağlık Anlayışı X±SD</b>	<b>Global Yaşam Kalitesi X±SD</b>
<b>Yaş</b>					
18-25	5 (10)	62.00±29.61	75.00±7.31	73.80±9.28	71.00±12.2
26-35	16 (32)	65.00±20.14	67.75±10.28	72.06±9.76	64.60±21.97
36-45	24 (48)	50.04±16.99	67.25±7.33	71.54±9.20	62.95±8.95
46-üstü	5 (10)	46.18±17.35	61.40±14.36	71.20±23.08	61.87±9.30
Test ve p değeri		KW:5.969 Sd:3 $p>0.05$	KW:4.880 Sd:3 $p>0.05$	KW:0.691 Sd:3 $p>0.05$	KW:3.196 Sd:3 $p>0.05$
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	23 (46)	55.07±18.15	69.70±9.08	73.77±11.02	65.96±11.48
Erkek	27 (54)	47.30±20.16	65.13±9.36	69.69±10.69	60.78±10.48
Test ve p değeri		MWU:221.000 $p>0.05$	MWU:207.500 $p<0.05$	MWU:234.000 $p>0.05$	MWU:200 $p<0.05$
<b>Sosyal Güvence</b>					
Var	48 (96)	50.89±19.40	67.45±9.43	64.00±5.65	63.43±11.25
Yok	2 (4)	66.00±11.31	71.00±11.31	72.22±11.03	67.00±5.65
Test ve p değeri		MWU: 71.000 $p>0.05$	MWU: 42.500 $p<0.05$	MWU:74.50 $p>0.05$	MWU: 68.000 $p>0.05$
<b>Medeni Durum</b>					
Evli	45 (90)	50.20±18.45	67.55±9.52	71.13±10.53	62.88±10.64
Bekar	5 (10)	63.20±25.04	68.00±9.27	78.80±13.55	69.80± 14.20
Test ve p değeri		MWU: 77.000 $p>0.05$	MWU: 110.500 $p>0.05$	MWU: 73.000 $p>0.05$	MWU: 81.00 $p>0.05$
<b>Meslek</b>					
Memur	8 (16)	50.37±19.60	68.75±13.15	80.00±9.33	65.75±12.94
Serbest meslek	16 (32)	53.06±18.69	67.50±9.67	69.31±11.56	63.25±11.84
İşçi	2 (4)	52.00±19.79	62.50±3.53	76.50±2.12	63.50±4.94
Emekli	5 (10)	70.00±7.44	77.20±4.43	75.80±7.04	74.40±5.68
Ev hanımı	19 (38)	45.73±20.16	65.21±7.43	69.15±10.97	60.10±9.78
Test ve p değeri		KW:8.049 Sd:4 $p>0.05$	KW:9.640 Sd:4 $p<0.05$	KW:7.661 Sd:4 $p>0.05$	KW:9.231 Sd:4 $p>0.05$
<b>Eğitim</b>					
İlkokul	24 (48)	47.79± 19.74	67.62± 8.53	69.45±8.44	61.66±10.22
Ortaokul	10 (20)	55.50± 12.98	66.90± 7.10	70.60±9.62	64.40±5.56
Lise	13 (32)	55.28±22.46	67.92±12.88	75.28±14.46	65.78±15.13
Üniversite	3 (6)	49.50± 23.33	68.50±6.36	80.00±8.48	67.00±12.72

Test ve p değeri		KW:1.999 Sd:3 p>0.05	KW:1.024 Sd:3 p>0.05	KW:3.191 Sd:3 p>0.05	KW:2.323 Sd:3 p>0.05
<b>Gelir Düzeyi</b>					
Düşük	7 (20)	52.02±17.37	68.28±8.66	72.20±9.69	64.12±9.24
Orta	9 (23)	53.50±28.65	68.00±10.82	75.50±12.14	65.33±16.28
Yüksek	21 (57)	45.00±24.69	61.80±13.33	65.20±17.76	57.20±17.35
Test ve p değeri		KW:0.212 Sd:2 p>0.05	KW:1.069 Sd:2 p>0.05	KW:0.741 Sd:2 p>0.05	KW:0.639 Sd:2 p>0.05

Hastaların tanı ve tedavi durumlarına göre yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; tanıya, ameliyat türüne, ameliyat öncesi doktora başvurma zamanına ve ilaç düzenine göre yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0.05$ ).

Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre MSPSS alt boyutlarından aldıkları puanlar Tablo 2'de gösterildi.

Hastaların cinsiyetlerine göre arkadaştan algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları arasında kadınların lehine istatistiksel olarak anlamlı fark (MWU:205.000,  $p<0.05$ ) bulundu. Hays ve Oxley (1986) çalışmalarında, kadınların arkadaşlarıyla daha sık görüşmelerini, daha fazla bilgisel ve emosyonel destek aldıklarını bulmuşlardır. Aynı araştırmacılar kadınlar erkeklere oranla sosyal açıdan daha kolay destek ağı kurduğunu ve sürdürdüğünü belirtmiş, Shumaker ve Hill (1991) ise kadınların başkalarından destek arayışına erkeklere oranla daha fazla yöneldiklerini, kadınların daha çok duygusal desteğe, erkeklerin ise bilgisel ve araçsal desteğe gereksinim duyduklarını ifade etmişlerdir.

Hastaların eğitim durumlarına göre hemşireden algıladıkları sosyal destek puanları üniversite mezunlarında, diğer gruplarınkinden daha yüksekti

(18.00±2.82) ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi (KW: 7.640 Sd:2,  $p<0.05$ ) (Tablo 2). Tan ve arkadaşlarının (2005), hemodiyaliz uygulanan hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada da, yüksekokul mezunlarının, hemşireden yüksek düzeyde sosyal destek algıladıkları bulunmuştur. Eğitim seviyesinin yüksek olması, profesyonel boyuttaki destekten daha fazla yararlanma nedeni olabilir.

Hastaların mesleklerine göre hemşireden algıladıkları sosyal desteğe ilişkin ortalama puanlar, ev hanımlarında (17.42±4.82) diğer gruplardan daha yüksek bulundu; gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (KW: 12.156 Sd: 3,  $p<0.01$ ) idi (Tablo 2). Tan ve arkadaşlarının (2005) çalışma sonuçları bizim çalışma sonucumuzla benzerlik göstermekte ve ayrıca. Kadınların sosyal destek arayışı ve destek sistemlerini kullanmada, erkeklerden daha aktif olduklarını ve buna ek olarak hemcinsleriyle daha kolay iletişim kurduklarını belirten literatür bilgisine paralellik göstermektedir (Sorias 1988).

Hastaların yaşadıkları ortamın özelliklerine göre sosyal destek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; evde yaşayan kişi sayısına ve evde birlikte yaşanan kişilere göre algılanan sosyal destek alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Tablo 2. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre MSPPS'den Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Sosyo-demografik Özellikler	Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyutları		
	Aile	Arkadaş	Hemşire
	X±SD	X±SD	X±SD
<b>Yaş</b>			
18-25	26.40±2.19	23.20±4.38	13.40±6.46
26-35	26.35±2.18	20.87±7.61	16.00±6.23
36-45	26.37±2.01	20.62±7.23	13.66±5.97
46-üstü	26.80±1.78	18.20±6.34	19.20±6.61
Test ve p değeri	K.W:0.210 Sd:2 p>0.05	K.W:1.494 Sd:2 p>0.05	K.W:4.317 Sd:2 p>0.05
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	26.65±1.94	21.14±6.94	16.69±5.00
Erkek	26.22±2.08	20.21±7.10	13.44±6.86
Test ve p değeri	MWU:289.500 p>0.05	MWU:205.000 p<0.05	MWU:296.500 p>0.05
<b>Eğitim Durumu</b>			
İlkokul mezunu	26.62±1.61	20.37±7.24	11.21±5.57
Ortaokul mezunu	26.20±2.39	21.40±7.60	16.20±5.93
Lise mezunu	26.00±2.44	19.78±6.33	16.50±6.37
Üniversite mezunu	28.00±0.00	28.00±0.00	18.00±2.82
Test ve p değeri	K.W:1.194 Sd:2 p>0.05	K.W:2.462 Sd:2 p>0.05	K.W:7.640 Sd:2 p<0.05
<b>Medeni Durum</b>			
Evli	27.00±1.73	22.00±6.00	16.80±4.38
Bekar	26.35±2.04	20.57±7.10	14.73±6.41
Test ve p değeri	MWU: 110.500 p>0.05	MWU:100.000 p>0.05	MWU: 97.500 p>0.05
<b>Sosyal Güvence</b>			
Var	26.18±2.50	19.64±7.91	16.04±7.30
Yok	27.50±0.70	26.50±2.12	16.50±4.94
Test ve p değeri	MWU:84.500 p>0.05	MWU:74.500 p>0.05	MWU: 78.000 p>0.05
<b>Meslek</b>			
Memur	26.12±2.64	18.50±8.21	11.12±5.33
Serbest Meslek	25.62±1.96	21.75±7.00	14.81±6.94
İşçi	25.50±3.53	24.50±4.94	14.00±0.00
Emekli	27.80±0.44	18.40±7.79	16.40±4.50
Ev hanımı	26.94±1.68	21.00±6.59	17.42±4.82
Test ve p değeri	K.W:5.250 Sd:3 p>0.05	K.W:1.436 Sd:3 p>0.05	K.W:12.156 Sd:3 p<0.01
<b>Gelir Düzeyi</b>			
Düşük	26.61±1.95	20.89±7.37	15.23±6.11
Orta	26.16±2.22	18.83±7.33	18.16±5.45
Yüksek	25.20±2.16	21.60±1.81	8.80±4.54
Test ve p değeri	K.W:3.000 Sd:2 p>0.05	K.W:1.730 Sd:2 p>0.05	K.W:3.810 Sd:2 p>0.05



Hastaların yaşam kalitesi ve MSPSS ölçeklerinden aldıkları puanların dağılımı Tablo'da 3 gösterildi. Yaşam kalitesi alt boyutlarına verilebilecek en yüksek değer 100 olduğu dikkate alındığında, alt boyutlardan alınan puanların normal bir iyilik halinden öteye geçmediği görülmektedir. Tablo 3'de görüldüğü gibi, hastalar en az fonksiyonel alandan, en fazla genel sağlık anlayışı alanından puan almışlardır. Lomber disk hernilerinde hareket mekanizmasının önemli bir bölümünde gerçekleştirilen ameliyatın kişilerin fonksiyonel durumunun, sağlıklarına bakış açılarının ve yaşam kalitesinin normal sınırların altında olmasına neden olması, şaşırtıcı bir sonuç değildir.

Hastaların, aileden algıladıkları

sosyal destek puan ortalaması (26.42± 2.01), arkadaştan (20.7±6.96) ve hemşi-reden algıladıkları sosyal destek puan ortalamasından (14.94±6.23) daha yüksek bulunmuştur. Algılanan sosyal destek alt boyutlarından alınabilecek en yüksek değer 28 olduğu dikkate alındığında, aileden alınan desteğin oldukça iyi, arkadaş desteğinin normal, hemşire desteğinin ise düşük olduğu görülmektedir. Hastalık durumlarında bireyin en yakınında olan aile üyelerinden daha yüksek düzeyde sosyal destek alması genelde beklenen bir sonuçtur. Aileden algılanan sosyal desteğin yüksek bulunması, başka hasta grupları üzerinde yapılan çalışma sonuçları (Sorias 1988, Tan ve ark. 2005, Vicki 2003) ile uyumludur.

Tablo 3. Hastalarının Yaşam Kalitesi Ölçeği ve MSPSS' den Aldıkları Puanların Dağılımı

Ölçekler	Alınabilecek Alt ve		İşaretlenen alt ve üst değerler	X±SD
	Üst	Değerler		
<b>Yaşam Kalitesi</b>				
Fonksiyonel durum	0-100		22-95	51.50±19.30
Esenlik	0-100		41-84	67.60±9.40
Genel sağlık anlayışı	0-100		40-95	71.90±10.95
Global yaşam kalitesi	0-100		32-90	63.58±11.07
<b>Sosyal Destek</b>				
Aile	4-28		13-27	26.42±2.01
Arkadaş	4-28		11-26	20.7±6.96
Hemşire	4-28		6-10	14.94±6.23

Hastaların yaşam kalitesi ve algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki Tablo 4'de gösterildi. Sosyal destek ölçeğinin aile alt boyutu ile yaşam kalitesi ölçeğinin fonksiyonel durum, esenlik ve global yaşam kalitesi alt boyutları arasında olumlu, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu (sırası ile  $r=0.398$   $p<0.01$ ,  $r=0.330$   $p<0.05$ ,  $r=0.367$   $p<0.01$ ). Aileden algılanan sosyal destek puanı arttıkça yaşam kalitesinin fonksiyonel, esenlik ve global yaşam alanlarından alınan puanların da arttığı görülmüştür. Bu sonuçtan yola çıkarak, aile desteğinin yaşam kalitesini yükseltmede etkili

olduğu söylenebilir. Vicki (2003), kronik hastalığı olan hastalarda yaptığı çalışmada, hastaların fiziksel fonksiyonlarını yerine getirmelerinde aile desteğinin önemli derecede etkili olduğunu belirtmektedir. Sorias (1988), yaptığı çalışmada sağlığı kesintiye uğratabilecek kronik hastalık veya ameliyat gibi durumlardan sonra aile desteği ile karşılanan sosyal ve fiziksel aktivitelerin, hastaların hayata daha olumlu bakmalarını, hastalıklarıyla ve hastalığın getirdiği diğer olumsuz etmenlerle daha kolay baş etmesini sağladığını belirtmektedir.

Tablo 4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ile Yaşam Kalitesi Ölçeklerine Ait Puanlar Arasındaki İlişki

Yaşam kalitesi Ölçeği	Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyutları						Toplam	
	Aile		Arkadaş		Hemşire		r	p
	r	p	r	p	r	p		
Fonksiyonel durum	0.398	<0.01	0.213	>0.05	-0.027	>0.05	0.227	>0.05
Esenlik	0.330	<0.05	0.211	>0.05	0.097	>0.05	0.263	>0.05
Genel sağlık anlayışı	0.138	>0.05	0.126	>0.05	-0.195	>0.05	0.002	>0.05
Global yaşam kalitesi	0.367	<0.01	0.233	>0.05	-0.039	>0.05	0.218	>0.05

Fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi alt boyutları ile hemşireden algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4). Lomber disk hernisi ameliyatı sonrasında, hastaların hastanede kalma süresi kısa da olsa, bu süreç içerisinde hemşireyle doğrudan iletişim içinde bulunmalarını gerektirecek birçok durumla karşılaşmaktalar. Hastaların sosyal gereksinimlerin belirlenmesi ve karşılanmasında, hastaların hastanede kaldıkları sürenin çok iyi değerlendirilmesi gerekmektedir. Hasta ve hasta ailesine ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemler için yapılacak planlı eğitim, verilecek sosyal destek ve uygulanacak hemşirelik bakımı, hastanın hastaneden çıktıktan sonra yaşam kalitesinin yükselmesinde etkili olacaktır. Araştırma kapsamına alınan hastalara ilgili kliniklerde planlı eğitim yapılmaması, bilgilendirmenin sınırlı olması, hastaların hemşirelerden algıladıkları desteğin düşük olmasında etkili olmuş olabilir. Hasta bireylerin içinde buldukları durum hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları önemli bir stres etkenidir. Sorias (1988), bilgi ve eğitim içerikli sosyal desteğin bazı durumlarda duygusal desteğe tercih edildiğini ve hastaların yaşadıkları olumsuz duyguları azaltabildiğini bildirmiştir. Hemşireden algılanan desteğin puan ortalamasının düşük ve yaşam kalitesi alanları ile arasında ilişki bulunmamasında, hemşirelerin birey merkezli bütüncü yaklaşım ile ilgili bilgi yetersizliği, hasta

bakımında yalnızca teknik beceriler göstermeleri, ülkemizde hemşirelerin çalışma koşullarının verilen eğitime örtüşmemesi gibi etmenlerin etkili olduğu söylenebilir.

### SONUÇ VE ÖNERİLER

Hastaların, mesleğine ve oturdukları ev tipine göre yaşam kalitesinin esenlik alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ve cinsiyete göre yaşam kalitesinin esenlik ve global yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özellikleri ile algılanan sosyal destek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yaş, medeni durum ve gelir düzeyine göre algılanan sosyal destek alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Cinsiyete göre arkadaştan, eğitime ( $p<0.05$ ) ve mesleğe ( $p<0.01$ ) göre hemşireden algılanan destekte, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Hastaların SF 36 yaşam kalitesi ölçeği ve MSPSS' in alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki ilişki incelendiğinde; fonksiyonel durum, esenlik ve global yaşam kalitesi ile MSPSS ölçeğinin aile alt boyutları arasında pozitif yönde, anlamlı ve orta düzeyde bir ilişki olduğu bulundu.

### Bu sonuçlar doğrultusunda;

Hastaların daha iyi yararlanabilmelerini sağlamak için, hemşirelerin eğitici ve

sosyal destek rollerinin daha etkin hale getirilmesi,  
Lomber disk herni ameliyatı olan hastalardan belirli aralıklarla yaşam kalitesi alanlarını değerlendirecek şekilde bilgi toplanması ve hasta bakımı planlanırken ve uygulanırken bu bilgiden yararlanılması,

#### KAYNAKLAR

- Aksakoğlu G** (2001). Sağlıkta Araştırma Teknikleri ve Analiz Yöntemleri. DEÜ Rektörlük Matbaası, İzmir.
- Arman M** (2003). Bel Ağrısı Okulu. Palme Yayıncılık. İstanbul, 3-42
- Aydemir Ö** (1998). Bel ağrısı olan hastalarda fizik tedavinin yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon üzerine etkisi. V. Ulusal Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Kongresi 5: 391-393.
- Aydiner S** (1998). Lomber disk hastalıklarında genetik. Romatoloji Gündemi Dergisi 3(2):45-48.
- Bosworth HB, Siegler IC, Olsen MK et al** (2000). Social support and quality of life in patients with coronary artery disease. Quality of Life Research 9:829-839.
- Çetinyalçın İ** (2001). Lomber Disk Hernileri. Roche, İstanbul, 8-168
- Edirne S** (2000). Ağrı. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 323-347
- Eker D, Akar H** (1995). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 10(34): 45-55.
- Eker D, Akar H, Yıldız H** (2001). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 12(1):18-25.
- Erol S, Acaroğlu R** (2003). Lomber disk hernili bireylerin yaşam kaliteleri. 2. Uluslar arası ve 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi Program ve Özet Kitabı 130. Antalya.
- Evans R, Smith BL, Smadu M** (1985). The quality of life of patients with discal hernia. New England Journal of Medicine 312:553-558.
- Eylen B** (2001). Bilgi verici danışmanlığın kanser hastalarının ailelerinin sosyal destek becerileri üzerine etkisi. Doktora Tezi.

Hasta yakınlarına, hastalara verilecek sosyal desteğin niteliği ve boyutları hakkında bilgi verilmesi,  
Lomber disk herni ameliyatı olan daha geniş hasta grupları üzerinde yaşam kalitesi ve sosyal destek arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik girişimsel araştırmaların yapılması, önerilebilir.

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.

- Hays RB, Oxley D** (1986). Social network development and functioning during a life transition. Journal of Personality and Social Psychology 5(2):305-313.
- Haznedaroğlu Ş** (1998). Akut bel ağrısına klinik yaklaşım için İngiltere Genel Pratisyenler Birliği'nin yeni önerileri. Romatoloji Gündemi Dergisi 3(2):35-37.
- Fanuele JC, Birkmeyer NJ, Abdu WA et al.** (2000). The impact of spinal problems on the health status of patients. Spine 25(12):1509-1514.
- Karabulutlu E ve Tan M** (2005). SAPD hastalarında yaşam kalitesi ve özbakım gücünün değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 8(2): 1-11.
- Karadağ M** (1999). Lomber Disk Herni Ameliyatı Öncesi ve Sonrası Sorunlarla Baş etmede Hemşirenin Rolü. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Larson CB** (1974). Orthopedic Nursing. St Louis: CV Mosby. 188-199
- Özer AF** (2001). Lomber Disk Hastalığı. Logos Tıp Kitapevi. İstanbul, 9-218
- Özkan S** (2004). Cerrahi girişimlerin psikiyatrik komplikasyonları. Hipokrat Dergisi 139:119-124.
- Özyürek P, Dramalı A** (2003). Lomber disk herni ameliyatı olmuş erişkin hastaların genel sağlık statüsü boyutlarının ölçülmesi. Hemşirelik Forumu Dergisi 6(5):6-14.
- Pınar R** (1994). Diabetes Mellitus'lu hastaların yaşam kalitesi ve yaşama kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.
- Rosenbaum MA** (1983). Learned resourcefulness as a behavioral repertoire for the self-regulation of internal events: issues and

speculations (Eds) In M. Rosenbaum, CM. Franks ve Y. Jaffe. Perspectives on Behavior Therapy in the Eighties. New York, 57-73.

**Shumaker SA, Hill D** (1991). Gender differences in social support and physical health. Health Psychology 10:102-111.

**Sorias O** (1988). Sosyal destekler ve ruh sağlığı. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 27(1):359-363.

**Tan M, Okanlı A, Karabulutlu E ve ark.** (2005). Hemodiyaliz hastalarında sosyal

destek ve umutsuzluk arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 8(2): 32-39.

**Tuna N** (2000). Bel Ağrısı. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 7-22

**Vicki S H** (2003). Social support and quality of life. Quality of Life Research 12:25-31.

**Ware JE** (1997). Sf-36 health survey update. Spine 25(24):3130-3139.

**Yıldızhan A** (1999). Bel Fıtığı ve Korunma Yolları. Fatih Yayınları, İstanbul