



T.C.  
AFYONKARAHİSAR KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
PEDİKÜLER FİKSASYON UYGULANMIŞ POST-OP DÖNEMDEKİ HASTALARA  
VERİLEN HEMŞİRELİK BAKIMININ İYİLEŞMEYE ETKİSİ  
HAZIRLAYAN: Selcan ERSOY  
DANIŞMAN: Yrd.Doç.Dr. Adem ASLAN  
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ  
ANABİLİM DALI  
YÜKSEKLİSANS TEZİ  
Bu Tez Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Araştırma Fonu tarafından  
.....proje  
numarası ile desteklenmiştir.  
Tez No:2008-0042  
2008 – AFYONKARAHİSAR

**KABUL VE ONAY**

Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı  
çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından  
**Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 16.09.2008

Yrd. Doç. Dr. ADEM ASLAN

ÜYE

Yrd. Doç. Dr. OLCAY ESER

ÜYE

Yrd. Doç. Dr. YUSUF YÜRÜMEZ

ÜYE

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi SELCAN ERSOY' un  
"Pediküler Fiksasyon Uygulanmış Post-Op Dönemdeki Hastalara Verilen  
Hemşirelik Bakımının İyileşmeye Etkisi " başlıklı tez çalışması 19/09/2008 günü  
saat 16.00' da lisansüstü eğitim ve öğretim sınav yönetmeliğinin ilgili maddeleri  
uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Yavuz DEMİR

Enstitü Müdürü

## II

### ÖNSÖZ

Tez konumun seçiminde ve hazırlanması sırasında duyarlılık gösteren ve yardımlarını esirgemeyen Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Nöroşirurji Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi ve Danışmanım Yrd.Doç. Dr. Adem ASLAN ‘a teşekkürlerimi sunarım.

Tezimle ilgili çalışmalarımnda maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen aileme özellikle babam Hasan ERSOY’a, ve ayrıca istatistiksel verilerimin analizinde yardımcı olan ana bilim dalı başkanı Yrd. Doç. Dr. Yüksel TERZİ ‘ye ve her zaman her konuda yardımlarını esirgemeyen çok değerli hocam Doç.Dr.Hüseyin AKBULUT’a yardımlarından dolayı teşekkür ederim.

**Selcan ERSOY**

### III

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa
<b>Kabul ve Onay</b> .....	I
<b>Önsöz</b> .....	II
<b>İçindekiler Dizini</b> .....	III
<b>Tablolar Dizini</b> .....	IV
<b>Simge ve Kısaltmalar Dizini</b> .....	V
<b>ÖZET</b> .....	1
<b>SUMMARY</b> .....	2
<b>1.GENEL BİLGİLER</b> .....	3
<b>A.OMURGANIN ANATOMİSİ VE ÖNEMİ</b> .....	3
- Lomber Vertebra.....	4
- Sakral anatomi.....	5
- İntervertebral Disk.....	5
- Faset Eklemleri.....	6
- Pediküller.....	7
- Spinal Kaslar.....	8
- Spinal Ligamanlar.....	9
- Omuriliğin Kanlanması.....	10
- Biyomekanik Anatomi.....	11

<b>B. OMURGA CERRAHİSİ VE PDF TARİHÇESİ.....</b>	<b>17</b>
-Omurga Ve Omurilik Cerrahisinin Tarihçesi.....	18
<b>C. PDF TANIMI VE AMAÇLARI.....</b>	<b>18</b>
<b>D. PEDİKÜLER FİKSASYONUN AVANTAJ VE DEZAVANTAJLARI.....</b>	<b>20</b>
<b>E. PEDİKÜLER FİKSASYONUN ENDİKASYONLARI.....</b>	<b>21</b>
- Transpediküler Vida Fiksasyonunun Endikasyonları.....	22
- Kontrendikasyonları .....	22
<b>F. PEDİKÜLER FİKSASYON OPERASYONU NASILDIR?.....</b>	<b>23</b>
-Preoperatif Dönemde Yapılacaklar.....	23
- Cerrahi Teknik.....	25
<b>G. HEMŞİRELİK ROL VE İŞLEVLERİ .....</b>	<b>27</b>
-TSH' de Hemşirenin Görev Tanımı.....	30
<b>H. POST-OP BAKIM VE TAKİPLER.....</b>	<b>32</b>
-Aylıma Ünitesinde Bakım.....	32
-Klinikte Bakım.....	33
<b>I. HASTA MEMNUNİYETİ.....</b>	<b>38</b>
-Hasta Memnuniyeti ve Bakım Kalitesi.....	39
- Hasta memnuniyeti nedir? Nasıl tanımlanmaktadır? Memnuniyeti etkileyen faktörler nelerdir?.....	40
-Hasta Memnuniyeti Üzerinde Beklentilerin Rolü.....	40
<b>2. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>42</b>
-Araştırmanın Şekli .....	42
- Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikler.....	42
- Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	42
-Veri Toplama Aracının Seçilmesi.....	42
-Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi.....	43
<b>3. BULGULAR .....</b>	<b>43</b>
<b>4. TARTIŞMA.....</b>	<b>61</b>
<b>5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>65</b>
<b>6. KAYNAKLAR.....</b>	<b>68</b>
<b>7. EKLER.....</b>	<b>72</b>

#### IV

### TABLolar DİZİNİ

1. **Tablo 1** :NEW-CASTEL Hemşirelik memnuniyet ölçeği ve değerlendirmesi
2. **Tablo 2** : Katılımcıların Hemşirelik Eğitim Düzeyi,Hastaneye Yatma Durumu İle İlgili Düşüncelerinden Oluşan Veriler
3. **Tablo 3**:Katılımcıların Hemşirelik Bakımına Yaklaşımı,Hastaneye Uyum Durumları
4. **Tablo 4** : Katılımcıların Hastane Personeline Uyum Ve Memnuniyet Durumları
5. **Tablo 5** : Katılımcıların Hastane Ortamı Ve Ameliyat İle İlgili Duygu Durumları
6. **Tablo 6** : Pediküler Fiksasyon Uygulanan Post Op Dönemde Uygulanan Hemşirelik Bakımının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

## V

### SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

- ALL: Anterior Longitudinal Ligaman  
PLL: Posterior Longitudinal Ligaman  
M :Muskulus  
FSÜ: Fonksiyonel Spinal Ünite  
DS : Dejeneratif spondilolistezis  
DiS : Displastik spondilolistezis  
İS : İstmik spondilolistezis  
SPECT: Single photon emission computarize tomography  
cm: Santimetre  
mm: Milimetre  
VAS: Visüel analog skala  
KES: Kauda Ekina Sendromu  
PLF: Posterolateral füzyon  
PLF: Posterior Lomber İnterbody Fusion  
ALF: Anterior Lomber İnterbody Fusion  
VAS: Vizüel Analog Skorlama  
SF-36: Short form -36  
POST OP: Post operatif  
PRE OP: Pre operatif  
TPF: Transpediküler fiksasyon  
RCT: Randomice kontrollü çalışmalar  
BT: BilgisayarlıTomografi  
PDF:Pediküler fiksasyon  
WHO:Dünya sağlık örgütü  
TSH:Temel sağlık hizmetleri

## **ÖZET:**

### **PEDİKÜLER FİKSASYON UYGULANMIŞ POST-OP DÖNEMDEKİ HASTALARA VERİLEN HEMŞİRELİK BAKIMININ İYİLEŞMEYE ETKİSİ**

Bu çalışma; nöroşirurji kliniğinde bulunan pediküler fiksasyon uygulanmış hastaların ameliyat sonrası dönemde aldıkları hemşirelik bakımının iyileşmelerine etkisi olup olmadığını saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmış olup; Afyon Kocatepe Üniversitesi Araştırma Ve Uygulama Hastanesi Nöroşirurji Kliniğinde bulunan hastalar arasından gönüllü olarak belirlenmiş 30 hasta üzerinde yapılmıştır. Hastalara ameliyat sonrası dönemde verilen hemşirelik bakımının iyileşmelerine etkisi olup olmadığını ve hastaların memnun olup olmadığını belirlemek için kendi hazırladığımız anket formu ve uluslar arası “NEW CASTEL hemşirelik memnuniyet ölçeği” uygulanmıştır. Hastaların uzun süre klinikte kalması söz konusu olduğu için hastaların bilgilendirme, bakım ve tedavileri tüm sağlık ekibinin sorumluluğundadır. Araştırmada bu konunun değerlendirilip, verilen hemşirelik bakımının; nöroşirurji kliniğinde bulunan pediküler fiksasyon uygulanmış hastaların iyileşmeleri üzerinde etkin olduğunu gösterip, hasta memnuniyet düzeyinin ne kadar etkilendiğini gösterip, varsa yanlış uygulamaların düzeltilmesi için amaçlanmıştır.



## **SUMMARY**

### **THE EFFECTS OF NURSING CARE TO THE IMPROVEMENT AFTER THE PEDICULAR SCREW FIXATION**

This study planned definition determining of the effects of nursing care to the improvement after the pedicular screw fixation. This researching study made in AFYON KOCATEPE UNIVERSITY RESEARCH AND APPLICATION HOSPITAL's neurosurgery clinic at 30 illness people. Application to take a poll about pedicular screw operations and determined their pleased about nursing care and made "INTERNATIONAL NEW CASTEL NURSING PLEASED SCALE" to illnesses . To staying for a long time in hospital for illness people designation, health care and examinations are responsibilities for the team of health care (doctor, nurse...) The aim of this study is designation of the effects of nursing care to the illness people that applicated pedicular screw fixation operations and to smooth of wrong behaviours about health care and pleased.

## 1.GENEL BİLGİLER

### A. OMURGANIN ANATOMİSİ VE ÖNEMİ

Omurga mekanik bir yapıdır. Yapılar manivela (vertebra), eksenler (faset ve destekler), pasif sınırlayıcılar (ligaman) ve aktivatörler (kas) gibi kompleks sistemlerle kontrol edilir.

Omurganın üç temel fonksiyonu vardır: yük aktarma, harekete izin verme ve hayati öneme sahip medulla spinalis ile kauda ekuinayı koruma. Kafatası altında gövdenin en önemli aksiyel iskeletini oluşturan omurga bas ve gövde için destek görevi yapar, omuriliği kafes gibi çevreler ve alt ekstremitelere destek olan pelvis ile birleşir.

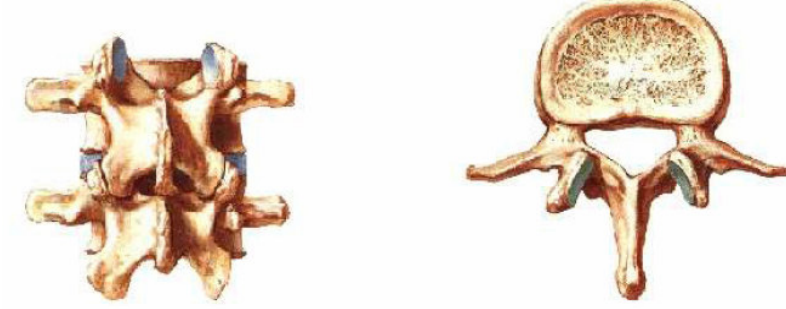
İnsan vücudunda 7 servikal, 12 torakal, 5 lomber, 5 sakral ve 3–4 koksigeal olmak üzere 32–33 tane vertebra bulunur. (27)



**Şekil 1. Vertebral Kolonun Lateral Görünümü**

Vertebraların bulunduğu bölgeye göre şekil ve büyüklüğü değişmektedir. Önde korpusu, arkada arkusu yer alan vertebraların korpusundan posteriora doğru uzanan kollara pedikül adı verilir. Pediküller arkaya doğru ilerledikçe yassılaştır ve genişler. Bu kısma lamina adı verilir. Korpus, pedikül ve lamina birlikte bir forameni çevreler ki buna “foramen vertebrale” denir. Eklem yapmış kolumna vertebralisde foramen vertebralelerin üst üste binmesi ile oluşan kanala “kanalis

vertebralis” adı verilmektedir. Bu kanal içerisinde medulla spinalis, zarlar ve spinal sinir kökleri yer alır. Lamina ile pedikülün birleştiği yerde üç çift çıkıntı yer alır. Bunlara, prosesus artikularis superior, prosesus artikularis inferior ve prosesus transversus denir. Orta hatta iki laminanın birleştiği yerde arkaya doğru uzanan tek çıkıntıya ise prosesus spinosus adı verilir. (1,13,27)



**Şekil 2. Torakolomber Vertebra**

### **- Lomber Vertebra**

Beş adet lomber vertebra vardır ve büyük olmaları, gövdelerinin yan taraflarında eklem yapacak eklem yüzleri ve foramen transversariumlarının bulunmayışı ile diğer vertebralardan ayrılırlar. Prosesus spinosusları kısa ve kalındır. Üçgen şeklinde olan foramen vertebraleleri, torakal vertebralara nazaran daha geniş, servikal vertebralara göre ise daha dardır. Prosesus transversusların tabanında processus accessorius adı verilen bir çıkıntı yer alır. (22)

Beşinci lomber vertebra, diğer lomber vertebralardan daha geniş ve boyutludur. Korpusları geniş ve önde oldukça derindir. Derin olması sakrovertebral açının oluşmasına yardımcı olur. Bazen L<sub>5</sub> sakrum ile kaynaşır, buna L<sub>5</sub> sakralizasyonu denir.

### **- Sakral anatomi**

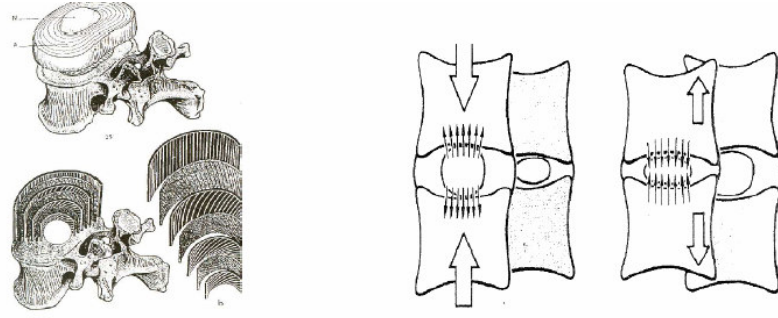
Sakrum segmenter kemik elemanlarının füze kalıntularından oluşur. Sakrumun dorsal yüzeyi, füze spinöz artiküler ve transvers proseslerin üzerinde düzensiz çıkıntı şeklindedir. Orta hattın her iki yanında paralel olarak dört çift dorsal sakral foramen vardır ve sakral sinirlerin dorsal ramuslarının geçiş yeridir. Normalde posterior orta hat yaklaşımında ikiden fazla dorsal foramen ekspozedilemez. Dördüncü ve beşinci sakral vertebra laminası posteriorda birleşmez ve hiatus oluşturur. (22, 41)

### **-İntervertebral Disk**

Eklem yapısında olan intervertebral diskler, ikinci servikal omurgadan birinci sakral omurgaya kadar omurga korpuslarını ardışık olarak birbirlerine bağlar. İnsanda 23 adet intervertebral disk bulunur. İntervertebral disk fibrokartilaj dokudur. Omurga kolonuna binen yüklerin emilip dağıtılması ve omurganın düzgün olarak hareket etmesini sağlar. (1,13)

Diskler eklem boşluğu, sinoviyal membran ile damar ve sinir içermez. Diffüzyon ile beslendiği için hastalıkları da temel olarak diğer sinoviyal eklemlerden farklıdır. Ortasında nükleus pulposus adı verilen jel kıvamında bir nüvesi, etrafında ise anulus fibrosus denen kollajen liflerden kurulu kapsülü vardır. Yüklenmeler ile oluşan hidrostatik basınç, nükleus pulposus tarafından anulusun her tarafına radyal bir şekilde eşit olarak iletilir.

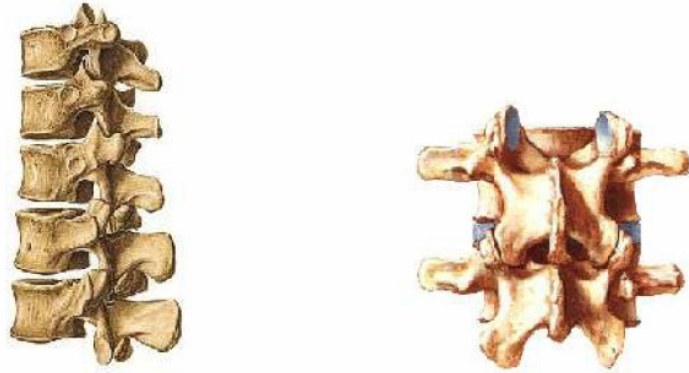
Nükleus pulposusun arasında bulunduğu omurgaların yüzeyleri mikroporöz bir kıkırdak ile kaplıdır. Bu kıkırdak porlu yapısı sayesinde suya geçirgendir. Ayakta iken aksiyel yüklenme ile nükleusun jelatinöz matriksinden bu kıkırdağa su geçer. Gün boyunca devam eden yüklenmeler sebebiyle, gün sonunda nükleus belirgin bir şekilde küçülür. (10,11)



**Şekil 3. Nükleusun Jelatinöz Matriksinden Kıkırdağa Su Geçişi**

**- Faset Eklemleri:**

Faset eklemleri vertebraların prosessus artikularis superior ve inferiorları arasındaki eklemlerdir. Servikal seviyelerde, torakal ve lomber seviyelere göre daha uzun ve gevşektir. Faset eklemleri en çok vertebra makaslama kuvvetlerine direnir. Bu şekilde vertebranın hareketlerini düzenleme ve stabilite de kritik role sahiptir. Lomber bölgede faset eklemleri sagittal plandadır. Fasetler insanların % 23'ünde asimetrik olabilir. Buna faset tropizmi denir.(22, 52)



**Şekil 4. Faset Eklemleri**

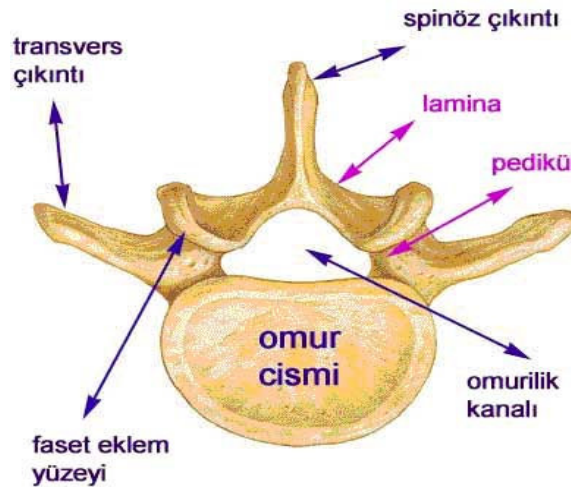
## - Pediküller

Oval şekilli ve spongiyöz bir nüveyi çevreleyen kalın kortikal kemiklerin oluşturduğu tübüler yapılardır. Superior ve inferior fasetler, lamina, transvers çıkıntı ve vertebral cisimlerin birleşim yeridir. Dorsal spinal elemanlarla vertebra cismi arasında güçlü anatomik bir köprüdür. Çok güçlü bir kortikal kabuğu vardır. (15,17)

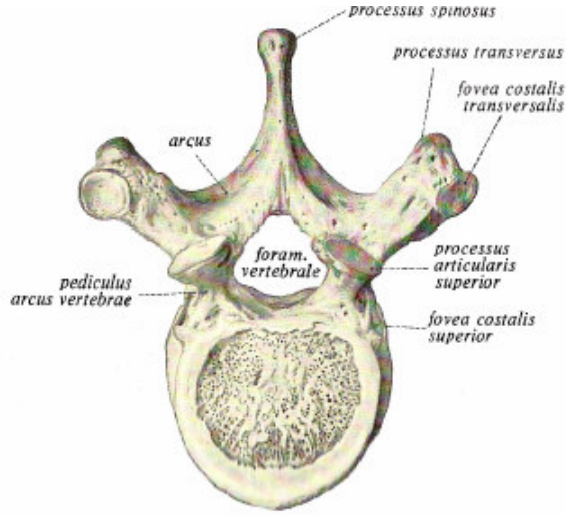
Pedikülün en dar yeri transvers genişliğidir. Pedikülün transvers genişliği servikalde ortalama 6,1mm, T10'da 6,3mm, T12'de 7,1mm, L1'de 8,7mm, L3'de 10,3mm, L5'de 18mm'dir. Sagittal genişlik de düzeye göre farklılık gösterir. C7 düzeyinde ortalama 7mm, T3'de 12mm, T12'de 17mm, L1'de 15mm'dir.

Pedikülün transvers açısı servikalden torakolomber bölgeye doğru gidildikçe azalır, lomber bölgede ise artar. Lomber bölgede daha mediale açılma eğilimi vardır. Kaudale doğru her mesafe başına yaklaşık 5° olacak şekilde daha mediale yönelirler. L5 ve S1 vertebralarda pediküller 25° ve 30° mediale yönlendirilmiş bir açı ile vertebra cismine bağlanmışlardır. (21,23)

Pedikül etrafındaki nöral dokularla yakın komşuluk halindedir. Sinir kökü pedikülün medial ve inferiorundan seyirle intervertebral foramenden spinal kanalı terk eder. Tekal kese de aynı şekilde pedikül ile yakın komşuluk halindedir.



Şekil 5 omur ve pedikül



**Şekil 6. Bir Omurun Bölümleri**

### - Spinal Kaslar

Spinal kaslar omurga stabilitesine önemli katkısı olan diğer spinal elemanlardır. Anterior ve posterior da abdominal ve paravertebral kaslar yer alır. Omurganın dorsal yüzeyinde bulunan erektör spina kas kolonu üç tabakadan oluşmaktadır. İliokostal kas kolonu en lateralde bulunur ve iliak krista ile kotlar arasında uzanır. (13,14)

Longissimus kası orta kolonu oluşturur. Bu kas grubu vertebraların transvers çıkıntıları arasında bulunur. En mediyalde yer alan spinal kas grubu ise spinöz çıkıntılara tutunan multifidus kasıdır. Posterior paraspinal kaslar (erektör spina kas grubu) vertebral kolon ekstansiyonunu ve bir tarafa eğilmesini sağlar. Bu kas grubu ayrıca hem ventralde hem dorsalde bulunan fasiya tabakası ile çevrilidir.

Dorsal tabaka torakolomber fasiyayı içerir. Bu fasiya torakal bölgede ince, lomber bölgede ise kalındır. Lateralde fasiya transvers abdominus kası aponörozunu ile birleşir. Omurgaya destek veren diğer önemli kaslar psoas ve rektus

abdominis kaslarıdır. Bu kaslar ise omurgaya fleksiyon hareketi yaptırırlar. (21,23)



**Şekil 6. Spinal Kaslar**

### **-Spinal Ligamanlar**

Omurgaları birbirlerine bağlayan ve stabilizasyonlarına katkıda bulunan spinal ligamanlar şu şekilde sınıflanır. (26, 51)

1. Anterior longitudinal ligaman: Atlasın tuberkulum anterioru ile sakrum arasında uzanan, bant şeklinde, yukarı seviyelerden aşağıya inildikçe genişleyen bir ligamandır. Seyri esnasında vertebra korpuslarının ön kenarına ve diskus intervertebralislere sıkıca yapışır. Anterior longitudinal ligamanlar torakal bölgede en kalındır. Bu ligaman kolumna vertebralisin hiperekstansiyonunu engeller.

2. Posterior longitudinal ligaman: Üst seviyelerde geniş olup aşağıya inildikçe daralır. Vertebra korpuslarının arkasında, kanalis vertebralis içinde, aksis ve sakrum arasında uzanır.

Posterior longitudinal ligamanın üst kısmı tektorial membran ile devam eder. Kenarları özellikle torakal ve lomber bölgelerde yanlara doğru açılarak diskus intervertebralisin anüler liflerine karışır. Posterior longitudinal ligaman kolumna vertebralisin hiperfleksiyonunu önler.

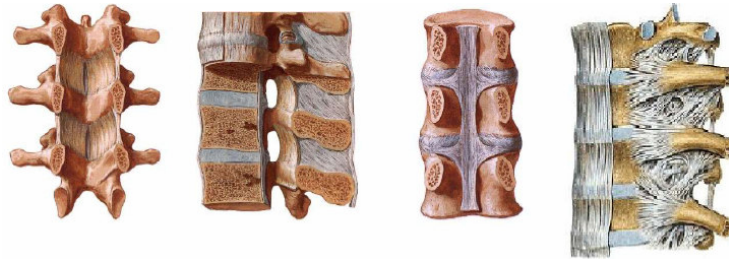


3. Ligamentum flavum: İki komşu vertebra laminası arasında uzanır. Üsteki vertebra laminasının anterior-inferior kenarı ile alttaki vertebra laminasının postero-superior kenarı arasında uzanır. Bu ligamanın orta hattında internal ve eksternal venöz pleksusların geçişini sağlayan delikler yer alır. Ligamentum flavumun servikal seviyelerden lomber seviyelere inildikçe kalınlığı artar.

4. Ligamentum supraspinale: 7. servikal vertebra ile sakrum arasındaki processus spinosuslar arasında uzanır. Supraspinal ligamanlar, yukarıda ligamentum nuchae ile önde interspinal ligamanlarla devam eder.

5. Ligamentum interspinale: İnterspinoz ligamanlar, iki vertebra'nın birbirine bakan processus spinosusları arasındaki boşluğu dolduran ligamanlardır.

6. Ligamentum intertransversarii: Komşu iki prosesus transversuslar arasında doldurur. İntertransvers ligamanlar lomber bölgede filamentöz yapıda olup, torakal bölgede belirgin yoğun bantlar oluşturur. (23,25)



**Şekil 7. Spinal Ligamanlar**

### **-Omuriliğin Kanlanması**

Aortadan çıkan bir radiküler arter pek çok seviyede sinir köküne eşlik etmesine rağmen bunlar omuriliğine çok az akım sağlarlar. Anterior omuriliğe major kan akımını aortadan çıkan sağlı sollu 6–8 adet radiküler arter sağlar. İki taraflı posterior spinal arterler anterior arterlerden daha az tanımlanmıştır ve 10–12 adet radiküler daldan beslenir.

Orta torasik bölge zayıf bir vasküler beslenmeye sahiptir. Bu nedenle “sınır bölge” olarak tanımlanmıştır.

Cerrahi uygulamalarda bu bölgenin kanlanmasının bozulmamasına özen gösterilmelidir. (43,51) Adamkiewicz Arteri (arteria radikularis magna) T8'den konusa kadar olan omuriliğin beslenmesini sağlar.

Omuriliğin venöz drenajı Batson pleksusuna olur. Batson pleksusu venleri direkt olarak azygos ve vena kava sistemleri ile bağlantılıdır. Batson pleksusunu 3 ana venöz sistem oluşturur. Ekstradural vertebral venler, ekstravertebral venöz pleksus ve spinal kanalın kemik elemanlarını drene eden venler. Venöz sistemdeki zengin anastomozlar sayesinde cerrahi sırasında ve sonrasında bu bölgede venöz yetmezlik olması riski çok düşüktür. (49)

### **-Biyomekanik Anatomi**

Vertebral kolonun normal hareketleri spinal yapılar, özellikle de faset eklemler ve intervertebral diskler tarafından belirlenir. Vertebral kolonun iki çeşit hareketi vardır. Aynı plandaki hareket ve birleşik hareket. Birleşik hareket uygulanan kuvvetlerden farklı bir planda oluşan harekettir. Faset eklemlerin orientasyonu hareketin tipini belirler. Hareket aralığı ( Range of Motion - ROM ) özellikleri kısmen intervertebral diskler ve ligamanlar tarafından belirlenir.

Örneğin hiperekstansiyon anterior longitudinal ligaman ve anulus fibrosusun anterior kısmı tarafından kısıtlanır. ( 23 ) Fleksiyon esas olarak posterior ligamentöz kompleks ve faset eklemlerin kapsülleri tarafından kısıtlanır. Yana eğilmenin oranı da kapsüller ligamanlar ve faset eklemler tarafından belirlenir. Aksiyel rotasyon intervertebral disklerle birlikte Luschka eklemleri, faset eklemler ve kapsüller, interspinöz ve supraspinöz ligamanlar tarafından belirlenir. Aksiyel rotasyona direnç %90 oranında faset eklemler ve intervertebral diskler tarafından sağlanır, kalan %10'dan ise ligamanlar sorumludur. (4,9,15)

Üst servikal bölge vertebral kolonun en hareketli bölgesidir. Hem oksipitoatlantal hem de atlantoaksiyel eklemler 20 dereceden fazla fleksiyon ve ekstansiyona izin verirler. Ayrıca C1- C2 fasetleri ve atlantodental eklem her iki tarafa 40 ile 50 derecelik rotasyon yaptırırlar. Alt servikal bölge ( C3 – C7 ) yana eğilmeyi oksipitoatlantoaksiyel kompleksten daha fazla mümkün kılar. Sagittal plan ve aksiyel rotasyon C4 – C5 düzeyinden itibaren aşağıya doğru azalır.

Spinal stabilitenin (yada instabilitenin) değerlendirilmesi, spinal patolojilerin tanı ve tedavisinde büyük önem taşır. İnstabilite mekanik bir probleminden ya da başka bir sebepten kaynaklanabilir. Spinal stabilitenin yanlış değerlendirilmesi bazı vakalarda gereksiz cerrahi prosedürlerin uygulanmasına ya da yetersiz tedaviye neden olabilir. (9,11,14)

Tanınmayan ve tedavi edilmeyen instabilite hastayı nörolojik hasar, ağrı ve üst servikal bölgede ölüm riski altına sokar. White ve Panjabi ( 24 ) klinik instabiliteyi “vertebral kolonun fizyolojik yüklenme altında yer değiştirme paternini nörolojik defisit bulunmayacak ya da oluşmayacak, majör deformite olmayacak ve şiddetli ağrı oluşturmayacak şekilde koruyamaması” olarak tanımlarlar. Bu tanımlamada instabilitenin anlaşılması için önemli anahtar nokta “yer değiştirme paternini koruyamama”dır. Travma, dejenerasyon ve çeşitli klinik uygulamalar vertebral kolonun normal yer değiştirme paternini etkileyerek instabiliteye neden olabilir.

Spinal instabilitenin değerlendirilmesinde popülerlik kazanan bir teori “nötral bölge”nin ölçümü fikrine dayanır. (25) Nötral bölgede intervertebral harekete minimal direnç vardır; yüklenmedeki minör değişiklikler pozisyonda belirgin değişikliğe neden olur. Ağrısı olan bir hastada nötral bölgede artış saptanabilir. İnstabiliteye neden olan en önemli spinal elemanlar intervertebral disk, faset eklemler ve perispinal ligamanlardır. Spinal cerrahi sırasında bu elemanlardan bazılarını disseke etmek gerekebilir. Sadece vertebral kolonu ortaya koymak bile kas fonksiyonu ve koordinasyonuna katkıda bulunan sinirlerin hasarına yol açabilir. ( 26,27 )

Sinir hasarı yüklerin normal dağılımını ve aktarımını bozarak instabiliteyi artırabilir. Bu nedenle biyomekanik etkileri kısmi ya da tam spinal eleman rezeksiyonuna göre tanımlamak gereklidir. Spinal elemanların rezekte edildiği en sık uygulanan üç prosedür laminektomi, fasetektomi ve nöral elemanların dekompresyonu için posterior vertebral arkusun kısmi ya da total olarak çıkarılmasıdır.

Parsiyel laminektomi instabiliteye yol açmayabilir. Kadavra çalışmalarında parsiyel hemilaminektominin yana eğilmeden ziyade aksiyel rotasyon ve fleksiyona etkisinin daha fazla olduğunu göstermiştir. Posterior fasetlerin geometrisi her spinal düzeyde rölatif hareket miktarını saptamak açısından önemlidir. Fasetler özellikle aksiyel rotasyon ve ekstansiyon hareketlerine karşı koyarlar. Farfan ve arkadaşları ( 28 ) lomber bölgede vertebral kolona binen torsiyonel yüklerin %50'sine yalnızca fasetler tarafından karşı konulduğunu göstermişlerdir. (22,29,33)

Tüm bunlara dayanılarak, bu vertebral elemanların kısmi ya da tam olarak çıkarılmasının instabiliteye yol açacağını düşünmek mantıksız olmaz. Ancak, tek seviyeli kısmi tek ya da çift taraflı fasetektomi hareket kapasitesini artırır ancak instabiliteye neden olmayabilir. Yapılan çalışmalarda tek ya da çift taraflı total fasetektominin intakt kontrollerle karşılaştırıldığında hareket kapasitesini ekstansiyonda %78, fleksiyonda %63, yana eğilmede %15 ve aksiyel rotasyonda %126 artırdığı gösterilmiştir. Bu da, instabilitenin derecesinin direk olarak alınan faset miktarı ile orantılı olduğunu gösterir.

İntervertebral disk bozuklukları da instabiliteye neden olabilir. İntervertebral disk su içeriğini kaybederek anulusta yırtıklar oluşabilir ve dejenere olabilir, bu da fizyolojik olmayan yüklenmeye neden olur. (29) Nükleus pulpozusta fibröz doku oluşarak diske binen yüklerde dağılımın homojen olamamasına yol açabilir. Diskin kısmi olarak çıkartılması iatrojenik instabiliteye yol açabilir. Laminektominin minimal olduğu diskektomilerde instabilite gelişmediği gösterilmiştir. Parsiyel laminektomi, parsiyel fasetektomi, parsiyel

anulus rezeksiyonu ve nükleus pulpozusun tam olarak çıkarıldığı diskektomilerde fleksiyonda %80, ekstansiyonda %60, yana eğilme kapasitesinde %38 ve aksiyel rotasyonda %62 artış olur. (30) Cerrahi sırasında daha agresif disk boşaltılması post diskektomi bel ağrısına neden olur. Disk viskoelastik ve anizotropik yapıda olduğundan biyomekanik ve elastik özellikleri test edilirken düşük hızda yükleme koşulları uygulanmaktadır. Kompresyon testlerinde diskin düşük yüklerde fleksibl olduğu ancak büyük yük değerlerinde stabiliteyi artırmak için katı şekilde davrandığı görülmektedir. Bu nedenle günlük aktivite sırasında kompresif yükler altında kalan ve normal elastik özelliğini koruyan nükleusun fıtıklaşmaya eğilimi az olmaktadır. (31)

Fonksiyonel spinal ünite (FSU) üzerinde yapılan statik kompresif yüklere dayanım deneyinde ise vertebra end-plate'lerinde disk dokusundan önce hasar olduğu görülmüştür. (32) Bu nedenle end-plate kırıklarının olduğu yerlerden nükleus vertebra içerisine doğru yer değiştirerek Schmorl nodülleri oluşabilmektedir. Günlük aktivite sırasında nükleusun çekme yüklerine (tensil yükler) maruz kalması nadirdir. Buna karşılık anulus çekme yüklerine daha fazla maruz kalmaktadır.

Örneğin spinal fleksiyonda diskin arka tarafındaki anulus lifleri çekme kuvvetine maruz kalır, bunun tam tersi ise spinal ekstansiyonda görülür. Lateral bending hareketinde konveks taraftaki anulus liflerinde çekme sonucu yüklenme oluşurken, aksiyel rotasyonda dış eksenine 45 derecelik açıdaki anulus liflerine yüklenme olmaktadır. Vertebra-disk-vertebra modelinde yapılan aksiyel çekme kuvveti yükleme testinde, anulusun ön ve arka kısımlarda en sağlam olduğu, dış-yan ve orta bölgelerde ise en zayıf olduğu bulunmuştur. Bu yapıda çekme kuvveti ile oluşturulan yüklenmeye en dayanıksız olan bölge ise nükleustur. (32 )

Bunun yanı sıra kendi doğrultusunda bulunan anulus lifleri (30 derecede) aksiyel çekme kuvvetinin oluşturduğu yüklere horizontal liflerden daha dayanıklıdır. Eğilme (bending) testlerinde ise diskin 8 derecelik eğilmede yapısının bozulmadığı, 15 dereceden sonra ise yapısında hasar olduğu bilinmektedir (32). Rotasyonel ( torsiyonel ) yükleme testlerinde normal yapıdaki

bir disk dokusunda 20 derecelik bir tork açısında hasar oluşurken dejenere yapıdaki bir diskte daha düşük değerlerde yapı hasarı oluşmaktadır. (32 )

Aksiyal kesitte yuvarlak şekilde olan bir diskin torsiyonel yüklemeye cevabı oval şekilde olan disklerden daha iyi olmaktadır. Torsiyonel yükleme sırasında oluşan shear stresleri (kesme gerilmesi) diskin merkezinde düşük değerdeyken periferde yüksek değerlerdedir.

Diskün ön-arka ve horizontal planında yapılan shear yükleme testlerinde elde edilen dayanım gücü 260 N/mm olarak hesaplanmıştır. Bunun anlamı diskin yapısındaki bozulmanın yalnızca shear yüklemeleri ile olmadığıdır. Tüm bu deneylerin sonucunda anulus zedelenmelerinin torsiyon, bending ve tensil yüklemelerin kombinasyonu ile olduğunu söylemek doğru olmaktadır.

Diskün yapısında zamana dayalı değişiklikler dokunun viskoelastik özelliklerini yansıtmaktadır. FSU modelinde yapılan kompresyon testi ile disk dokusu dejenerasyonuna göre dört gruba (grade 0–3) ayrılmıştır (33). Buna göre; normal disk (grade 0), dejenere disk (grade 1–3 )'dür.

Grade 0'da yükleme sonrasında zamana bağlı yer değiştirme (deplasman) daha uzun zamanda olurken, grade 1-3'de yaklaşık yarı zamanda yer değiştirme görülmektedir. Buna göre dejenere disk dokusu viskoelastik özelliklerini kaybetmektedir. Disk dokusunun tekrarlayan yüklenmeler altında enerji sönümlemesi (hysteresis) günlük hayatta zıplama veya motorlu araç kullanılan zamanlarda diske gelen yükün absorbe edilmesi ve enerjisinin azaltılması anlamındadır. Bu enerji sönümlemesi ilerleyen yaşlarda azalmaktadır. Buna bağlı olarak da diskin yükü absorbe etmesi azalmaktadır. Özellikle alt dorsal ve üst lomber bölgede sönümleme düşüken alt lomber bölgede sönümleme yüksektir.(31)

Disk dokusunun hasarı sonrasında rejenerasyon ve tamir potansiyeli düşüktür. Bu nedenle siklik yüklemeler ile yapılan yorulma deneylerinde (fatigue tolerance) 1000 siklustan sonra tamamıyla hasarlanma olduğu ve yorulma

ömrünün düşük olduğu söylenebilir (BA-2). Disk dokusunun içindeki basıncın ne olduğunun bilinmesi için ilk yapılan *invivo* deneylerde disk içerisine basınç transduseri yerleştirilmiştir. L3-4 mesafesindeki disk basıncının otururken, öne 20 derece fleksiyon yapıldığında ve 20 kg'lık yük taşındığında normale göre %300 arttığı bulunmuştur. (34) İntradiskal basınç değişik vücut pozisyonlarında farklı olmaktadır. Yatarken 154 kPa, ayakta 550 kPa, otururken 700 kPa dır. Bunun yanı sıra disk dejenerasyonu ile intradiskal basıncın arttığı bilinmektedir. (35)

Önceleri disk dokusunda oluşan hasarın diskin mekanik özelliklerini bozmadığı iddia edilse de bugün artık disk hasarının diskin mekanik özelliklerini bozduğu kanıtlanmıştır. (36,37) FSU modelinde yapılan posterolateral anulus eksizyonu ve bu eksizyon yerinden nukleusun çıkartılması (klasik disk cerrahisinde olduğu gibi) sonrasında yapılan deneylerde; kompresyon ve torsiyonda çok fazla etkilenme olmazken fleksiyon, lateral bending ve traksiyonda çok daha büyük etkilenmeler olmaktadır. (37) Disk dokusu içindeki stres (gerilme) özellikle sonlu eleman yöntemi gibi matematik modeller yardımıyla hesaplanabilmektedir. Bu stresler; kompresif, tensil veya shear şeklinde olmaktadır. Bunlardan kompresif ve tensil stresler yükleme planına dik konumdaki streslerdir ve normal stres olarak ifade edilir.

Yükleme planına paralel olan kısımlardaki stresler ise shear stres adını almaktadır. Buna göre normal disk dokusu aksiyal kompresif bir yük karşısında nukleus içerisindeki basınç tüm doğrultularda merkezden dışa doğru iletilerek anulusun dış yanlara doğru radyal olarak gitmesi sağlanır. Bunun anlamı nukleusta kompresif stresler oluşurken anulusta tensil stresler oluşmaktadır. Nukleusun su içeriği azaldığında gelen yükü taşıması da farklılaşmaktadır.

Buna göre yük end-plate'lerden daha az taşınmaktadır. Daha çok diskin periferinden yani anulustan taşındığından anulusta kompresif stresler fazladır.(38,39)

Spinal kolon üzerindeki yükler; vücut ağırlığı, adale ve ligamanların aktivitesi ve dış ortamdan gelen yüklerdir. Ayakta duran bir kişide yerçekimi

etkisi C1 ile L4 vertebra önünden geçen bir çizgi üzerindedir. Bu çizginin ön tarafında kalan vücut ağırlığı fazla olması nedeni ile spinal kolon sürekli olarak öne eğilme momenti etkisindedir. Bu momente cevap olarak artmış adale aktivitesi (erektör spina, abdominal adaleler, psoas) ise postüral konumu sağlar.

Pelvisin adale aktivitesine etkisi önem taşımaktadır. İstirahat durumunda ayakta duran bir kişide sakral açı (sakral inklinasyon açısı) yaklaşık olarak 30 derecedir. Pelvisin arkaya doğru gelmesi ile sakral açı azalır ve lomber lordoz düzleşir. Pelvisin öne doğru gelmesi ile ise sakral açı ve lomber lordoz artar. (41,43)

Pelvisin bu hareketleri ile spinal kolon üzerinde postüral etkisi olan adale tonusu etkilenmektedir. Spinal kolon vücudun değişik pozisyonlarında farklı yüklenmelere maruz kalmaktadır. Bu pozisyonlardan en kötüsü desteksiz otururken eğilme yapılmasıdır, eğilme ile vücudun üst kısmının ağırlığı ile bir moment oluşur.

### **3.Pediküler Fiksasyonun Tanımı ve Amaçları**

Pediküler vidalar, universal enstrüman sistemlerinin en güçlü elemanıdır. Pediküle sokulan vida üç kolonu birden kateder. Bu uzun moment kolu sağlar. Böylece çok sağlam bir tespit noktası elde edilir. Pediküler vidanın üç kolunu birden katetmesinden, vidanın geçtiği yerlere komşu değerli dokuların bulunmasından dolayı ciddi komplikasyonları olabilir.

Vidanın uygunsuz yerleştirilmesine bağlı olarak radikals, omurilik, büyük arter-yen hasarı ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle spinal cerrahın pedikül anatomisini çok iyi bilmesi gereklidir. Her hasta için pedikül anatomisini radyolojik incelemelerde değerlendirmek vidanın yerleştirilmesi sırasında ortaya çıkacak sorunların azaltılmasını sağlar. Pedikül vertikal pozisyonda oval bir kemik tüptür.



Medial ve kaudal yüzünde radikls yer alır. Pedikülün ortası spongiöz karakterde bir kemik dokusuna sahiptir. Duvarları ise kortikal kemik yapısındadır. Bu kemik doku farkı vidanın yerleştirilmesi sırasında cerraha rehberlik eder. Pedikülün tranvers çapı omurganın seviyesine göre değişir. T10'un altındaki düzeylerde pedikül çapı 7 mm den büyüktür. L1 de 8 mm den büyüktür. L5 te ise 10 mm ortalama çaptadır. (23,24)

Yapılan bir çalışmada L5 düzeyinde 7 mm. den daha küçük çaplı pediküle rastlanmamıştır (Şekil I). Bizim önerimiz, L4 ün üzerindeki düzeylere pediküler vida takılacaksa pedikül anatomisini ve çapını anlamak için BT çekilmesidir. T10'un üzerindeki vertebralara pediküler vida pek takılmasını önermiyoruz. Bu düzeylerde pedikül çapı küçük, omurga kanalı dardır. Vidanın hatalı gönderildiği durumlar ciddi morbiditelere yol açar.

Vida giriş noktaları, omurganın değişik seviyelerinde farklıdır (Şekil I). T1-T3 arasında pediküler vida yerleştirmek gerekebilir. Bu durumda iki doğrunun kesiştiği nokta bulunur. Vertikal doğru fasetin lateral kıyısının 3 mm medialinde, horizontal çizgi fasetin kaudal kısmının 3 mm kaudalinden geçer. Vida çapı 4.5 mm, uzunluğu 25-30 mm arasında olmalıdır. Vida 15-20 derece mediale yönlendirilmelidir. (22,24)

Pediküler vidanın yerleştirilmesi sırasında dikkat edilmesi gereken en önemli 2 özellik şunlardır:

- Vidanın pedikül içine girmesi ve pedikül den hiç çıkmaması
- Vidanın ucunun korpusun 2/3 ön kısmına kadar ulaşması.

Bu özelliklere göre bir vidayı yönlendirebilmek için preoperatifher vertebraya ait pedikül çapları ölçülmeli, korpusun 2/3 ön kenarına kadar gidecek olan mesafe bulunmalı, sagittal ve koronal planda vida yönlendirme açıları planlanmalıdır. İdeal vida konumunu elde edebilmek için vida giriş noktası, sagittal açılanma ve koronal açılanma göz önüne alınmalıdır. (23,27)

T6-T11 arasında, vertikal çizgi fasetin ortasından, horizontal çizgi transvers çıkıntının kaidesinin 1/3 üstünden geçer. Bu iki çizginin birleştiği noktadan vida sokulur. 5 derece mediale yönlendirilir. 4.5 mm çapta ve 30–35 mm uzunlukta vidalar kullanılmalıdır.

T11 altında horizontal çizgi transvers çıkıntının ortasından, vertikal çizgi superior fasetin lateralinden geçer. Bu bölgede ~.5 mm çapta 3–0 mm uzunlukta vidalar kullanılır.

Sakral bölgede ise pedikül çok geniştir (Şekil %5). 7 mm çapta vidalar kullanılabilir. Vida giriş noktası L5-S1 faset eklem orta kısmının 2 mm yukarisından sokulur 25 derece mediale, 30–45 kaudale yönlendirilir. 2.sakral vida ilk vidanın 7 mm kaudalinden ve 7 mm lateralinden sokulur. 45 derece kaudale, 20–30 derece laterale yönlendirilir.

Sagittal planda açılarına: L3 vertebraşı sagittal planda nötr pozisyondadır. L4 pedikülüne vida gönderirken sagittal planda dik açı verilmelidir. Rostraldeki lomber vertebralarda rostral açı, kaudaldeki vertebralarda ventral açı ile vida uygulanması gereklidir. S1 pedikülüne vida gönderirken sagittal açı 30–45 derece olmalıdır.

Koronal planda açılanma: L1 vertebraşında koronal açılanma 5 derece mediale doğru olmalıdır. Sakruma doğru her seviyede bu açı 5 derece artırılarak vida daha medyale gönderilir. S1 düzeyinde 25 derece mediale yönlendirme yapılabilir.

#### **4. Pediküler Fiksasyonun Avantaj Ve Dezavantajları**

Lomber transpediküler fiksasyon, füzyon sürerken rijid internal fiksasyon gereken hastalarda kullanılır. Spondilolisthezis, dekompresyon sonrası veya laminektomi sonrası instabilite, dejeneratif skolyoz, dejeneratif spinal instabilite, daha önceki başarısız cerrahiden ötürü nonunion, ekstensiffraktürler ve tümörler için pediküler vidalar kullanılabilir.

#### Avantajları:

Pediküle vida yerleştirilerek yapılan fiksasyon ile cerrah şu avantajlara sahip olur:

- 1.Spondilolistezisi düzeltebilir.
- 2.Tek hareketli vertebra segmentini stabilize edebilir
- 3.Skolyozu düzeltebilir
- 4.Kırığın eşlik ettiği kifotik deformiteyi düzeltebilir
- 5.Distraksiyon sağlayabilir
- 6.Lomber lordoza uyum göstererek gelişebilecek "Düz Bel Sendromu" şansını azaltır
7. Her üç kolona ait yük taşıma kapasitesine sahiptir
- 8.Cihaz için uzun kaldıraç kolu vazifesi görür ve fleksiyon,ekstansiyon ile torsiyonel yüklenmeye olan direnci artırır
- 9.Intakt lamina gerektirmediği için daha önce laminektomi geçirmiş vakalarda kullanılabilir
- 10.Sakral bölgede vida kullanımı daha güçlü bir fiksasyon sağlamaktadır
- 11.Kemik füzyon oranını arttırmaktadır
- 12.Hastanın erken mobilizasyonunu sağlar ve sistemik komplikasyonları önler.
- 13.Ağrının ortadan kaldırılmasına yardımcı olur.

Dezavantajları: Bu kadar avantajının yanında pediküler vidalama ile oluşturulan bu rijit sistem ile cihaza bağımlı osteopeni, yani osteopoz riski artmaktadır. Vida fiksasyon sistemi ile elde edilen avantajlar, beraberinde getireceği sorunlar ile beraber tartılarak uy-gulanılmalıdır. Bu sorunlar şöyle sıralanabilir:

1. Ameliyatta fazla kan kaybı
2. Uzun ameliyat süresi
3. Dura yaralanması
4. Sinir kökü yaralanması
5. Omurilik yaralanması
6. Vasküler yaralanma
7. Ameliyat sırasında pedikül kırılması

Bahis konusu sorunlar ve komplikasyonları önlemek için, pedikül vidalama fiksasyonunun ileri eğitimi ve iyi bir anatomi bilgisi gerekmektedir .(21,24)

## **5. Pediküler Fiksasyonun Endikasyonları**

Pediküler vidalamanın avantajları ve komplikasyonlarını bildikten sonra, bu sistemin uygulanmasına ait endikasyonları şu şekilde sıralayabiliriz:

### **-Transpediküler Vida Fiksasyonunun Endikasyonları:**

1. Spondilolisteziste redüksiyon
2. Dejeneratif spondilolisteziste füzyon
3. Skolyoz, kifoz, lordoz gibi omurga deformitelerinin düzeltilmesi
4. Posterolateral pseudoartrozun tamiri
5. Vertebral fraktür ve dislokasyonların redüksiyonu ve normal diziliminin sağlanması
6. Tümör rezeksiyonu sonrası omurganın redüksiyonu

### **-Kontrendikasyonları:**

- Yeni enfeksiyon
- İnstabiliteye neden olmayacak laminektomiler
- Fiksasyonsuz yararlı olacak füzyonlar (30)

## **6. Pediküler Fiksasyon Operasyonu Nasıldır?**

### **- Preoperatif Dönemde Yapılacaklar**

-Dikkatli Planlama: Opere edilecek hastaların preoperatif dönemde direkt grafilerinin ve spinal BT lerinin dikkatli incelenmesi şarttır. Kırık vertebranın üstünde ve altında hangi seviyelere veya kaç seviye aralıkla vida konulacağını

tespiti gereklidir. Vida konulacak pediküllerde kırık varlığı ve pedikül genişliğinin vidaya uyumu araştırılmalıdır. Ayrıca travma sonrası rotasyonel deformitenin varlığı, operasyon sırasında vidaya daha fazla veya az medial lateral yönlendirme yapılmasını gerektirebilir.

Dislokasyonun eşlik ettiği yaralanmalarda uzun profilli vidaların kullanılıp kullanılmayacağı önceden kararlaştırılmalıdır. Her ne kadar preoperatif planlama iyi yapılsa bile operasyon sırasında beklenmeyen durumlarla karşılaşma ihtimali göz önünde bulundurularak vida seti tam teşekküllü hazır olarak operasyona girmek en uygun olanıdır.

-Preoperatif Bilgisayarlı Tomografide (BT) pedikül çapının ölçümü: Vida yerleştirilecek olan pedikülün genişliği preoperatif BT den rahatlıkla ölçülebilir. Fakat daha önce yapılmış anatomik kadavra çalışmaları da bu konuyla ilgili gerekli ölçümleri dökümanete etmiştir.

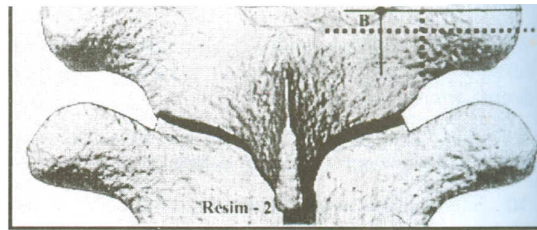
	Ebrahim		Zindrick		Panjabi	
(mm)	PY	PG	PY	PG	PY	P
T1	8,2	9,6	9,9	7,9	9,6	8
T2	9,7	6,4	12,0	7,0	11,4	8
T3	10,0	4,7	12,4	5,6	11,9	6
T4	10,4	3,7	12,1	4,7	12,1	6
T5	10,4	4,3	11,9	4,5	11,3	6
T6	9,4	3,8	12,2	5,2	11,8	6
T7	10,4	4,6	12,1	5,3	12,0	5
T8	11,2	4,8	12,8	5,9	12,5	6
T9	12,8	5,4	13,8	6,1	13,9	7
T10	14,0	5,8	15,2	6,3	14,9	9
T11	16,1	8,6	17,4	7,8	17,4	9
T12	15,2	8,7	15,8	7,1	16,7	8

Ebraheim ve arkadaşlarının torakal bölgede yaptığı anatomik çalışmada, erkek ve kadında pedikül genişliğinin T1 den T4 e doğru gittikçe daraldığı, sonrasında ise T12 ye doğru genişlediği saptanmıştır. En dar pedikül çapı T3-T1 arasındadır. En küçük pedikül yüksekliği T1, en büyük pedikül yüksekliği de T11 de bulunmuştur. Bu çalışmada pedikül yüksekliğinin T1 den T11 e gidildikçe arttığı görülmüştür.

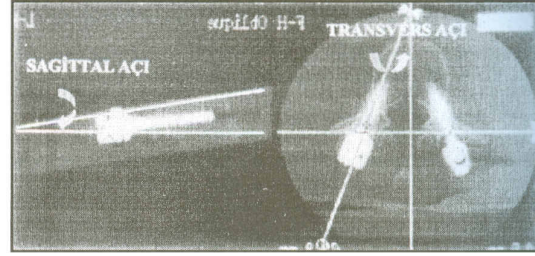
Ayrıca bu yayında pedikül aksis açıları ile pedikül aksisin vertikal ve horizontal planlara olan uzaklıkları da araştırılmıştır. En geniş transvers açı T1 de, en ufak açısı erkekte T12, kadında T8 de saptanmıştır. Bu bulgu alt torakal bölgede vidaların vertikal planda daha dik yönlendirme ile gönderilmesi gerektiğini göstermektedir.

Sagittal açı ise en büyük T6 ve en ufak T10 da bulunmuştur . Pedikül aksis projeksiyon noktasının vertikal planda superior faset lateral kenarına olan uzaklığı en geniş T1 de bulunmuştur. Bu değer T3 e doğru azalmış, T5 te hafif bir artma göstermiş, fakat T6 dan sonra T12 ye kadar belirgin bir değişme göstermemiştir. Bu projeksiyon noktasının transvers çıkıntı ortasından geçen çizgiye olan uzaklığının ise T1 den T8-9 a kadar arttığı ve sonrasında azaldığı görülmüştür .(16)

Lomber bölgeye doğru inildikçe pedikül transvers çapı artmaktadır. T4 te ortalama 5 mm olan bu çap L5 te 15 mm ye kadar ulaşmaktadır. Sagittal açı ise L5 te yaklaşık 30° iken torakal bölgeye doğru gidildikçe azalmaktadır. (51)



**Şekil. 8.torakal bölgede pedikül aksis transvers ve sagittal açıları**



**Şekil 9. pedikül aksis projeksiyonunun superior faset lateral kenarına (a) ve trans-vers çukıntı ortasından geçen çizgiye (b) olan uzaklıkları PAP pedikül aksis projeksiyonu**

- Pedikül vidalarının çap ve uzunluklarının tespiti: Torakal, lomber ve sakral bölgede kullanılmaya uygun, birçok firmanın üretimi olan değişik uzunluk ve kalınlıkta pediküler vidalar vardır. Çoğu pediküler vidalar spongiöz yiv örneğine sahiptir. Genel olarak vidaların dış çapları 4,5 mm ile 7,5 mm arasında değişir. Vidarın uzunluğu vidanın ucundan vida başının kaidesine kadar olan mesafe ölçülerek söylenir. Pediküler vida uzunlukları 30 ile 55 mm arasındadır.

Vidaların biyomekanik yük taşıma, esneme, metal yorgunluğu, dayanıklılık gibi özellikleri yanında, pediküler vidalama tekniğinde göz önünde bulundurulması gereken noktalar; vida-pedikül hacim uyumu ve vida penetrasyon derinliğidir. Torakal veya lomber, hangi bölgede kullanılacak olursa olsun esas kural, vida çapının pedikülün dış korteks kalınlığının %70–80 ini dolduracak genişlikte olmasıdır. (12,35)

Bu ölçünün dışında veya pedikül kanseloz kısmından daha geniş enli vida kullanılması, operasyon sırasında pedikül patlamasına, pedikül duvarı harabiyetine ve sonuçta erken ve geç dönemde sistemin yük taşıma kapasitesinin azalmasına yol açabilir. (26)

Pedikül vidalaması sırasında esas göz önünde bulundurulması gereken ölçüm planlaması, pedikül içi yani kanseloz kısmının boyutlarına yönelik olmalıdır. McKinley ve arkadaşları, sentetik modelde pedikül morfometrisinin pediküler vida yük taşımasına olan etkilerini araştırmışlardır. Bu çalışmanın sonucunda, sagittal büküme momenti etkisinde vidanın üzerine binen yükün, pedikül uzunluğunun artmasına paralel ölçüde arttığı ve pedikül yüksekliğinin artmasına zıt olarak ta düştüğü saptanmıştır. Bununla birlikte pedikül genişliğinin etki etmediği bulunmuştur. (33)

Biyomekanik testler ayrıca vidanın vertebra korpusu uzunluğunun %70–80 ine ulaşacak derinliğe kadar yerleştirilmesinin gerekli olduğunu göstermiştir. (4,7,12,45,56) Bu derinlikteki penetrasyon vidanın yük taşıma kapasitesini arttıracak, ayrıca anterior penetrasyonu önleyerek büyük damar yaralanması riskini azaltacaktır. Ayrıca uçları birbirine daha yakınlaşan açılı ile yani konverjans ile pedikül içinden vertebra korpusuna yerleştirilen vidaların yük taşıma kapasitesinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. (12, 22, 33,34)

### **-Cerrahi Teknik:**

Prone pozisyonu verilir. Vida takılacak en üst ve en alt vertebranın 2 üst ve 2 alt spinöz çıkıntıları arasında orta hat insizyonu yapılır. Subperiosteal kas disseksiyonu yapılır. Transvers çıkıntılar görülünceye dek laterale doğru kas disseksiyonu genişletilir. Otomatik ekartörle kaslar retrakte edilir. Kasların yetersiz retraksiyonu vidaya verilecek medial açılanmayı engeller.

Pediküler vidalar çok sağlam fiksasyon sağlamasına rağmen, kemik insizyonun eklenmediği durumlarda uzun süreli stabilizasyon sağlayamaz. Bu nedenle mutlaka insizyon yapılmalıdır. İnterbody, posterior, posterolateral, intertransvers kemik füzyon seçenekleri mevcuttur. Operasyonda kemik füzyon için dekortikasyon yapılmalı, allogreft için preop hazırlıklı olunmalıdır.



Vida giriş noktası belirlenir. Buraya turla veya delici ile küçük bir delik açıldıktan sonra, metal bir işaret çubuğu yerleştirilir. Skopi kontrolü ile pedikül içinde olduğu doğrulanır. Sagittal açı hakkında fikir sahibi olunur. Daha sonra 3 mm lik bir küret ile pedikül boyunca küçük hareketlerle spongiöz kemik çok zorlanmadan geçilir.

Korpusun içine girilir. Rehber tel ile pedikül duvarları kontrol edilir. Pedikül dışına çıkılmamışsa, yiv açıcı tornavida uygun sagittal açı ve koronal açıda gönderilir. Daha sonra aynı açı ile vida yerleştirilir. Skopi kontrolü ile vidanın son konumu kontrol edilir.(14,18)

### **-Vida Yerleşiminin Ve Trasesinin İntra-Operatif Kontrolü**

Lateral ve AP direkt grafiler veya fluoroskopik görüntüler alınmalı. Ancak bunlar vidanın uygun yerleştirildiğini garanti edemezler.

Hafifçe oblik alınacak AP grafisinde pedikülün tam ortasına yerleştirilmiş vida “target sign” olarak daha kesin bir fikir verebilir.

Direkt AP grafileri vidaların lateral-medial orientasyonu hakkında fikir verirler. AP grafilerde görülen aşırı medial yerleşimli vidalar pedikülün medial kenarının vida tarafında penetre olduğu şüphesini uyandırabilir. Lateral grafiler vertebra korpusuna penetrasyonun derinliğini ve trasesinin sagittal angülasyonunu göstermesi bakımından yararlıdır. Ventral vida penetrasyonu vertebra korpusunun AP çapının yaklaşık %50-80'i olmalıdır. Lateral grafilerde %80'den daha fazla bir penetrasyon, vertebra korpusunun korteksinin ventral olarak penetrasyonu şüphesini akla getirir.



**Şekil 10. Lateral grafide vidaların penetrasyonu**

Vidanın pozisyonu elektrofizyolojik olarak pedikül “probe”unun direkt uyarılmasıyla veya vidanın periferde oluşturduğu elektromyogram yanıtı ile kontrol edilebilir. Eğer bu yanıt sağlam kortikal kemik mevcudiyetinde beklenen eşikten daha düşük olursa vida yeniden yönlendirilir veya geri çıkarılır.(33 )

## **7.Hemşirelik Rol Ve İşlevleri**

Hemşirelik yeryüzünde hekimlikten sonra en eski sağlık mesleğidir. Hemşirelik işlevleri 4 ana başlık altında toplanmaktadır.

1. İşlev; koruyucu, geliştirici, tedavi edici ya da rehabilite edici amaçlarla bireysel hastaya, aile yada topluma hemşirelik bakimi hizmetlerinin götürülmesi ve bu hizmetin yönetimidir.

2.İşlev; hastalar ya da hizmet sunulanlar ile sağlık bakım personelinin eğitimidir.

3.İşlev Sağlık bakım ekibinin etkin bir üyesi olarak çalışmaktır.

4.İşlev; eleştirel düşünce ve araştırmalar yoluyla hemşirelik uygulamalarının geliştirilmesidir.

Hemşirelik işlevlerinde belirtildiği gibi, hemşirelik hizmeti hasta yada sağlıklı; genç ya da yaşlı; zengin ya da yoksul tüm insanlara verilir ve insanların bulunduğu her ortamda (okul, ev, işyeri, hastane) yer alır.

Bir sağlık disiplini olarak hemşireliğin öncelikle; birinci hedefi: Bireysel ve toplumsal sağlığı koruma, bireysel ve toplumsal sağlığı geliştirme, dolaylı/doğrudan yardım etmektir.

İkinci hedefi ise: Hastalık durumuna yönelik olup, bireyin iyileşmesini ve bağımsızlığını kazanmasını yine dolaylı ve doğrudan yardımla sağlamaktır. Bunun için seçilen yol; mesleki, bilimsel ilkelere dayalı bilgi davranışlara yansıtılarak, bu davranış ve becerilerle bireye yardım etmeyi gerçekleştirmektir.

Sağlık ya da hastalık durumunda benzer amaçlar veya tanımlanan ortak amaçlar doğrultusunda belirli görev, sorumluluk, yetki ve farklı rollerdeki sağlık disiplini üyelerinin sistematize ve planlı işbirliği ile birey ve topluma doğrudan veya dolaylı, etkin ve nitelikli hizmet dağılımını sağlamasına "Sağlık Ekibi Hizmeti", bu hizmeti verenlere de "Sağlık Ekibi" denir.

- Sağlık hizmetinin hizmet merkezi: sağlıklı veya hasta birey, ailesi ve toplumdur.

-Sağlık ekibini oluşturan üyeler; hekim, hemşire, terapistler, (fizikoterapist,meşguliyet terapisti), diyetisyen, eczacı, sosyal hizmet uzmanı, psikolog olup, diğer hizmetler ise, aşağıda belirtilen birim üyelerince verilir.

- Sağlıkla ilgili kurum: hastane hizmetleri, hastane yönetimi, muhasebe, temizlik,güvenlik, teknik vb.

Tüm sağlık disiplinleri üyeleri, sağlık bakımını bağımlı, yarı-bağımlı, bağımsız rollerle sunar. Ancak bu rol ve işlevler, sağlık hizmeti kapsamında açıkça belirtilmediğinden zaman zaman birbirine karışabilir. Sağlık bakımı sisteminde profesyonel hemşirenin payı ve katkısı büyüktür.

Bu katkı, hemşirelik rolleri olarak belirtilen davranışların oluşturduğu işlev'ler ve bu işlevleri gerçekleştiren yöntemlerle sağlanır. Hemşire, sağlık bakımında rollerini;

- Uygulayıcı
- Yönetici
- Eğitimci
- Araştırmacı ve
- Profesyonel olarak gerçekleştirir.

Hemşirelikte bağımsız roller; bakım, eğitim, araştırma ve hasta haklarını savunma ile doğrudan ilişkili olan işlevlerde ortaya çıkar. Hemşirenin eğitsel

düzeşinin, "bağımsız karar verme" otonomi sahibi olmasını sağlayan bir modele dayandırılması, bağımsız hemşirelik işlevlerinin artmasını da sağlayacaktır.

Yarı-bağımlılık (destekleyici rol), profesyonel gelişimin olgunluk düzeyine ulaşabilme göstergesidir. Hemşirelikte destekleyici ve/veya yarı bağımlı roller hemşirenin tanı ve tedavi girişimlerinde üstlendiği işlevlerden, diğer sağlık ekibi üyeleriyle hasta ve ailesi arasında sağladığı koordinasyondan oluşur.

### **TSH' de Hemşirenin Görev Tanımı**

#### **- Toplum tanılama**

- Hizmet götürülecek toplumu tanımak
- Bölgenin sağlık ölçütlerini değerlendirmek/ sorunları ve öncelikleri saptamak
- Toplum kalkınması hizmetlerinde görev almak
- Sağlık ocağı ebe sayısının yeterli olmadığı durumlarda ebelerin sorumluluk almış olduğu bölgelerin paylaşımına katılmak ve bölgelerin tespit, takip ve bağışıklama hizmetleri ile kayıt bildirimlerini yapmak

#### **-Eğitim-Danışmanlık**

- Aile planlaması hizmetleri ile ilgili danışmanlık hizmetlerini yürütmek, sertifikası varsa RİA uyg.
- Sağlıklı beslenme ve beslenme bozuklukları konusunda,
- İshalli hastalıklar konusunda programlarda,
- Koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinde,
- İş ve işçi sağlığı hizmetlerinde,
- Okul sağlığı hizmetlerinde görev almak
- Halk eğitimi materyallerini belirlemek, temin et.
- Bireysel ve grup eğitimlerine katılmak

### **-Doğrudan Bakım**

- Acil müdahale hizmetleriyle ilgili uygulamalar yapmak
- Tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinde görev almak
- Poliklinik hizmetlerinin yürütülmesine yardımcı olmak
- Enjeksiyon ve pansuman hizmetlerini yapmak
- Yaşlı sağlığı hizmetlerini yürütmek veya bu hizmetlere katılmak
- Bağışıklama hizmetlerini yürütmek
- Tıbbi alet, malzeme, cihazların hizmete hazır bulundurmak

### **-Kayıt**

- Görevi ile ilgili istatistik kayıtları tutmak
- Görevi ile ilgili kayıt ve formları tutmak
- Kronik hastalıklar kontrol programı kapsamında kayıt, tarama ve tedavi hizmetlerine katılmak
- Planlanan mesai sonrası çalışmalara katılmak
- Sağlık ocağı hizmetlerinin gerektirdiği nöbet çalışmalarına katılmak
- Nüfus tespiti çalışmalarında görev almak
- Hizmet ile ilgili verilen diğer görevleri yapmak

### **-TSH' de Hemşirenin Rolünü Etkileyen Etmenler**

- Eğitim
- Tarihsel gelişimi
- Sağlık politikası
- Tedavi ve bakımda değişen roller (geleneksel-çağdaş)
- Nüfus- sağlık gereksinimleri
- Sağlık İnsan Gücü sayısı, rolleri
- Toplumun sosyal-ekonomik-sağlık düzeyi



**Şekil 9. Lisans Diplomalı Hemşirenin Çağdaş Rol ve İşlevleri**

## 8. Post-Op Bakım Ve Takipler

Post -op bakım ikiye ayrılır:

1. Ayılma ünitesinde bakım
2. Klinikte bakım

### -Ayılma Ünitesinde Bakım

- Hastanın solunum yolunun açık olması için uygun pozisyon verilir.
- Hastanın ayılma ünitesine alındığı saat kayıt edilir.
- Hastanın bilinç düzeyi takip edilir.
- Hastanın yaşam bulguları stabil oluncaya kadar 15 dk da bir ölçülür ve kayıt edilir.
- Hastanın cilt rengi ve nemi kontrol edilir.
- Pansumanlara bakılır, ıslak ve kanama var mı kontrol edilir.
- IV sıvılar; sıvının cinsi, miktarı ve gidiş hızı kontrol edilir. Kan veriliyorsa, hızı kontrol edilir ve reaksiyon belirtileri izlenir.

- Üretral ve diğer kateterlerinden gelen miktar ve özellikleri kayıt edilir.  
Hasta gelişebilecek komplikasyonlar açısından takip edilir.
- Hastanın durumu stabilleşince, hastanın gönderileceği kliniğe bildirildikten sonra, dosyası ve ayılma ünitesindeki izlem formuyla birlikte gönderilir.

### **-Klinikte Bakım**

Hastanın yaşam bulguları ameliyattan sonra ilk 3 saat 15 dakikada bir, sonraki 2 saat 30 dakikada bir, daha sonra saatte bir izlenmelidir. Ve ameliyat sonrası bakım için hedefler belirlenmelidir.

Ameliyat Sonrası Bakımın Hedefleri:

Hedef 1- Kardiyovasküler fonksiyonu sürdürmek

Hedef 2- Solunum sistemi fonksiyonunu sürdürmek

Hedef 3- Yeterli beslenme ve boşaltımı sağlamak

Hedef 4- Sıvı-elektrolit dengesini sürdürmek

Hedef 5- Renal fonksiyonu sürdürmek

Hedef 6- İstirahati sağlamak

Hedef 7- Yara iyileşmesini sağlamak

Hedef 8- Hareketi sağlamak

Hedef 10- Komplikasyonları önlemek

### **-Kardiyovasküler fonksiyonu sürdürmek**

#### **Kan basıncı**

Ameliyat sonrası dönemde doktora bildirilmesi gereken kan basıncı ile ilgili anormal bulgular şunlardır:

1. Sistolik basınç değerinin temel değerinden 20 mmHg'dan daha fazla düşüş göstermesi
2. Sistolik basınç değerinin 80 mHg'nın altında olması
3. Kan basıncı değerinin her ölçümde 5–10 mmHg'lık bir düşüş göstermesi,

## **Nabız**

Ameliyat sonrası erken dönemde hasta taşikardi, bradikardi ve irregüler nabız açısından dikkatle takip edilmeli ve nedenleri araştırılmalıdır.

## **Solunum**

Hasta solunum fonksiyonları yönünden sık takip edilmeli ve derin solunum yapması sağlanmalıdır. Ameliyat sonrası erken dönemde solunum fonksiyonunu geliştirmek için yapılması gerekenler:

- Hastaya, dilin geriye kayıp solunum yolunu kapamasını önleyecek uygun pozisyon vermek
- Sakşınla hastanın ağız ve farenksindeki sekresyonları temizlemek
- Doktor istemi doğrultusunda oksijen tedavisine başlamak
- Derin solunum ve öksürük egzersizleri yaptırmak
- Yeterli sıvı almasını sağlamak
- Mümkün olan en erken dönemde ayağa kaldırmak
- Narkotik analjezikler veriliyorsa solunum depresyonu yönünden hastayı gözlemek
- Solunum enfeksiyonu yönünden hastayı gözlemek

### **-Yeterli beslenme ve boşaltımı sağlamak:**

- Genel durumuna göre hastaya en kısa sürede normal diyet başlanmalıdır.
- Normal diyet, GİS fonksiyonlarının kısa sürede normale dönmesini sağlar ve hasta üzerinde olumlu psikolojik etki yaratır.
- Ameliyattan sonraki 2. ya da 3. güne kadar bağırsak hareketleri yoksa laksatif ilaç ya da boşaltıcı lavman yapılmalıdır.

### **- Sıvı-elektrolit dengesini sürdürmek:**

- Hastanın aldığı-çıkarıldığı takibi yapmak,
- Sıvı-elektrolit dengesizliği belirti ve bulgularını izlemek,



- Laboratuvar bulgularını izlemek,
- Vücuda yerleştirilmiş olan tüpleri uygun şekilde irrigere etmek,
- Solunum asidozunu önlemek amacıyla hastaya derin solunum ve öksürük egzersizleri yaptırmak,
- Bağırsak hareketleri başladığında hastaya uygun sıvıları vermek,

**-Renal fonksiyonu sürdürmek:**

- Hastaya, sıvı kısıtlaması yoksa yeterli miktarda sıvı verilmeli,
- Hastanın aldığı-çıkarıldığı izlemi ameliyattan sonra en az 48 saat yapılmalı,
- Hastanın mesane kateteri varsa saatlik idrar miktarı izlenmeli ve kaydedilmeli, 2 saat süresince saatlik idrar miktarı 30 ml'den az ise doktora haber verilmeli,
- Mesane distansiyonu ve üriner enfeksiyon belirtilerinin izlenmeli,

**-İstirahati sağlamak:**

Hastanın ameliyattan sonra sağlığına kavuşmasında istirahatın önemli rolü vardır. Hastanın yeterince istirahat edebilmesi; ameliyat sonrasında görülen ağrı, huzursuzluk, bulantı ve kusma gibi sorunların giderilmesine bağlıdır.

**-Yara iyileşmesini sağlamak:**

- Yaranın pansumanı düzenli yapılmalı ve kanama belirtileri takip edilmeli, pansuman değiştirilirken cerrahi asepsi ilkelerine uygun çalışılmalı,
- Yara sürekli izlenmeli; sızıntı, kızarıklık, ısı artışı, yara bütünlüğü açısından,
- Hastanın drenleri sürekli izlenmeli, drenlerden gelen sıvının miktarı, rengi ve görünümü dikkatle takip edilmeli,
- Dren çevresinde veya doku içine sızıntı olup olmadığı kontrol edilmeli,

### **-Hareketi sağlamak:**

- Hareketsizliğe bağlı olarak gelişebilecek problemleri önlemek için hastaya derin solunum, öksürük, yatak içinde dönme ve ekstremitte egzersizleri yaptırılmalıdır.
- Hastanın ameliyattan sonra en kısa sürede kendi bakımını üstlenmesi sağlanarak da hareketsizlik önlenir. Erken dönemde hasta mobilize edilmelidir.

### **- Psikolojik destek sağlamak:**

Ameliyatın anlamı herkes için farklıdır. Bu farklılığın bilinmesi hasta ve ailesine uygun psikolojik desteğin sağlanması yardımcı olur.

### **-Komplikasyonları Önlemek**

#### **Şok:**

Ameliyat sonrasında en sık görülen komplikasyonlardan biridir.

Nedenleri arasında;

1. Kanama (hipovolemik şok),
2. sepsis (septik şok),
3. Kardiyak arrest ve myokard infarktüsü (kardiyojenik şok),
4. İlaç allerjileri (anaflaktik şok) yer almaktadır.

#### **Yara enfeksiyonu:**

Bu ameliyattan sonraki 5. günde ortaya çıkar. Ameliyat öncesi dönemde uygun cilt temizliğinin yapılmaması, ameliyat esnasında kullanılan malzemelerin kontamine olması, ameliyat sonrası dönemde yara enfeksiyonuna yol açabilir. Yara enfeksiyonunun da ateşin yanı sıra; halsizlik, bitkinlik, nabızda ve solunumda artma görülür.

### **Tromboflebit:**

Genellikle ameliyattan 7–14 gün sonra ortaya çıkar. Ameliyat sonrası gelişen dehidratasyon kan akımının yavaşlamasına ve kanın pıhtılaşmasına neden olabilir.

Uzun süre hareketsizlik ve şişmanlık da bu komplikasyonun gelişmesinde rol oynar.

Tromboflebitin en büyük tehlikesi ven duvarından kopan pıhtının dolaşıma katılarak hastanın akciğer, kalp ya da beyin damarlarını tıkamasıdır. Tromboflebit daha çok femoral ve iliak venlerde görülür.

Ameliyat sonrası hastaya bacak egzersizlerinin yaptırılması hastanın erken dönemde ayağa kaldırılmasıyla bu risk ortadan kaldırılır.

### **Yara açılması ve eviserasyon:**

Yara açılması, ameliyat yarasının birleşim yerinde bir açıklık olmasıdır.

Eviserasyon ise beden içindeki organın insizyon yerinden dışarı çıkmasıdır. Yara açılması ve eviserasyon kronik hastalığı olan (diyabet vb), beslenmesi bozuk, çok zayıf ve şişman hastalarda daha sık görülür.

Yara açılması ve eviserasyonda yara açılmasına neden olan faktörlerin yanı sıra ameliyatta yaranın uygun şekilde kapatılmaması ve öksürük, hapşırma, kusma nedeni ile dikişlerin aşırı derecede gerilmesi de rol oynar.

Yara açılması ve eviserasyon ameliyattan sonra her zaman görülse de sıklıkla ameliyat sonrası yaranın en zayıf olduğu 6. ve 7. günlerde gelişir. Yara açılmasını ve eviserasyonu önlemek için hasta öksürürken insizyon bölgesini desteklemelidir.

Eviserasyon geliştiğinde hemşirenin yapacağı ilk iş SF'le (serum fizyolojik) ıslatılmış steril kompresle dışarı çıkmış olan organın üzerini örtmek ve doktora haber vermektir.

Ameliyat sonrasında hastada paralitik ileus (bağırsak hareketlerinin durması) anestezi, ameliyat esnasında batındaki organların ellenmesi, sıvı-elektrolit dengesizlikleri ve ameliyat yarasının enfekte olmasıyla gelişebilir.

Belirtileri;

1. Bağırsak seslerinin olmayışı,
2. Hastanın gaz ve dışkı çıkarmamasıdır.

Bu durumda hastaya intestinal ya da nazogastrik tüp yerleştirilip sakşına bağlanır. IV mayi takılır. Elektrolit dengesizliği varsa tedavi edilir. Ameliyat sonrası gelişen abdominal distansiyonu ortadan kaldırmak için hasta erken mobilize edilir.

### **Hastanın taburcu edilmesi**

Ameliyat sonrası hastanın klinikte kalış süresi hastanın ameliyat öncesi fizyolojik ve psikolojik durumuna, ameliyatın büyüklüğüne ve ameliyat sonrasında komplikasyon gelişip gelişmediğine bağlıdır. Taburcu edilmeden önce hasta ve yakınlarının hazırlanması önemlidir.

Hasta ve yakınlarının hazırlığı yapılan ameliyata ve hastanın bireysel özelliklerine göre farklılık göstermekle beraber genel olarak şu konuları kapsar.

- Kendi kendine bakım
- Yapılmaması gereken aktiviteler
- Uygulanacak diyet ve egzersizler
- Oluşabilecek komplikasyonlar
- Kontrol için sağlık kurumuna ne zaman ve nasıl başvuracağı anlatılır.

## 9.HASTA MEMNUNİYETİ

Sağlık hizmetlerinde hasta/bireyin pasif rolden aktif role geçişi 1960'ların sonlarında başlamıştır. Bu yıllarda ortaya çıkan teknolojik gelişmeler, sağlık sisteminde önemli değişikliklere neden olmuştur. Teknolojik gelişmelerle birlikte bireyler özelleşmiş profesyonellerden daha kompleks tedavi ve bakımı almaya başlamış ve buda maliyeti arttırmıştır.

Ancak var olan bu üstün teknolojiye dayalı bakımda bireyin duyguları yeterince dikkate alınmamıştır. (Merkouris 1999a) Ayrıca toplumlarda eğitim düzeyinin artması ile daha bilgili ve verilen hizmeti eleştiren tüketiciler ortaya çıkmaya başlamıştır.

Günümüzde artık hastalar giderek artan bir şekilde kendi sağlık bakımına katılmak ve karar verme sürecinde kendi durumlarının ne olduğunu öğrenmek, tanımlarını anlamak istemektedirler. Bundan dolayı verilen sağlık bakım hizmetinin kalitesi yalnızca sağlık ekibinin tanımladığı ve belirlediği boyutta görülmemektedir .

### **-Hasta Memnuniyeti ve Bakım Kalitesi**

Kalite bugün yaşantımızın bütün alanlarında ön plana çıkmış olup her zaman, her yerde ve her konuda önü alınamaz bir talep haline gelmiştir. Kalite, kişisel değerlerden, inançlardan, tutum ve davranışlardan dolayı farklı kişilere göre farklı anlamlar taşıyabilen sübjektif bir kavram olup tanımlanması zordur .

Uluslararası Standardizasyon Örgütü (ISO) 'nün tanımına göre kalite, bir ürün ya da hizmetin belirlenen veya olabilecek gereksinimleri karşılama yeteneğine dayanan özelliklerin toplamıdır. Amerika Sağlık Örgütleri Akredisyon Komitesi ise kaliteyi; verilen bakımın istenen sonuçlarının alınmasını artırma ve olası istenmeyen sonuçlarını azaltma derecesi olarak tanımlamaktadır.

Donebedian (1980), ayrıca bakımın kalitesini iki alana ayırmaktadır; teknik alandaki kalite ve kişilerarası kalite. Teknik alanda, bir sağlık probleminin tıbbi teknoloji ve bilimini kullanarak çözülmesi söz konusudur. Kişilerarası bakım kalitesi ise, hasta ve bakımı veren kişi arasındaki etkileşim olarak belirtilmektedir. Risser (1975) ise, hemşirelik bakımı ve hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiyi üç boyutlu olarak tanımlamıştır.

- Teknik ve profesyonel davranışlar; Hemşirelik işlevlerini yeterli düzeyde yapabilmesi için hemşirenin sahip olması gereken bilgi ve teknik aktivitelerdir.
- Güvenilir ilişki; Hemşirenin olumlu bir hasta hemşire ilişkisi ve iletişim kurmaya izin verecek yapıcı özellikte olmasıdır.
- Eğitimsel ilişki; Hemşirenin hastaları bilgilendirme yeteneğinin olması, sorulara doyurucu yanıtlar verebilmesi, bakımı açıklaması, teknikleri gösterebilmesidir .

**-Hasta memnuniyeti nedir? Nasıl tanımlanmaktadır? Memnuniyeti etkileyen faktörler nelerdir?**

Memnuniyet, yaşam tarzı, geçmiş deneyimler, gelecekte beklenenler ve bireysel ve toplumsal değerleri içeren birçok faktör ile ilişkili karmaşık bir kavramdır. Bakımın sonuçlarının algılanması ve beklentilerin karşılanması ile ilişkili olan hasta memnuniyeti, farklı kişilerce ve hatta aynı kişiler tarafından farklı zamanlarda farklı şekilde tanımlanabilmektedir.

Donebedian (1992) hasta memnuniyetini "hastanın eğer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı konusunda bilgi veren ve esas otoritenin hasta olduğu bakımın kalitesini gösteren temel ölçüt" olarak tanımlamıştır. (1992) Hemşirelik bakımı ile ilgili memnuniyet ise, ilk kez 1975 yılında Risser tarafından "ideal

hemşirelik bakımı ile hastanın gerçekte almış olduğu hemşirelik bakımının birbiri ile uyumu" şeklinde tanımlanmıştır.

Greeneich (1993) 'te Risser'in tanımına benzer şekilde hasta memnuniyetini "hastanın eklemleri ve aldığı bakımın uyumu" olarak tanımlamıştır. Konu ile ilgili diğer yayınlarda da hasta memnuniyeti una benzer şekilde ifade edilmektedir.

### **-Hasta Memnuniyeti Üzerinde Beklentilerin Rolü**

Bakımın sonuçlarının algılanması ve beklentilerin karşılanması ile ilişkili olan memnuniyet, farklı kişilerce e hatta aynı kişiler tarafından farklı zamanlarda farklı şekilde tanımlanabilmektedir. Hasta eklemlerinin karşılanması hasta memnuniyetinin sağlanmasında ok hassas bir belirleyicidir.

Beklenti; 'herhangi bir şeyin olacağını düşünmek veya olacağına inanmak' olarak tanımlanmaktadır. Genel olarak hasta memnuniyetinin eklemlerle ilişkili olduğuna inanılmaktadır. Yapılan çalışmalarda fazla beklentisi olmayan ve bilgisiz olan hastaların daha fazla memnun oldukları, bunun yanı sıra sağlıkla ilgili konularda bilgili olan ya da beklentileri abartılı olan hastaların daha az memnun oldukları belirlenmiştir.

Bireyin/hastanın memnuniyetini etkileyen faktörler; hastalara, hizmet verenlere ve çevresel ya da kuruma yönelik faktörler şeklinde gruplandırılabilir.

### **-Hastaya İlişkin Faktörler**

Bireyin geçmiş deneyimleri, arkadaşları aracılığı ile dindiği bilgiler, yazılı ve sözlü basın aracılığı ile edindiği beklentileri, yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyal statüsü, sağlık durumu, tanısı, hastanın kendi sağlık durumunu algılayışı hasta memnuniyetini etkileyebilmektedir.

Hasta memnuniyeti ile ilgili yapılan çalışmalarda hastaya ait sosyodemografik değişkenler arasında utarlı olmayan sonuçlara ulaşılmıştır. Örneğin, bazı alışmalarda yaşlı hastaların genç hastalara göre daha fazla memnun oldukları ifade edilirken, bazılarında ise yaş ile memnuniyet arasında ilişki bulunamamıştır.

### **-Hizmet Verenlere İlişkin Faktörler**

Sağlık personelinin kişilik özellikleri, gösterilen nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış, profesyonel tutumları, bilgi ve becerilerini sunma biçimleri, özellikle hasta-hemşire ilişkisi hasta memnuniyeti üzerinde önemli rol oynamaktadır.

Literatürde hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktörün iletişim ve hastayı yeterli bilgilendirme olduğu bildirilmektedir.(49,51)

Çünkü sağlık bakım hizmeti verenlerin hastalar ile iletişim kurma becerileri hastaların kendilerini değerli ya da değersiz hissetmelerinde başlıca rolü oynamaktadır. Hasta merkezli ve bireyselleştirilmiş bakım hastaya kendisinin değerli olduğunu hissettirirken, kişiler arasında da bir güven ilişkisinin kurulmasına neden olmaktadır.

Bilgi verme hastalara değerli olduğunu hissettirmektedir ancak, kendisine birey olarak değer verildiğini hissetmek yalnızca bilgi vermeyi içermemektedir, ek olarak personelin hastaya gerçekten ilgi göstermesi, ne hissettiklerine odaklanması ve onlara zaman ayırması konularını da içermektedir. (39,51)



## **1. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **-Araştırmanın Şekli**

Bu çalışma; hastalara verilen hemşirelik bakımının iyileşmeye etkisi olup olmadığını saptamak ve verilen bakımın memnuniyet düzeyini belirlemek amacıyla prospektif olarak yapılmıştır.

### **- Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikler**

Araştırma , Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesi Nöroşirurji Kliniği 'nde yapılmıştır.

### **-Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi**

Araştırma Nöroşirurji Kliniği 'nde yatan ve PDF operasyonu geçiren hastalarda yapılmıştır. Hazırlanmış olduğumuz veri toplama formundan araştırmayı yaptığımız süre içerisinde PDF operasyonu geçiren hastalar takip edilmiştir. Post op dönemde bilinci açık olan toplam 30 hasta araştırma kapsamına alınmıştır.

Hastaların memnuniyet düzeylerini belirlemede uluslararası memnuniyet ölçeği olarak kullanılan "NEW-CASTEL Hemşirelik Memnuniyet Ölçeği" kullanılmıştır.

### **-Veri Toplama Aracının Seçilmesi**

Nöroşirurji Kliniği 'nde yatan ve PDF operasyonu geçiren hastalarda yapılmıştır. Pediküler vida fiksasyonu uygulanan nöroşirurji hastalarına kendi hazırladığımız anket formu ile birlikte NEW-CASTEL Hemşirelik Memnuniyet Ölçeği' de uygulanmıştır.

Hastaların öncelikle sosyodemografik özellikleri ve bu özelliklere göre memnuniyet düzeyleri incelenmiş, aldıkları bakım ve diğer bakım hizmetleri ile birlikte memnuniyet düzeyleri bu alanlarda da karşılaştırılıp genel memnuniyet ve istatistiksel anlamlılık derecesi belirlenmiştir.

### **-Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi**

Pediküler vida fiksasyonu uygulanan nöroşirurji hastalarına kendi hazırladığımız anket formu ile birlikte NEW-CASTEL Hemşirelik Memnuniyet Ölçeği adı altında iki çeşit form uygulanmıştır. Bu formda ölçek olarak hastaların; yaş, cinsiyet gibi sosyodemografik özellikleri, hemşirelerin eğitim düzeyi ile ilgili düşünceleri, daha önce hastaneye yatıp yatmadıkları, hastaneye yatış nedenleri, hastanede yatma ile ilgili hisleri, hastaların hastaneye uyum sürecinde hemşirenin etkisi olup olmadığı, bakımla ilgili sorunlar varsa ne olduğu, hastanede iletişim kurma ile ilgili düşünce ve tercihleri, hastane ile ilgili genel sorunları olup olmadığı, varsa bunların neler olduğu, aldıkları hemşirelik bakımının iyileşmelerinde etkili olup olmadığı, bilgi verilip verilmediği ve yakınlarıyla olan hemşire iletişiminin nasıl olmasını istedikleri ve tüm bu veriler dikkate alınarak elde edilen genel memnuniyet durumları ve bu etmenlerin iyileşme ve memnuniyet derecesine olan etkisi değerlendirilmiştir.

Toplanan veriler bilgisayarda SPSS 11.5 programı kullanılarak kaydedilmiş ve istatistiksel olarak değerleri hesaplanmıştır. Normal dağılım gösterenler için Student T testi, normal dağılım göstermeyenlerde ise ONE WAY ANOVA testi kullanılarak veriler karşılaştırılmıştır.

**Tablo 1.** Memnuniyet ölçeğinde bulunan sorulara verilen cevaplar. Hiç memnun değilim ile Nadiren memnunum maddeleri Memnun değilim olarak birleştirilmiş ve aynı şekilde Çok memnunum ile Tamamen memnunum maddeleri Çok memnunum olarak birleştirilmiştir.

Anket Soruları	Memnun Değilim		Memnunum		Çok Memnunum	
	n	%	n	%	n	%
1.Hemşirelerin size ayırdığı zamanın miktarından	9	30.0	5	16.7	16	53.3
2.Hemşirelerin işlerindeki becerikliliğinden	11	36.7	6	20.0	13	43.3
3.Her an sizinle ilgilecek bir hemşirenin yakınınızda bulunmasından	6	20.0	7	23.3	17	56.7
4.Hemşirelerin sizin bakımınızla ilgili sahip oldukları bilgi düzeyinden	4	13.3	3	10.0	23	76.7
5.Çağırduğumuzda hemşirelerin hemen gelmelerinden	13	43.3	9	30.0	8	26.7
6.Hemşirelerin sizi kendi evinizdeymişsiniz gibi hissettirmelerinden	9	30.0	8	26.7	13	43.3
7.Hemşirelerin size durumunuz ve tedaviniz ile ilgili yeterli bilgi vermelerinden	10	33.3	3	10.0	17	56.7
8.Hemşirelerin iyi olup olmadığınızı yeterli sıklıkla kontrol etme durumundan	9	30.0	5	16.7	16	53.3
9.Hemşirelerin size yardımcı olmalarından	4	13.3	7	23.3	19	63.3
10.Hemşirelerin size açıklama yapma biçiminden	3	10.0	10	33.3	17	56.7
11.Hemşirelerin akraba ya da arkadaşlarınızı rahatlatma biçiminden	7	23.3	7	23.3	16	53.3
12.Hemşirelerin işlerini yapma konusundaki tutumlarından	7	23.3	7	23.3	16	53.3
13.Hemşirelerin durumunuz ve tedavinizle ilgili olarak size verdikleri bilginin yeterliliğinden	7	23.3	6	20.0	17	56.7
14.Hemşirelerin size önemli bir insan gibi davranmalarından	4	13.3	10	33.3	16	53.3
15.Hemşirelerin endişe ve korkularınızı dinleme biçiminden	9	30.0	8	26.7	13	43.3
16.Serviste size tanınan serbestliğin miktarından	8	26.7	6	20.0	16	53.3
17.Hemşirelerin sizin bakımınız ve tedaviniz ile ilgili isteklerinize gönüllü yanıt vermelerinden	12	40.0	9	30.0	9	30.0
18.Hemşirelerin mahremiyetinize gösterdikleri saygıdan	9	30.0	3	10.0	18	60.0
19.Hemşirelerin sizin bakımınız ve tedaviniz ile ilgili gereksinimlerinizin farkında olmalarından	6	20.0	3	10.0	21	70.0

Tablo 1’de verilen memnuniyet ölçeği maddelerinin toplam puanları için 100 üzerinden değerlendirilme yapılması daha uygun görülmüştür. Bu nedenle sorular için en düşük ve en olası ham puanların hesaplanması yapılmıştır. Anket soruları 1, 2, 3, 4 ve 5 değerlerini alabildiği için en düşük ham puan 19 olarak ve en olası ham puan da 76 olarak belirlenmiştir. Buna göre 100 üzerinden toplam puan aşağıdaki formülle bulunmuştur.

$$100 \text{ üzerinden puan} = \frac{\text{Elde edilen ham puan} - \text{En düşük ham puan}}{\text{En olası ham puan}} \times 100$$

Tablo 1’de araştırmamıza katılan hastalara uygulanan NEW CASTEL hemşirelik memnuniyet ölçeği görülmektedir. Tablo 1’e göre 30 katılımcıdan %30’u (n=9) hemşirelerin kendine ayırdığı zaman miktarından memnun değil, %16,7’si (n=5) memnun, % 53,3’ü (n=16) çok memnun olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin işlerindeki becerikliliklerinden memnun olup olmadıklarını sorduğumuz katılımcıların %36,7’si (n=11) olmadığını, % 20’si (n=6) memnun olduğunu, % 43,3’ü (n=13) çok memnun olduğunu belirtmiştir.

Yine katılımcılarımıza her an sizinle ilgilenecek bir hemşirenin yakınınızda bulunmasından memnun musunuz diye sorduğumuzda , % 20’si (n=6) memnun olmadığını, % 23,3’ü (n=7) memnun olduğunu, %56,7’si (n=17) çok memnun olduklarını belirtmişlerdir. Katılımcılara hemşirelerin sizin bakımınızla ilgili sahip oldukları bilgi düzeyinden memnun musunuz diye sorduğumuzda, % 13,3’ü (n=4) memnun olmadığını, %10’u (n=3) memnun olduğunu, %76,7’si (n=23) çok memnun olduğunu belirtmiştir.

Çağırduğunuzda hemşirelerin hemen gelmelerinden memnun musunuz diye sorduğumuzda ise, % 43,3’ü (n=13) memnun olmadığını, % 30’u (n=9) memnun olduğunu, % 26,7’si (n=8) çok memnun olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin sizi kendi evinizdeymişsiniz gibi hissettirmelerinden memnun musunuz diye sorduğumuzda, % 30’u (n=9) memnun olmadığını, %26,7’si (n=8) memnun olduğunu, % 43,3’ü (n=13) çok memnun olduklarını belirtmişlerdir.

Hemşirelerin size durumunuz ve tedaviniz ile ilgili yeterli bilgi vermelerinden memnun musunuz diye sorduğumuzda ise %33,3'ü (n=10) memnun olmadığını, %10'u (n=3) memnun olduğunu, %56,7'si (n=17) çok memnun olduklarını belirtmiştir. Hemşirelerin iyi olup olmadığını yeterli sıklıkla kontrol etme durumundan memnun musunuz diye sorduğumuzda ise katılımcılarımızın %30'u (n=9) memnun olmadığını, % 16,7'si (n=5) memnun olduğunu, %53,3'ü (n=16) çok memnun olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin size yardımcı olmalarından memnun musunuz denildiğinde ise %13,3'ü (n=4) memnun olmadığını, % 23,3'ü (n=7) memnun olduğunu, % 63,3'ü (n=19) çok memnun olduğunu belirtmiştir.

Katılımcılara hemşirelerin size açıklama yapma biçiminden memnun musunuz dediğimizde % 10'u (n=3) memnun olmadığını, % 33,3'ü (n=10) memnun olduğunu, % 56,7'si (n=17) çok memnun olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin akraba ya da arkadaşlarınızı rahatlatma biçiminden memnun musunuz dediğimizde %23,3'ü (n=7) memnun olmadığını, %23,3'ü (n=7) memnun olduğunu, % 53,3'ü (n=16) çok memnun olduğunu belirtmiştir.

Hemşirelerin işlerini yapma konusundaki tutumlarından memnun musunuz dediğimizde ise % 23,3'ü (n=7) memnun olmadığını, % 23,3'ü (n=7) memnun olduğunu, % 53,3'ü (n=16) çok memnun olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin durumunuz ve tedavinizle ilgili olarak size verdikleri bilginin yeterliliğinden memnun musunuz dediğimizde % 23,3'ü (n=7) memnun olmadığını, %23,3'ü (n=7) memnun olduğunu, % 53,3'ü (n=16) çok memnun olduğunu belirtmiştir.

Hemşirelerin size önemli bir insan gibi davranmalarından memnun musunuz dediğimizde ise katılımcılarımızın % 13,3'ü (n=4) memnun olmadığını, % 33,3'ü (n=10) memnun olduğunu, % 53,3'ü (n=16) çok memnun olduğunu belirtmiştir. Dinleme biçiminden memnuniyetlerini sorduğumuzda ise katılımcılarımızın % 30'u (n=9) memnun olmadığını, % 26,7'si (n=8) memnun olduğunu, % 43,3'ü (n=13) çok memnun olduğunu belirtmiştir.

Serviste size tanınan serbestliğin miktarından memnun musunuz dediğimizde ise katılımcılarımızın %26,7'si (n=8) memnun olmadığını, % 20'si (n=6) memnun olduğunu, % 53,3'ü (n=16) çok memnun olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin sizin bakımınız ve tedaviniz ile ilgili isteklerinize gönüllü yanıt vermelerinden memnun musunuz denildiğinde katılımcılarımızın % 40'ı (n=12) memnun olmadığını, % 30'u (n=9) memnun olduğunu, %30'u (n=9) çok memnun olduğunu belirtmiştir.

Hemşirelerin mahremiyetinize gösterdikleri saygıdan memnun musunuz diye sordumuzda katılımcılarımızın % 30'u (n=9) memnun olmadığını, % 10'u (n=3) memnun olduğunu, %70'i (n=21) çok memnun olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin sizin bakımınız ve tedaviniz ile ilgili gereksinimlerinizin farkında olmalarından memnun musunuz diye sordumuzda katılımcılarımızın % 20'si (n=6) memnun olmadığını, % 10'u (n=3) memnun olduğunu, % 70'i (n=21) çok memnun olduğunu belirtmiştir.

**Tablo 2.**

Anket Soruları	n	%	Memnuniyet Ölçeği Puanı			
			Ort.	SS	t/F	p
<b>Sizce hemşirenin eğitim düzeyi nedir?</b>						
Ortaokul	5	16.7	58.95	7.17	0.428	0.656
Lise	7	23.3	63.91	9.27		
Yüksekokul ve diğerleri	18	60.0	58.77	14.73		
<b>Daha önce hastaneye yattınız mı?</b>						
Evet	9	30.0	55.56	17.99	-1.287	0.209
Hayır	21	70.0	61.90	9.23		
<b>Yattıysanız kaçınıcı yatışınız?</b>						
1	3	10.0	58.77	10.96	0.135	0.875
2	7	23.3	58.08	21.15		
3 ve üzeri	20	66.7	60.86	9.11		
<b>Hangi nedenle yattınız?</b>						
Teşhis	11	36.7	59.57	16.90	0.010	0.990
Tedavi	2	6.7	60.53	14.89		
Diğer	17	56.7	60.22	9.57		
<b>Hastaneye yatmakla ilgili hissettikleriniz neler?</b>						
Endişeli	7	23.3	65.04	5.20	0.842	0.442
Üzgün	3	10.0	55.26	3.48		
Diğer	20	66.7	58.95	14.68		
<b>Hastane ortamına uyum sağlayabildiniz mi?</b>						
Evet	11	36.7	66.27	8.39	2.383	0.111
Hayır	12	40.0	56.36	16.87		
Kısmen	7	23.3	56.39	2.33		
<b>Uyum sağlama sürecinizde hemşirenin etkisi oldu mu ?</b>						
Evet	17	56.7	60.53	10.23	0.186	0.832
Hayır	10	33.3	60.39	17.60		
Kısmen	3	10.0	55.70	3.31		

Tablo 1’den elde ettiğimiz puanlandırmaya göre elde edilen ortalamaların içinde 100’e yakınlık memnuniyeti, 0’a yakınlık ise memnun olmadıklarını belirtir. Tablo 2’de katılımcılarımıza hemşirenin eğitim düzeyi sizce nedir dediğimizde % 16,7’si (n=5) ortaokul demiş ve memnuniyet ortalamaları 58,95

olarak saptanmış yani aldıkları post-op bakımdan memnun oldukları görülmüştür. % 23,3'ü (n=7) lise demiş ve memnuniyet ortalamaları 63,91 ortalama ile daha memnun oldukları görülmüştür.

%60'ı (n=18) yüksekokul ve üzeri olduğunu düşündüklerini belirtmiş ve 58,77'lik ortalama ile daha az memnun oldukları görülmüştür.  $p=0,656$  ( $p>0,05$ ) olduğundan istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Katılımcılara daha önce hastaneye yatıp yatmadıklarını sorduğumuzda % 30'u (n=9) evet demiş ve memnuniyet ortalamaları 55,56 olarak saptanıp memnun oldukları görülmüş, % 70'i (n=21) hayır demiş ve aldıkları bakımdan 63,90 ortalama ile çok memnun olduklarını belirtmişlerdir.  $p=0,203$  ( $p>0,05$ ) olduğundan istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Hastaneye kaçınıcı yatışınız dediğimizde % 10'u (n=3) ilk yatışı olduğunu belirtmiş ve memnuniyet ortalamaları 58,77 olarak saptanmış yani memnun oldukları görülmüştür. % 23,3'ünün (n=7) ikinci yatışı olduğu 58,08'lik ortalama ile daha az memnun oldukları, üçüncü ve üzeri yatışı olanların ise % 66,7'si (n=20) olduğu ve 60,86 ortalama ile daha memnun oldukları görülmüştür.  $p=0,875$  ( $p>0,05$ ) olduğundan istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Hastaneye hangi nedenle yattınız diye sorduğumuzda % 36,7'si (n=11) teşhis amaçlı yattığını belirtmiş, 59,57'lik ortalama ile memnun oldukları, % 6,7'si (n=2) tedavi için yattığını belirtmiş ve 60,53'lük ortalama ile daha fazla memnun oldukları görülmüş, % 66,7'si (n=20) diğer nedenlerle yattığı ve ortalamalarının 58,95 olduğu görülmüş olup daha az memnun olduğu tespit edilmiştir,  $p =0,990$  ( $p>0,05$ ) olduğundan istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Hastaneye yatmakla ilgili hislerini sorduğumuzda % 23,3'ü (n=7) endişeli olduklarını söylemişler ancak memnuniyet ortalamaları 65,04 olarak saptanmış ve memnun oldukları görülmüştür. % 10'u (n=3) üzgün olduklarını belirtmiş 55,26 ortalama ile az memnun oldukları görülmüştür. % 66,7'si (n=20) diğer duygular içinde olduklarını ve 58,95 ile az memnun oldukları görülmektedir.



Hastane ortamına uyum sağlayabildiniz mi diye sorduğumuzda % 36,7'si (n=11) evet demiş ve 66,27 ortalama ile en çok memnun olanlar olduğu görülmüştür. % 40 (n=12) ise hayır demiş ve 56,36 ile az memnuniyet gösterdikleri belirtilmiştir.

% 23,3'ü (n=7) ise kısmen demiş ve 56,39'luk ortalama ile az memnun oldukları görülmüş ve  $p=0,111$  ( $p>0,05$ ) olduğundan istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Uyum sağlama süresinde hemşirenin etkisi olup olmadığını sorduğumuzda % 56,7'si (n=17) evet demiş ve 60,53 ortalama ile en çok memnun olanlar olduğu görülmüştür. % 33,3'ü (n=10) hayır demiş ve 60,39 ile yinede memnun olduklarını belirtmişlerdir. % 10'u (n=3) ise kısmen demiş ve 55,70'lik ortalama ile çok memnun oldukları tespit edilmiştir.

**Tablo 3.**

Anket Soruları	Memnuniyet Ölçeği Puanı					
	n	%	Ort.	SS	t/F	p
<b>Hastanede en çok iletişim kurmak istediğiniz kimdir?</b>						
Hekim	6	20.0	49.34	17.61	2.111	0.123
Hemşire	13	43.3	63.06	8.31		
asta bakıcı	1	3.3	56.58	.		
Diğer	10	33.3	62.76	11.92		
<b>Hastanede yatarken ameliyat sonrası dönemde kiminle sohbet etmek istersiniz?</b>						
Hekim	9	30.0	57.02	4.83	0.996	0.410
Hemşire	10	33.3	57.24	17.07		
Hasta bakıcı	5	16.7	67.11	6.38		
Diğer	6	20.0	63.16	14.89		
<b>Hastanede yatarken ameliyat sonrası dönemde sıkıntı duyduğunuzda yanınızda kimin bulunmasını isterdiniz?</b>						
Hekim	4	13.3	64.80	5.08	1.148	0.332
Hemşire	14	46.7	56.39	16.18		
Hasta bakıcı	12	40.0	62.61	8.04		
<b>Ameliyat sonrası dönemde verilen hemşirelik bakımı ile ilgili sorunlarınız var mı?</b>						
Evet	3	10.0	60.09	6.22	0.045	0.956
Hayır	16	53.3	60.61	11.16		
Kısmen	11	36.7	59.09	16.09		
<b>Varsa neler?</b>						
Ameliyat sonrası kontrol eksikliği	3	10.0	58.77	10.96	0.052	0.960
İlgisizlik	11	36.7	58.08	21.15		

Tablo 3'e göre katılımcılarımıza hastanede en çok iletişim kurmak istedikleri kişiyi sorduğumuzda % 20'si (n=6) hekim demiş ve 49,3'lük ortalama ile çok memnun olmadıkları görülmüş, % 43,3'ü hemşire demiş ve 63,06'luk ortalama ile memnun oldukları görülmüştür. %3,3'ü (n=1) hasta bakıcı demiş ve 56,58 ortalama ile memnun olduğu görülmüş, % 33,3'ü (n=10) diğer demiş ve memnuniyet ortalamaları 62,76 olarak saptanmıştır.  $p=0,123$  ( $p>0,05$ ) olduğundan istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Post-op dönemde % 30 (n=9) 57,02'lik ortalama ile çok memnuniyet göstermezken % 33,3'ü (n=10) 57,24'lük ortalama ile memnun olmuşlar, % 16,7'si (n=5) hasta bakıcı demiş ve 67,11 ile aldıkları hemşirelik bakımından çok memnun oldukları görülmüştür. % 20 (n=6) diğer demiş ve 63,16 ortalama ile memnun oldukları görülmüştür.  $p=0,410$  ( $p>0,05$ ) olduğundan istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Ameliyat sonrası sıkıntılarınızda yanınızda kimin bulunmasını istersiniz diye sorduğumuzda % 13,3'ü (n=4) hekim demiş ve memnuniyet ortalaması 64,8 olarak saptanıp aldıkları hemşirelik bakımından memnun oldukları görülmüş, % 46,7'si (n=14) demiş ve 56,39'luk ortalama ile daha az memnun oldukları, % 40 (n=12) hasta bakıcı demiş ve 62,61 ortalama ile daha fazla memnun oldukları belirlenmiştir.  $p=0,332$  ( $p>0,05$ ) olduğundan istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Post-op dönemde verilen hemşirelik bakımı ile ilgili sorunlarınız var mı diye sorduğumuzda % 10 (n=3) evet demiş ve 60,09 ile memnun oldukları görülmüş, % 53,3'ü (n=16) hayır demiş ve 60,61'lik ortalama ile memnun oldukları görülmüş ve % 36,7'si (n=11) kısmen demiş ve 59,09 ile daha az memnun oldukları görülmüştür.  $p=0,956$  ( $p>0,05$ ) olduğundan istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Yukarıdaki soruya evet diyenlere sorunların ne olduğunu sorduğumuzda % 10'u (n=3) post-op dönemde kontrol eksikliği demiş ve 58,77'lik ortalama ile memnun olmuşlar, % 36,7'si (n=11) ilgisizlik demiş ve 58,08'lik ortalama ile aldıkları bakımdan memnun olmuşlardır.  $p=0,960$  ( $p>0,05$ ) olduğundan istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Anket Soruları	Memnuniyet Ölçeği Puanı					
	n	%	Ort.	SS	t/F	p
<b>Hastanede sizi rahatsız eden sorunlar nelerdir?</b>						
Personelin ilgisizliği	18	60.0	59.87	9.42	0.172	0.843
Yemekler	5	16.7	57.63	24.85		
Temizlik yetersizliği	7	23.3	62.03	9.26		
<b>Ameliyat sonrası dönemde bilgi almak istediğiniz konular nelerdir?</b>						
Ağrı olup olmaması	12	40.0	54.39	16.15	2.233	0.127
Bakım süreniz	7	23.3	62.59	7.08		
Diğer	11	36.7	64.47	8.57		
<b>Ameliyatla ilgili endişeleriniz var mı?</b>						
Evet	10	33.3	60.39	4.94	0.384	0.685
Hayır	14	46.7	58.18	16.69		
Kısmen	6	20.0	63.60	10.81		
<b>Varsa nelerdir?</b>						
Bir organı kaybetme	3	10.0	65.35	7.93	0.632	0.547
Ölüm	2	6.7	63.82	8.37		
Diğer	11	36.7	60.17	7.56		
<b>Duyduğunuz endişeyi kimin gidermesini istersiniz?</b>						
Hekim	6	20.0	45.39	17.96	<b>9.353</b>	<b>0.001</b>
Hemşire	17	56.7	61.53	7.47		
Hasta bakıcı	7	23.3	68.80	5.52		
<b>Ameliyat sonrası endişe ve sorunlarınızı paylaşmak istediğiniz sağlık personeli kimdir?</b>						
Hekim	11	36.7	63.16	10.64	0.573	0.571
Hemşire	14	46.7	58.65	13.61		
Hasta bakıcı	5	16.7	56.84	14.34		

Tablo 4'e göre katılımcılara hastanede sizi rahatsız eden sorunlar nedir diye sordüğümüzde % 60'ı (n=18) personelin ilgisizliğinden şikayet etmiş ve 59,87 ile memnun olmuş , % 16,7'si (n=5) yemeklerden şikayetçi olmuş 57,63 ile memnun olmuşlar, % 23,3'ü (n=7) temizlik yetersizliğinden şikayetçi olmuş ve 63,03 ortalama ile memnun olmuşlardır, p=0,843 (p>0,05) olduğundan istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Ameliyat sonrası dönemde bilgi almak istedikleri konular sorulduğunda %40'ı (n=12) ağrı olup olmayacağı konusunda demiş ve memnuniyet ortalamaları 54,39 ile memnun olmuşlar, % 23,3'ü (n=7) bakım süresi demiş 62,59 ile

memnun olmuş, %36,7'si(n=11) diğer demiş ve 64,47'lik ortalama ile memnun olmuşlardır.  $p=0,127$  ( $p>0,05$ ) olduğundan istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Ameliyat ile ilgili endişeleriniz var mı diye sorduğumuzda % 33,3'ü (n=10) evet demiş ve memnuniyet ortalamaları 60,39 olarak saptanıp memnun oldukları belirlenmiş, % 46,7'si (n=14) hayır demiş 58,18'lik ortalama ile daha az memnun olmuşlar, % 20'si (n=6) kısmen demiş ve 63,60 ortalama ile çok memnun oldukları görülmüştür.  $p= 0,685$  ( $p>0,05$ ) olduğundan istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Ameliyat ile ilgili endişeleriniz var ise nelerdir diye sorulduğunda %10'u (n=3) bir organını kaybetme demiş 63,35 ile memnun olmuş, % 6,7'si (n=2) ölüm demiş 63,82 oranda memnun olmuş, % 36,7'si (n=11) diğer demiş ve 60,17 oranda memnun olmuştur.  $p=0,547$ ( $p>0,05$ ) olduğundan istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Ameliyat sonrası endişelerinizi kimin gidermesini istersiniz dediğimizde % 20 (n=6) hekim demiş ve 45,39 oranında memnuniyet göstermişler, %56,7 (n=17) hemşire demiş ve 61,53 oranda memnuniyet göstermiş, % 23,3 (n=7) hasta bakıcı demiş ve 68,8 oranda memnun olmuştur.  $p=0,001$  ( $p<0,05$ ) olduğundan istatistiksel açıdan aralarındaki fark anlamlıdır. Ameliyat sonrası dönemde endişe ve sorunlarınızı kiminle paylaşmak istersiniz dediğimizde % 36,7'si (n=11) hekim demiş ve 63,16 oranında memnun olmuş, % 46,7'si (n=14) hemşire demiş ve 58,65 oranında memnun olmuş, % 16,7'si (n=5) hasta bakıcı demiş ve 56,84 oranında memnun olmuşlardır.  $p=0,571$  ( $p>0,05$ ) olduğundan istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 5.

Anket Soruları	n	%	Memnuniyet Ölçeği Puanı			
			Ort.	SS	t/F	p
<b>Ameliyattan sonra hemşirenin verdiği bakımın iyileşmenize etkisi olduğunu düşünüyor musunuz?</b>						
Evet	10	33.3	51.84	15.97	<b>-2.806</b>	<b>0.009</b>
Hayır	20	66.7	64.08	8.12		
<b>Verilen bakım ve tedavilerle ilgili bilgi veriliyor mu?</b>						
Evet	14	46.7	66.07	8.00	<b>2.751</b>	<b>0.010</b>
Hayır	16	53.3	54.69	13.54		
<b>Bu bilginin kim tarafından verilmesini istersiniz?</b>						
Hekim	20	66.7	58.42	14.47	-0.976	0.338
Hemşire	10	33.3	63.16	6.85		
<b>Yaşamsal fonksiyonlarınızın kim tarafından ölçülüp kaydedilmesini isterdiniz?</b>						
Hekim	14	46.7	64.10	12.11	1.733	0.094
Hemşire	16	53.3	56.41	12.12		
<b>Hemşirenizin size verdiği bakımla ilgili açıklama yapmasını ister misiniz ?</b>						
Evet	15	50.0	59.39	15.01	-0.264	0.794
Hayır	15	50.0	60.61	9.94		
<b>Verilen hemşirelik bakımının iyileşmenize katkı düzeyini değerlendirir misiniz?</b>						
İyi	22	73.3	62.32	12.75	1.721	0.198
Orta	4	13.3	50.66	13.99		
Kötü	4	13.3	56.58	3.22		
<b>Bakıma eklenmesini istediğiniz özel bir davranış var mı?</b>						
Evet	6	20.0	51.54	18.18	-1.937	0.063
Hayır	24	80.0	62.12	10.13		
<b>Ameliyat sonrası hemşirelik bakımı ile ilgili bilgi verilmelimi?</b>						
Evet	10	33.3	57.50	16.68	-0.768	0.449
Hayır	20	66.7	61.25	10.13		
<b>Hemşirenizin ameliyat sonrası dönemde hangi konuda size yardımcı olmasını istersiniz?</b>						
Temizlik	9	30.0	62.13	8.87	0.185	0.833
Bakım	9	30.0	59.50	12.23		
Diğer	12	40.0	58.77	15.55		
<b>Hemşirenizden yardım alma ihtiyacımız olduğunda rahatça isteyebiliyor musunuz?</b>						
Evet	14	46.7	54.51	15.27	<b>3.367</b>	<b>0.049</b>
Hayır	11	36.7	66.63	6.77		
Kısmen	5	16.7	60.79	6.13		
<b>Ameliyat sonrası dönemde hemşirenizin yakınlarınıza açıklama yapmasını ister misiniz?</b>						
Evet	23	76.7	59.04	13.83	-0.756	0.456
Hayır	7	23.3	63.16	6.45		

Tablo 5'e göre katılımcılara ameliyattan sonra hemşirenin verdiği bakımın iyileşmenize etkisi olduğunu düşünüyor musunuz diye sorduğumuzda % 33,3'ü (n=10) evet demiş ve 51,84 ortalama ile çok memnun olmadıkları görülmüş olup, yine katılımcıların % 66,7'si (n=20) 64,08'lik ortalama ile çok memnun oldukları tespit edilmiştir.  $p=0,009$  ( $p<0,05$ ) olduğundan aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

Verilen bakım ve tedavilerle ilgili bilgi veriliyor mu diye sorduğumuzda katılımcıların % 46,7'si (n=14) 66,07 ortalama ile memnun olup, %53,3'ü (n=16) ise 54,69'luk ortalama ile çok memnun olmadıkları görülmektedir.  $p=0,010$  ( $p<0,05$ ) olduğundan aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Yine katılımcılara bu bilginin kim tarafından verilmesini istersiniz diye sorduğumuzda % 66,7'si (n=20) hekim demiş ve 58,42 ortalama ile memnun olmuşlar, % 33,3'ü (n=10) hemşire diyerek 63,16 ortalama ile çok memnun olduklarını belirtmişlerdir.  $p= 0,338$  ( $p>0,05$ ) olduğundan aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Yaşamsal fonksiyonlarınızın kim tarafından ölçülüp kaydedilmesini isterdiniz diye sorduğumuzda ise % 46,7'si (n=14) hekim diyerek 64,10 ortalama ile çok memnun olmuşlar ve % 53,3'ü (n=16) hemşire deyip 56,41'lik ortalama ile çok memnun olmadıklarını bildirmişlerdir.  $p= 0,094$  ( $p>0,05$ ) olduğundan aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Hemşirenizin size verdiği bakımla ilgili açıklama yapmasını ister misiniz diye sorduğumuzda katılımcıların % 50'si (n=15) evet diyerek 59,39'luk ortalama ile memnun olmuşlar ve % 50'si(n=15) hayır diyerek 60,61'lik ortalama ile memnun olduklarını ifade etmişlerdir.  $p= 0,794$  ( $p>0,05$ ) olduğundan aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Katılımcılarımıza verilen hemşirelik bakımının iyileşmenize katkı düzeyini değerlendirir misiniz diye sorduğumuzda ise %73,3'ü (n=22) iyi diyerek

62,32 ortalama ile çok memnun olmuşlar, % 13,3'ü (n=4) 50,66'lık ortalama ile orta diyerek az memnun olduklarını dile getirmişlerdir.

% 13,3'ü (n=4) kötü deyip 56,58'lik ortalama ile memnun olduklarını ifade etmişlerdir.  $p= 0,198$  ( $p>0,05$ ) olduğundan aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bakıma eklenmesini istediğiniz özel bir davranış var mı diye sorulduğunda ise % 20'si (n=6) evet demiş ve 51,54'lük ortalama ile az memnun oldukları görülmüş olup %80'i (n=24) hayır diyerek 62,12'lik ortalama ile memnun oldukları tespit edilmiştir.  $p=0,063$  ( $p<0,05$ ) olduğundan aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur.

Ameliyat sonrası hemşirelik bakımı hakkında bilgi verilmeli mi diye sorduğumuzda ise katılımcıların % 33,3'ü (n=10) evet demiş ve 57,50 ortalama ile memnun olmuş ve % 66,7'si (n=20) hayır diyerek 61,25 ortalama ile çok memnun olmuşlardır.  $p=0,449$  ( $p>0,05$ ) olduğundan aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Hemşirenizin ameliyat sonrası dönemde hangi konuda size yardımcı olmasını istersiniz diye sorduğumuzda % 30'u (n=9) temizlik demiş ve 62,13 ortalama ile memnun olmuşlar, %30'u (n=9) bakım diyerek 59,50 ortalama ile memnun olmuşlar ve %40'ı (n=12) diğer diyerek 58,77'lik ortalama ile memnun olduklarını ifade etmişlerdir.  $p= 0,833$  ( $p>0,05$ ) olduğundan aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Katılımcılara hemşirenizden yardım alma ihtiyacınız olduğunda rahatça isteyebiliyor musunuz diye sorulduğunda ise % 46,7'si (n=14) evet demiş 54,51 ortalama ile az memnun olmuş, % 36,7'si (n=11) hayır demiş ve 66,63 ortalama ile memnun olmuşlar ve %16,7'si (n=5) kısmen diyerek 60,79'luk ortalama ile memnun olduklarını ifade etmişlerdir.  $p= 0,049$  ( $p<0,05$ ) olduğundan aralarında fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

Ameliyat sonrası dönemde hemşirenizin yakınlarınıza açıklama yapmasını ister misiniz sorulduğunda ise katılımcıların % 76,7'si (n=23) evet demiş ve



59,04'lük ortalama ile memnun olmuşlar ve % 23,3'ü (n=7) 63,16 ortalama ile hayır diyerek memnun olduklarını ifade etmişlerdir.  $p= 0,456$  ( $p>0,05$ ) olduğundan aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

<b>Tablo 6</b>					
<b>Sizce hemşirenin eğitim düzeyi nedir?</b>					
<b>Sosyodemografik Özellikler</b>		<b>Ortaokul</b>	<b>Lise</b>	<b>Yüksekokul ve diğerleri</b>	<b>Toplam</b>
<b>Cinsiyet</b>					
Erkek	n	4	5	5	14
	%	28.6	35.7	35.7	100.0
Kadın	n	1	2	13	16
	%	6.3	12.5	81.3	100.0
<b>Yaş</b>					
0-30 yaş arası	n	2	5	10	17
	%	11.8	29.4	58.8	100.0
30-60 yaş arası	n	3	1	6	10
	%	30.0	10.0	60.0	100.0
60 yaş ve üzeri	n	-	1	2	3
	%	-	33.3	66.7	100.0
<b>Medeni Hal</b>					
Evli	n	2	2	4	8
	%	25.0	25.0	50.0	100.0
Bekar	n	3	5	14	22
	%	13.6	22.7	63.6	100.0
<b>Eğitim Durumu</b>					
İlkokul mezunu	n	2	4	17	23
	%	8.7	17.4	73.9	100.0
Lise mezunu	n	1	-	1	2
	%	50.0	-	50.0	100.0
Yüksekokul ve diğerleri	n	2	3	-	5
	%	40.0	60.0	-	100.0
<b>Meslek Durumu</b>					
İşsiz	n	-	3	7	10
	%	-	30.0	70.0	100.0
Memur	n	1	-	3	4
	%	25.0	-	75.0	100.0
Serbest meslek	n	1	-	3	4
	%	25.0	-	75.0	100.0
Diğer	n	3	4	5	12
	%	25.0	33.3	41.7	100.0
<b>Çocuk Sayısı</b>					
0	n	2	1	8	11
	%	18.2	9.1	72.7	100.0
1	n	-	4	3	7
	%	-	57.1	42.9	100.0
2	n	1	2	5	8
	%	12.5	25.0	62.5	100.0
3 ve üzeri	n	2	-	2	4
	%	50.0	-	50.0	100.0
<b>Sağlık Güvencesi</b>					
Emekli sandığı	n	1	1	3	5
	%	20.0	20.0	60.0	100.0
Bağkur	n	3	-	-	3
	%	100.0	-	-	100.0
SSK	n	-	2	7	9
	%	-	22.2	77.8	100.0
Diğer	n	1	4	8	13
	%	7.7	30.8	61.5	100.0
<b>Yaşadığı Yer</b>					
İl merkezi	n	-	3	5	8
	%	-	37.5	62.5	100.0
İlçe	n	3	2	3	8
	%	37.5	25.0	37.5	100.0
Diğer	n	2	2	10	14
	%	14.3	14.3	71.4	100.0
Toplam	n	5	7	18	30
	%	16.7	23.3	60.0	100.0

Tablo 6'ya göre katılımcılarımıza sizce hemşirenin eğitim düzeyi nedir diye sorulduğunda katılımcılarımızdan erkek olanların % 28,6'sı (n=4) ortaokul, % 35,7'si (n=5) lise ve % 35,7'si (n=5) yüksekokul ve diğerleri demiş olup kadın katılımcıların %6,3'ü (n=1) ortaokul, % 12,5'i (n=2) lise ve % 81,3'ü (n=13) yüksekokul ve diğerleri demiştir.

Aynı soruyu 0-30 yaş arası gruptaki katılımcılarımıza sorduğumuzda % 11,8'i (n=2) ortaokul, % 25,9'u (n=5) lise ve % 58,8'i (n=10) yüksekokul ve diğerleri demiş olup; 30-60 yaş arası gruptaki katılımcılarımıza sorduğumuzda ise % 30'u (n=3) ortaokul, % 10 (n=1) lise ve % 60'ı (n=6) yüksekokul ve diğerleri demiş ayrıca 60 ve üzeri gruptaki katılımcılarımızın ise % 33,3'ü (n=1) lise ve % 66,7'si (n=2) yüksekokul ve diğerleri demiştir.

Katılımcılarımızdan evli olanlara aynı soru yöneltildiğinde; % 25'i (n=2) ortaokul, % 25'i (n=2) lise ve %50'si (n=4) yüksekokul ve diğerleri demiştir. Bekar olanların ise %13,6'sı (n=3) ortaokul, % 22,7'si (n=5) lise ve % 63,6'sı (n=14) yüksekokul ve diğerleri demiştir.

Katılımcılarımızdan eğitim durumuna göre ilkokul mezunu olanlar aynı soruya % 8,7'si (n=2) ortaokul, %17,4'ü (n=4) lise ve % 73,9'u (n=17) yüksekokul ve diğerleri demiştir. Lise mezunu olanların ise % 50'si (n=1) ortaokul ve % 50'si (n=1) yüksekokul ve diğerleri demiştir. Eğitim düzeyi yüksekokul ve diğerleri olanların % 40'ı (n=2) ortaokul, % 60'ı (n=3) lise demiştir.

İşsiz olan katılımcılarımıza hemşirenin eğitim düzeyi ne olmalıdır diye sorduğumuzda % 30'u (n=3) ortaokul, % 70'i (n=7) yüksekokul ve diğerleri demiş, memur olanların % 25'i (n=1) ortaokul, % 75'i yüksekokul ve diğerleri demiş olup serbest meslek sahibi olanların % 25'i (n=1) ortaokul, % 75'i yüksekokul ve diğerleri demiş ve diğer iş gruplarına sahip olan katılımcılarımızın % 25'i (n=3) ortaokul, %33,3'ü (n=4) lise ve % 41,7'si (n=5) yüksekokul ve diğerleri cevabını vermiştir.

Katılımcılarımızdan çocuğu olmayanların aynı soruya % 18,2'si (n=2) ortaokul, % 9,1'i (n=1) lise, % 72,7'si (n=8) yüksekokul ve diğerleri demiş, bir çocuğu olanlardan % 57,1 (n=4) ortaokul, % 42,9'u (n=3) yüksekokul ve diğerleri demiştir. İki çocuğu olanların % 12,5'i (n=1) ortaokul, % 25'i (n=2) lise, % 62,5'i (n=5) yüksekokul ve diğerleri demiş olup Üç ve üzeri çocuğu olanların %50'si (n=2) ortaokul ve %50'si (n=2) yüksekokul ve diğerleri demiştir.

Aynı soruya katılımcılarımızdan sağlık güvencesi emekli sandığı olanların %20'si (n=1) ortaokul, %20'si (n=1) lise ve % 60'ı (n=3) yüksekokul ve diğerleri demiş, bağkur olanların %100'ü (n=3) ortaokul demiş, SSK olanların % 22,2'si (n=2) lise ve % 77,8'i (n=7) yüksekokul ve diğerleri demiştir. Diğer sağlık güvencelerine sahip olanların % 7,7'si (n=1) ortaokul, % 30,8'i (n=4) lise ve % 61,5'i (n=8) yüksekokul ve diğerleri demiştir.

Aynı soruya il merkezinde yaşıyanların % 37,5'i (n=5) lise ve % 62,5'i (n=5) yüksekokul ve diğerleri demiş, ilçede yaşıyanların % 37,5'i (n=3) ortaokul, % 25'i (n=2) lise ve % 37,5'i (n=3) yüksekokul ve diğerleri demiştir. Diğer merkezlerde yaşıyanların %14,3'ü (n=2) ortaokul, % 14,3'ü lise ve % 71,4'ü (n=10) yüksekokul ve diğerleri demiştir.

## TARTIŞMA

Transpediküler vida uygulanan hastalara post-op dönemde verilen hemşirelik bakımının iyileşme düzeylerine etkili olup olmadığı yaptığımız çalışmada elde edilen bulgular ve verilere göre tartışıldı.

Bizim çalışmamızda transpediküler vida fiksasyonun endikasyonları arasında gösterilen spondilolistezis ve diğer durumlar göz önüne alındığında nöroşirurji kliniğine yatıp PDF ameliyatı olan ve post-op dönemde değerlendirdiğimiz hastaların %56'sının kadın , %44'ünün erkek olduğu görülmüştür (Tablo1) ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak Hülya BULUT “Acil servislerde hasta ve yakınlarını bilgilendirmenin memnuniyet üzerine etkisi” konulu çalışmasında olguların % 60.3'ini kadınlar, % 39.7'sini erkeklerin oluşturmakta olduğunu ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunduğunu belirtmiştir.

Yine Sn. Gülşen AYTAR ve arkadaşlarının yaptığı ”Yatan hasta memnuniyeti “ konulu araştırmasında hastaların yaş grupları 5 ile 84 arasında değişmektedir. Yaş ortalaması 47,44±(2,64) standart hata olarak bulunmuştur. Görüşülen hastaların %45,9 erkek, %54,1 kadındır. Hastaların %11,5'i okur-yazar olmadığını, %6,6'sı okur-yazar olduğunu, %41,0'i ilkokul, %19,7'si ortaokul, %8,2'si lise, %11,5'i yüksek okul mezunu olduklarını belirtmişlerdir. Grubun %18'i halen çalışan memur olup, %57,4 emekli sandığı, %1,6 S.S.K, %4,9 bağ-kur, %14,8 yeşil kart, %1,6 özel sigortalı olduğunu ve %1,6'sı sosyal güvencesi olmadığını belirtmiştir. Ancak bizim çalışmamızda katılımcılarımızın yaş grupları 0 ile 60 arasında değişmektedir. Yaş ortalaması 45,1±(2,04) standart hata olarak bulunmuştur. Hastalarımızın %44 erkek, %56'sı kadındır. Bizim çalışmamızda da hastaların %76,6'sı ilkokul, %6,6'sı lise, %15,66'sı yüksekokul ve üzeri okul mezunu olduklarını belirtmişlerdir(n=30).

Gülşen AYTAR ve arkadaşlarının yaptığı hasta memnuniyet araştırmasında araştırmaya katılanların %26,2'si il merkezi %31,2'i ilçe ve

%42,6'sı köylerde yaşamaktadır. Bizim çalışmamızda da hastaların %26,66'sı il merkezi %26,66'sı ilçe, %46,66'sı diğer yerlerde yaşamaktadır.

Gülşen AYTAR ve arkadaşlarının yaptığı araştırma da grubun %67,2'si hekimlerden çok memnun olduğunu belirtmiştir. En çok memnun kaldıkları konu sağlık çalışanlarının davranışı (%50,8) iken en çok rahatsız oldukları konu fizik teknik koşullar (%39,3) olmuştur. Hasta ve yakınlarının yetkili konumda olsalardı grubun %31,1'i fizik koşulları değiştireceklerini belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda ise katılımcıların % 43,3'ü post-op dönemde en çok iletişim kurmak istedikleri kişinin hemşire olduğunu belirtmiş ve memnuniyet oranları 63,06 iken ; %20'si hekimi istediğini belirtip memnuniyet oranları 49,34 olarak saptanmıştır. Yani aldığı hemşirelik bakımından daha memnundurlar.

Hasta ve yakınlarının yetkili konumda olsalardı grubun %31,1'i fizik koşulları değiştireceklerini belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda ise katılımcıların %60'ı onları rahatsız eden unsurlar sorulduğunda personelin ilgisizliğinden, diğer %23,3'lük kısmı da temizlik yetersizliğinden ,%16,7'si ise yemeklerden şikayetçi olmuşlardır. Ancak; 62,03'lük ortalama ile aldıkları hemşirelik bakımından memnun olduklarını belirtmişlerdir.( bu oran temizlikten şikayet edenler içindir.)

Sevinç GÖÇER ve arkadaşlarının yaptığı "Hastaların ve hemşirelerin, hemşirelik girişimlerinin önemini algılamaları" konulu çalışmasın da hastanede kalış sürelerine bakıldığında çoğunun (%60,4) hastanede yedi günden daha az bir süredir yatmakta oldukları belirlenmiştir. Hastaların hastanede yatış sürelerine göre hemşirelik girişimlerinin önemini algılamalarına bakıldığında; hastanede yedi günden az bir süredir yatan hastaların fizyolojik alandaki puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgu, bu grupta yer alan hastaların henüz fizyolojik gereksinimlerinin ağırlıkta olabileceğini düşündürmektedir.

Bizim çalışmamızda ise katılımcıların %30'unun daha önce hastaneye yattığı ,%70'inin ilk kez yattığını ve 61,90'lık ortalama ile aldıkları bakımdan daha önce hastaneye yatanlara göre daha memnun oldukları görülmüştür.

Bu durumu daha önce hastaneye yatan hastaların geçen süre ile beklentilerin artmış olmasına bağlı olduğu düşünülmüştür.

Hemşirelik bakımına gereksinimi olanların bakımdan beklentileri, hemşirelik uygulamalarını etkileyen faktörlerden birisidir. Günümüzde hemşirelik bakımını alanlar bakımlarına ilişkin kararlarda daha aktif biçimde yer alarak hemşirelik uygulamasını etkileyebilmektedirler.

Kocaman ve ark.(1993) yapmış oldukları “Hemşirelik bakım sonucunu değerlendiren bir çalışma örneği “ konulu çalışmaya göre de hemşirelik bakımı ile hastaların bakım gereksinimlerinin karşılanması arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Martin, Reeder 1991). Literatürlere göre de geçerliliği saptanmış olan standartların hasta bakımında kullanılması, hastaların gereksinimlerine uygun, yeterli ve kaliteli hemşirelik bakımı almalarını sağlamaktadır.

Özdağ (1998) “ Doğum yapan kadınlardaki hemşirelik bakımından duyulan memnuniyet” konulu araştırmasında, araştırma kapsamına aldığı kadınların %78.2’sinin tek hemşire tarafından verilen hemşirelik bakımından memnun olduklarını saptamıştır .

Bizim çalışmamızda ise uyum sağlama sürecinizde hemşirenin etkisi oldu mu dediğimiz katılımcılarımızın % 56,7’si evet demiş ve post op dönemde aldıkları hemşirelik bakımından 60,53 ortalama oranında memnun oldukları görülmüştür.%33,3’ü hemşirelerin hastaneye uyum süreçlerinde etkili olmadıklarını düşünüp aldıkları bakımdan da 60,39 ortalama ile yinede memnun olduklarını belirtmişlerdir.

Aynı zamanda bizim çalışmamızda katılımcıların %33’ü aldıkları post-op hemşire bakımının iyileşmelerine etkisi olduğunu,%66,7’si ise etkili olmadığını düşündüğü halde memnuniyet oranlarının yüksek olduğu görülmüştür. Evet diyenlerin ortalaması 51,84 iken hayır diyenlerin ortalaması ise 64,08 olarak saptanmıştır.

Hastane ortamına uyum sağlayabildiniz mi diye sorduğumuzda % 36,7'si evet demiş ve 66,27 ortalama ile en çok memnun olanlar olduğu görülmüştür. % 40 ise hayır demiş ve 56,36 ile az memnuniyet gösterdikleri belirtilmiştir. % 23,3'ü ise kısmen demiş ve 56,39'luk ortalama ile az memnun oldukları görülmüştür.

Akyol (1993) “ Hemodiyalize giren hastaların, verilen bakımdan memnun olma durumları” konulu araştırmasında, araştırma kapsamındaki hastaların genel bakım memnuniyetleri ile hemşirelik bakımı puanları arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur.

Ameliyat ile ilgili endişeleriniz var mı diye sorduğumuzda % 33,3'ü evet demiş ve memnuniyet ortalamaları 60,39 olarak saptanıp memnun oldukları belirlenmiş, % 46,7'si hayır demiş 58,18'lik ortalama ile daha az memnun olmuşlar, % 20'si kısmen demiş ve 63,60 ortalama ile çok memnun oldukları görülmüştür.

Koçak'ın (1993)” Uluslararası kalite, maliyet ve hemşirelik “ makalesine göre de; hedefler (sonuç kriterleri) hastaların standart hemşirelik bakımını aldıktan sonra sağlık durumundaki beklenen değişiklikleri ve aldığı bakımla birlikte hastanın artan memnuniyetini tanımlamaktadır.

Ameliyat sonrası dönemde endişe ve sorunlarınızı kiminle paylaşmak istersiniz dediğimizde % 36,7'si hekim demiş ve 63,16 oranında memnun olmuş, % 46,7'si hemşire demiş ve 58,65 oranında memnun olmuş, % 16,7'si hasta bakıcı demiş ve 56,84 oranında memnun olmuşlardır.

Hasta memnuniyeti çeşitli faktörlerden etkilenen karmaşık bir kavram olup, bakımın sonuçlarının algılanması ve hastanın beklentilerinin karşılanması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bizim çalışmamızda hastaların hastanede kalış süreleri , eğitim düzeyleri, hastalık ve tedavi konusunda aldıkları hemşirelik bakımı ve bilgilendirilme düzeylerinin memnuniyetlerini etkilediği ancak hastaların hastanemizde aldıkları bakımdan genel olarak memnun oldukları görülmüştür.



## 5.SONUÇ VE ÖNERİLER

Afyonkarahisar ili AKÜ AHMET NECDET SEZER ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ nöroşirurji kliniğinde yatan transpediküler vida uygulaması yapılan hastalardan 30 kişi araştırmamıza dahil olmuştur. Hastalarımızın yoğun bakım ünitesinden sonra bilinçleri açık olduğu süreçte iyileşme durumları ve verilen hemşirelik bakımının iyileşmeye katkısı olup olmadığı araştırılmıştır.

Araştırmamızda 30 katılımcıdan %30'u (n=9) hemşirelerin kendine ayırdığı zaman miktarından memnun değil, %16,7'si (n=5) memnun, % 53,3'ü (n=16) çok memnun olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin işlerindeki becerikliliklerinden memnun olup olmadıklarını sorduğumuz katılımcıların %36,7'si (n=11) olmadığını, % 20'si (n=6) memnun olduğunu, % 43,3'ü (n=13) çok memnun olduğunu belirtmiştir.

Yine katılımcılarımıza her an sizinle ilgilenecek bir hemşirenin yakınınızda bulunmasından memnun musunuz diye sorduğumuzda , % 20'si (n=6) memnun olmadığını, % 23,3'ü (n=7) memnun olduğunu, %56,7'si (n=17) çok memnun olduklarını belirtmişlerdir. Katılımcılara hemşirelerin sizin bakımınızla ilgili sahip oldukları bilgi düzeyinden memnun musunuz diye sorduğumuzda, % 13,3'ü (n=4) memnun olmadığını, %10'u (n=3) memnun olduğunu, %76,7'si (n=23) çok memnun olduğunu belirtmiştir.

Çağırduğumuzda hemşirelerin hemen gelmelerinden memnun musunuz diye sorduğumuzda ise, % 43,3'ü (n=13) memnun olmadığını, % 30'u (n=9) memnun olduğunu, % 26,7'si (n=8) çok memnun olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin sizi kendi evinizdeymişsiniz gibi hissettirmelerinden memnun musunuz diye sorduğumuzda, % 30'u (n=9) memnun olmadığını, %26,7'si (n=8) memnun olduğunu, % 43,3'ü (n=13) çok memnun olduklarını belirtmişlerdir.

Hemşirelerin size durumunuz ve tedaviniz ile ilgili yeterli bilgi vermelerinden memnun musunuz diye sorduğumuzda ise %33,3'ü (n=10) memnun olmadığını, %10'u (n=3) memnun olduğunu, %56,7'si (n=17) çok memnun olduklarını belirtmiştir.

Hemşirelerin iyi olup olmadığını yeterli sıklıkla kontrol etme durumundan memnun musunuz diye sorduğumuzda ise katılımcılarımızın %30'u (n=9) memnun olmadığını, % 16,7'si (n=5) memnun olduğunu, %53,3'ü (n=16) çok memnun olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin size yardımcı olmalarından memnun musunuz denildiğinde ise %13,3'ü (n=4) memnun olmadığını, % 23,3'ü (n=7) memnun olduğunu, % 63,3'ü (n=19) çok memnun olduğunu belirtmiştir.

Katılımcılara hemşirelerin size açıklama yapma biçiminden memnun musunuz dediğimizde % 10'u (n=3) memnun olmadığını, % 33,3'ü (n=10) memnun olduğunu, % 56,7'si (n=17) çok memnun olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin akraba ya da arkadaşlarınızı rahatlatma biçiminden memnun musunuz dediğimizde %23,3'ü (n=7) memnun olmadığını, %23,3'ü (n=7) memnun olduğunu, % 53,3'ü (n=16) çok memnun olduğunu belirtmiştir.

Hemşirelerin işlerini yapma konusundaki tutumlarından memnun musunuz dediğimizde ise % 23,3'ü (n=7) memnun olmadığını, % 23,3'ü (n=7) memnun olduğunu, % 53,3'ü (n=16) çok memnun olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin durumunuz ve tedavinizle ilgili olarak size verdikleri bilginin yeterliliğinden memnun musunuz dediğimizde % 23,3'ü (n=7) memnun olmadığını, %23,3'ü (n=7) memnun olduğunu, % 53,3'ü (n=16) çok memnun olduğunu belirtmiştir.

Hemşirelerin size önemli bir insan gibi davranmalarından memnun musunuz dediğimizde ise katılımcılarımızın % 13,3'ü (n=4) memnun olmadığını, % 33,3'ü (n=10) memnun olduğunu, % 53,3'ü (n=16) çok memnun olduğunu belirtmiştir. Dinleme biçiminden memnuniyetlerini sorduğumuzda ise katılımcılarımızın % 30'u (n=9) memnun olmadığını, % 26,7'si (n=8) memnun olduğunu, % 43,3'ü (n=13) çok memnun olduğunu belirtmiştir. Serviste size tanınan serbestliğin miktarından memnun musunuz dediğimizde ise

katılımcılarımızın %26,7'si (n=8) memnun olmadığını, % 20'si (n=6) memnun olduğunu, % 53,3'ü (n=16) çok memnun olduğunu belirtmiştir.

Hemşirelerin sizin bakımınız ve tedaviniz ile ilgili isteklerinize gönüllü yanıt vermelerinden memnun musunuz denildiğinde katılımcılarımızın % 40'ı (n=12) memnun olmadığını, % 30'u (n=9) memnun olduğunu, %30'u (n=9) çok memnun olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin mahremiyetinize gösterdikleri saygıdan memnun musunuz diye sorduğumuzda katılımcılarımızın % 30'u (n=9) memnun olmadığını, % 10'u (n=3) memnun olduğunu, %70'i (n=21) çok memnun olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin sizin bakımınız ve tedaviniz ile ilgili gereksinimlerinizin farkında olmalarından memnun musunuz diye sorduğumuzda katılımcılarımızın % 20'si (n=6) memnun olmadığını, % 10'u (n=3) memnun olduğunu, % 70'i (n=21) çok memnun olduğunu belirtmiştir.

Sonuç olarak yukarıda görüldüğü gibi hasta memnuniyeti, hizmetin sunumunu, hasta ile hizmeti verenlerin etkileşimini, hizmetin varlığını, hizmetin sürekliliğini, hizmeti verenlerin yeterliliği ve iletişim özelliklerini içeren çok boyutlu bir kavramdır. Bundan dolayı, hasta memnuniyeti sağlık hizmetlerinin bir sonucu ve genellikle bakım kalitesinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Çalışmamıza dahil edilen hastaların genel olarak aldıkları hemşirelik bakımından memnun oldukları tespit edilmiştir.

Aynı zamanda hemşirelik bakımının değerlendirilmesi kalitenin belirlenmesinde bir geri bildirim (feed-back) sağlamaktadır. Bu nedenle hasta memnuniyetinin ölçülmesi yararlı ve gereklidir.

## 6. KAYNAKLAR

1. Asherma, Stripgen Weisola Spinal System, Principles : Spinal. Instrumentation Williams&Wilkins, 1992, Baltimore
2. Bozbuğa M., Nöroşirurji El Kitabı , Nobel Tıp Kitabevi 1994, İstanbul
3. O.Erkin, Temel Nöroşirurji, Güneş Kitabevi 1995, Ankara
4. Gregory D.,Fcsp Dip Common Vertebral Problems, Churchill Livingstone E.L.M. 1981, Newyork
5. Robert G. Grossman , Principles Of Neurosurgery, 1991, Newyork
6. Saraçoğlu Ö. F., Özet Temel Ve Klinik Bilimler Güneş Kitabevi 1996, Ankara
7. Seymour I.S., Hand Book Of Sougery, Üniversty Of Rochester Med.Center , Newyork, 1999
8. Steffee A. The Variable Screw Placement System With Posterior Lumbar Interbody Fusion, 1989, Gaithersburg
9. Schrock R., Hand Book Of Surgery, Üniversty Of California Printed In Usa, 1982
10. Zileli M., Spinal Cerrahi Uygulamalı Kursu, Ege Üniv. Kurs Notları, 2001, İzmir
11. Nahcivan N., Sağlıklı Gençlerde "Öz-Bakım Gücü" Ve Aile Ortamının Etkisi (Doktora Tezi), İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1993,İstanbul
12. Babadağ K., Hemşirelik Araştırmalarında Etik. Hemşirelik Bült, 9(38): 1-11 - 1995
13. Esatoğlu E., Ersoy K.,Hasta Tatmininin Ölçülmesi, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Ve Performans Ölçümü, Haberal Eğitim Vakfı, S. 61- 71, 1996, Ankara
14. Soydemir N.Ö., Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyoloji Ana Bilim Dalı, 2003 , Diyarbakır
15. Dalgıç A., Küçükayıkçı B., Baran İ., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, 1998, Ankara

16. Birol L., Bedük N., İç Hastalıkları Hemşireliği, Vehbi Koç Vakfı Yayın No:6  
1997, Ankara
17. Daroğlu T., Bozfakiroğlu Y., Değerli Ü., Cerrahide Modern Teknikler ; Nobel  
Tıp Kitabevi
18. Surgical Anatomy Of The Hearth ; Wilcox B.R. Anderson R.H. Newyork  
Raven 1995
19. Champe P. C. Harvey. R.A. (1997), Çeviri Editörü: Tokullugil. A. Dirican.  
M., Ulukaya. E. Biyokimya, Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti., İstanbul
20. Nilay Ö., Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyoloji Ana Bilim Dalı ; 2003 Dicle  
Üniv.Yayımları, Diyarbakır
21. Koçer N., Vertebral Arter Yaralanmalarında Radyolojik Yaklaşım. İ.Ü.  
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Radiodiagnostik Anabilim Dalı
22. Magament Of Vertebral Artery Injuries After Nonpenetrating cervical trauma  
.Neurosurgery, Vol.50,No.3, March 2002 Supp.
23. Osteoporotik Vertebra Fraktürlerinde Risk Faktörleri Risk Factors in  
Osteoporotic Vertebral Fractures Osteoporoz -1 Nisan 1992
24. Erefe İ., Bahar Z., Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç Ve Yöntemleri, Baskı  
Ofset, Ankara (2002).
25. Günaydın R., Ölmez N., Kaya T., Dirim V.B., Memiş A., Naderi S.,  
Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İstanbul Yeditepe Üniversitesi Yayınları
26. Hasday C.A, Passoff TI And Perry J: Gait Abnormalities Arising From  
Atrogenic Loss Of Lumbar Lordosis Secondary To Harrington  
Instrumentation In Lumbar Fractures Spine 1983, 8 (5): 501. 11
27. Voutsinas S.A., Macewen D.G.,: Sagittal Profiles Of The Spine Clin Orthop  
Rel Res 1986, 210: 235 .42
28. Erkin A., Omurga Hastalıkları Ve Deformiteleri; Dokuz Eylül Üniversitesi  
Yayımları, İzmir, 1991, 29-33.
29. Itoi E. Roentgenographic Analysis Of Posture In Spinal Osteoporotics. Spine  
1991, 16 (7): 750. 6
30. Ohlen G, Wredmark T . And E Spangfort, Spinal Sagittal Configuration And  
Mobility Related To Low-Back Pain In The Female Gymnast. Spine 1989, 14  
(8): 847. 50

31. Kaya S.,(1988) Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, Cilt:2, Dördüncü Baskı, Feryal Matbaacılık, S. 1905.
32. Okumuş H., Akçay H., Karayurt Ö., Demircan G., (1993) Bir Kalite Güvenlik Programı Ölçütü: Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi, Uluslararası Kalite, Maliyet Ve Hemşirelik Sempozyumu Kitabı, İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, S. 177 183.
33. Yılmaz M.,(2000), Ameliyat Öncesi Öğretimin Ameliyat Sonrası Komplikasyonlara Ve Hasta Memnuniyetine Etkisi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi.
34. Yavuz M.(2003)Günübirlik Cerrahide Hemşirelik Bakımı, Ulusal Cerrahi Kongresi Kitabı, Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova İzmir, Ss:71-86.
35. Erdemir F (1998) Hemşirenin Rol Ve İşlevleri Hemşirelik Eğitiminin Felsefesi: C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2 (1) : 59 -63
36. Birol L.(2000) Hemşirelik Süreci: Hemşirelik Bakımında Sistemantik Yaklaşım, İzmir. Etki Matbaacılık.
37. Bazı Beyin Cerrahi Hastalıkları Türk Nöroşirürji Dergisi, 2007, Cilt: 17, Ek Sayı
38. Ameliyat Sonrası Tedbirleri - Ameliyat Öncesi Ve Ameliyat Sonrası Bakımı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Düzce Tıp Fakültesi Dergisi 2004; 3: 16-19
39. Aykanat S., Preoperatif ve Postoperatif Hemşirelik Bakımı Eğitim Koordinatörlüğü Hacettepe Üniversitesi
40. Bulut H. Acil Servislerde Hasta Ve Yakınlarını Bilgilendirmenin Memnuniyet Üzerine Etkisi
41. Aytarı G., Yeşildal N., Yatan Hasta Memnuniyeti Düzce Tıp Fakültesi Dergisi 2004; 3: 10-14
42. Maral I., Yıldırım A., Bumin Ma: Gazi Hastanesi Yataklı Servislerinden Hizmet Alanların Doktor, Hemşire Ve Hasta Bakıcılardan Memnuniyetleri. Gazi Kalite Günleri Bildiri Özet Kitabı 72, 1999
43. Abbasoğlu A. Göçer S. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2005 (1) Hastaların Ve Hemşirelerin, Hemşirelik Girişimlerinin Önemini Algılamaları
44. Karaöz S. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2000, 4 Cerrahi Hemşireliği Ve Etik

45. Sevil Ü.,Geliştirilen Standartlar Doğrultusunda Verilen Hemşirelik Bakımının Bakım Kalitesine Ve Hasta Memnuniyetine Olan Etkisinin İncelenmesi
46. Özbilen M. [www.Doktorum.Net](http://www.Doktorum.Net) Sağlıklı Yaşam Bel Fıtığı Ve Ameliyatı
47. Nöroşirurjide Hemşirelik Yaklaşımları [www.odevsitesi.com](http://www.odevsitesi.com)
48. Ertem.G., Ödemiş Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi, Gül .Ertem @Ege. Edu. Tr Hemşirelik Yüksekokul Öğretim Üyesi
49. Kocaman G., Karayurt S.,Özmen Ö,Yılmazmış Ö. F. (1993) Hemşirelik Bakım Sonucunu Değerlendiren Bir Çalışma Örneği: Postoperatif Komplikasyonlar. Uluslararası Kalite, Maliyet Ve Hemşirelik Sempozyum Bildirileri Kitabı, Ege Üniv. Basım Evi. İzmir, S: 227-231.
50. Akyol A. (1993). Hemodiyalize Giren Hastaların Verilen Bakımdan Memnun Olmalarının Değerlendirilmesi.
51. Uluslararası Kalite, Maliyet Ve Hemşirelik Sempozyum Bildirileri Kitabı, Ege Üniv. Basım Evi. İzmir, S:80- 9

**EK-1**

**PEDİKÜLER FİKSASYON UYGULANMIŞ HASTAYA POST-OP  
DÖNEMDE VERİLEN HEMŞİRELİK BAKIMININ İYİLEŞMEYE  
ETKİSİNİN BELİRLENMESİ ANKET FORMU**

**1. yaşınız?**

**a.0-30 b. 30-60 c. 60 ve üstü**

**2. cinsiyetiniz?**

**a) erkek  
b) kadın**

**3. medeni durumunuz?**

**a) evli  
b) bekar**

**4. eğitim durumunuz?**

**a) ilköğretim  
b) lise  
c) yüksek okul ve diğerleri**

**5. mesleğiniz?**

**a) işsiz  
b) memur  
c) serbest meslek  
d) diğer**

**6. çocuk sayısı?**

**a. 0 b. 1 c. 2 d. 3 ve üzeri**

**7. sağlık güvenceniz var mı?**

**a) emekli sandığı  
b) bağ kur  
c) ssk  
d) diğer**

**8. nerede yaşıyorsunuz?**



- a) il merkezi
- b) ilçe
- c) diğeri

9. sizce hemşirenin eğitim düzeyi nedir?

- a. ortaokul    b. Lise    c. Yüksekokul    ve diğeri

10. daha önce hastaneye yattınız mı?

- a) evet
- b) hayır

11. yattıysanız kaçınıcı yatışınız?

- a. 1    b. 2    c. 3 ve üzeri

12. hangi nedenle yattınız?

- a. teşhis    b. Tedavi    c. diğeri

13. hastaneye yatmakla ilgili hissettikleriniz neler?

- a) endişeli
- b) heyecanlı
- c) üzgün
- d) diğeri

14. hastane ortamına uyum sağlayabildinizmi?

- a) evet
- b) hayır
- c) kısmen

15. uyum sağlama sürecinizde hemşirenin etkisi oldu mu ?

- a) evet
- b) hayır
- c) kısmen

16. hastanede en çok iletişim kurmak istediğiniz kimdir?

- a)hekim
- b)hemşire
- c)hasta bakıcı
- d) diğeri

**17.hastanede yatarken ameliyat sonrası dönemde kiminle sohbet etmek istersiniz?**

- a) hekim
- b) hemşire
- c) hasta bakıcı
- d) diğer

**18. hastanede yatarken ameliyat sonrası dönemde sıkıntı duyduğunuzda yanınızda kimin bulunmasını isterdiniz?**

- a) hekim
- b) hemşire
- c) hasta bakıcı

**19. ameliyat sonrası dönemde verilen hemşirelik bakımı ile ilgili sorunlarınız var mı?**

- a) evet
- b) hayır
- c) kısmen

**20. varsa neler?**

- a)ameliyat sonrası kontrol eksikliği
- b)ilgisizlik
- c)iletişim kuramama
- d)diğer

**21.hastanede sizi rahatsız eden sorunlar nelerdir?**

- a) personelin ilgisizliği
- b) yemekler
- c) temizlik yetersizliği

**22.ameliyat sonrası dönemde bilgi almak istediğiniz konular nelerdir?**

- a)ağrı olup olmayacağı
- b)bakım süreniz
- c)diğer

**23.ameliyatla ilgili endişeleriniz var mı?**

- a) evet
- b) hayır
- c) kısmen

**24.varsa nelerdir?**

- a) bir organı kaybetme
- b) ölüm
- c) diğer

**25. duyduğunuz endişeyi kimin gidermesini istersiniz?**

- a) hekim
- b) hemşire
- c) hasta bakıcı

**26. ameliyat sonrası endişe ve sorunlarınızı paylaşmak istediğiniz sağlık personeli kimdir?**

- a) hekim
- b) hemşire
- c) hasta bakıcı

**27. ameliyattan sonra hemşirenin verdiği bakımın iyileşmenize etkisi olduğunu düşünüyor musunuz?**

- a) evet
- b) hayır

**28. verilen bakım ve tedavilerle ilgili bilgi veriliyor mu?**

- a) evet
- b) hayır

**29. bu bilginin kim tarafından verilmesini istersiniz?**

- a) hekim
- b) hemşire

**30. yaşamsal fonksiyonlarınızın kim tarafından ölçülüp kaydedilmesini isterdiniz?**

- a) hekim
- b) hemşire

**31. hemşirenizin size verdiği bakımla ilgili açıklama yapmasını ister misiniz ?**

- a) evet
- b) hayır

**32. verilen hemşirelik bakımının iyileşmenize katkı düzeyini değerlendirir misiniz?**

- a)iyi
- b)orta
- c)kötü

**33. bakıma eklenmesini istediğiniz özel bir davranış varmı?.**

- a)evet
- b) Hayır

**34. ameliyat sonrası hemşirelik bakımı ile ilgili bilgi verilmelimi?**

- a) evet
- b) hayır

**35. hemşirenizin ameliyat sonrası dönemde hangi konuda size yardımcı olmasını istersiniz?**

- a)temizlik
- b)post-op bakım

**36. hemşirenizden yardım alma ihtiyacınız olduğunda rahatça isteyebiliyor musunuz ?**

- a) evet
- b) hayır
- c) kısmen

**37. ameliyat sonrası dönemde hemşirenizin yakınlarınıza açıklama yapmasını ister misiniz?**

- a) evet
- b) hayır

## **EK-2**

### **Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği**

Yönerge: Bu bölümde, hastanede kaldığınız süre içinde aldığınız hemşirelik bakımına ilişkin görüşlerinizi soracağız. Her soru için lütfen tek bir rakamı daire içine alarak, her cümle ile ilgili memnuniyet derecenizi belirtiniz.

Hastanede/serviste yattığınız zamanı dikkate alarak aşağıdaki konularda neler düşündüğünüzü belirtiniz.

Hiç memnun değildim(1) Nadiren memnundum(2) Memnundum(3) Çok memnundum(4) Tamamen Memnundum(5)

- 1.Hemşirelerin size ayırdığı zamanın miktarından 1 2 3 4 5**
- 2.Hemşirelerin işlerindeki becerikliliğinden 1 2 3 4 5**
- 3.Her an sizinle ilgilecek bir hemşirenin yakınınızda bulunmasından 1 2 3 4 5**
- 4.Hemşirelerin sizin bakımınızla ilgili sahip oldukları bilgi düzeyinden 1 2 3 4 5**
- 5.Çağırduğumuzda hemşirelerin hemen gelmelerinden 1 2 3 4 5**
- 6.Hemşirelerin sizi kendi evinizdeymişsiniz gibi hissettirmelerinden 1 2 3 4 5**
- 7.Hemşirelerin size durumunuz ve tedaviniz ile ilgili yeterli bilgi vermelerinden 1 2 3 4 5**
- 8.Hemşirelerin iyi olup olmadığınızı yeterli sıklıkla kontrol etme durumundan 1 2 3 4 5**
- 9.Hemşirelerin size yardımcı olmalarından 1 2 3 4 5**
- 10.Hemşirelerin size açıklama yapma biçiminden 1 2 3 4 5**
- 11.Hemşirelerin akraba ya da arkadaşlarınızı rahatlatma biçiminden 1 2 3 4 5**
- 12.Hemşirelerin işlerini yapma konusundaki tutumlarından 1 2 3 4 5**

**13.Hemşirelerin durumunuz ve tedavinizle ilgili olarak size verdikleri bilginin yeterliliğinden 1 2 3 4 5**

**14.Hemşirelerin size önemli bir insan gibi davranmalarından 1 2 3 4 5**

**15.Hemşirelerin endişe ve korkularınızı dinleme biçiminden 1 2 3 4 5**

**16.Serviste size tanınan serbestliğin miktarından 1 2 3 4 5**

**17.Hemşirelerin sizin bakımınız ve tedaviniz ile ilgili isteklerinize gönüllü yanıt vermelerinden 1 2 3 4 5**

**18.Hemşirelerin mahremiyetinize gösterdikleri saygıdan 1 2 3 4 5**

**19.Hemşirelerin sizin bakımınız ve tedaviniz ile ilgili gereksinimlerinizin farkında olmalarından 1 2 3 4 5**