



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SKOLYOZ AMELİYATI OLAN HASTALARIN YAŞAM
KALİTESİ**

DİLARA BAKIN

HEMŞİRELİK

DANIŞMAN

YARD.DOÇ.DR.LEMAN ŞENTURAN

İSTANBUL -2011

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Dilara BAKIN tarafından hazırlanan “*Skolyoz Ameliyatı Olan Hastaların Yaşam Kalitesi*” konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi :20.07.2011

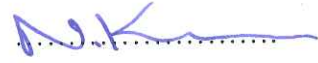
(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

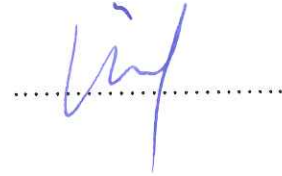
Jüri Üyesi :Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
:Haliç Üniversitesi/ SBYO.
(Danışmanı)



Jüri Üyesi : Prof.Dr.Nevin KANAN
: İstanbul Üniversitesi/ Hemşirelik Fak.



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Ükke KARABACAK
: Acıbadem Üniversitesi/ Sağ. Bil. Fak.



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

I. TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve tecrübesini her an yanında hissettiğim, güler yüzü ve desteği hiç eksilmeyen danışmanım Haliç Üniversitesi Öğretim Üyesi Sayın Yard. Doç. Dr. Leman ŞENTURAN'a,

İstanbul Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı doktorlarından Prof. Dr. Ünsal Domaniç'e, Op. Dr. Fatih Dikici'ye, Op. Dr. Turgut Akgül'e,

Her zaman yardımını aldığım, bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen İstanbul Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı ameliyathane hemşiresi Yasemin Sonuk Uçkan'a,

Medipol Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji doktorlarından Prof. Dr. Mehmet Tezer'e ve ekibinde olan Op.Dr.Mehmet Nuri Erdem ve Op.Dr. Cem Sever'e,

Eğitimim süresince desteklerini esirgemeyen İstanbul Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı başhemşireleri ve ameliyathane hemşirelerine,

Her zaman olduğu gibi tez çalışmalarım sırasında maddi ve manevi desteğini esirgemeyen hep yanımda olan sevgili aileme,

SONSUZ TEŞEKKÜRLERİMİ SUNARIM

Dilara BAKIN

II.İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
KISALTMALAR	v
ŞEKİL VE TABLOLARIN LİSTESİ.....	vi
RESİMLERİN LİSTESİ	vii
1. ÖZET.....	1
2. SUMMARY.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER.....	5
4.1. Vertebra Anatomisi	5
4.2. Vertebraların Bölgesel Özellikleri	7
4.3. Vertebral Kolonun Görevleri	11
4.4. Vertebra Deformiteleri.....	11
4.5. Skolyoz	12
4.5.1.Tanım ve Tarihçe	13
4.5.2. Skolyozun Sınıflaması.	13
4.5.3. Skolyoz Nedenleri	17
4.6. Skolyoz Tedavisi	22
4.7. Skolyoz Ameliyatı ve Hemşirelik Yaklaşımı	24
4.7.1. Skolyoz Ameliyatı Öncesi Genel Hazırlık.....	25
4.7.4. Postoperatif Bakım.....	28
4.8. Taburculuk Eğitimi.....	29
4.9. Yaşam Kalitesi.....	30
4.9.1. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçüm Çeşitleri.....	33
5.GEREÇ VE YÖNTEM.....	35
5.1.Araştırmanın Türü.....	35
5.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	35
5.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	35
5.4.Veri Toplama Araçları.....	35
5.5.Veri Toplama.....	37
5.6.Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	37

5.7.Verilerin Değerlendirilmesi.....	37
5.8.Araştırmanın Etik Yönü.....	37
5.9 Araştırmanın Sınırlılıkları.....	37
6.BULGULAR.....	38
7. TARTIşMA.....	55
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	63
9. KAYNAKLAR.....	64
10. EKLER.....	72
11.ÖZGEÇMİş.....	81

III. KISALTMALAR

SRS: Scoliosis Research Society (SkolyozAraştırma Derneği)

AIS: Adelasan İdiopatik Skolyoz

IV. ŞEKİL VE TABLOLARIN LİSTESİ

i. Őekillerin Listesi

Şekil 4.1. Skolyozun Etyolojiiye göre Sınıflandırılması.....	15
Şekil 4.2. Skolyozun Nedenleri.....	17

ii. Tabloların Listesi

Tablo.5.1. Türkçe Uyarlama ve Mevcut alıŐmanın Cronbach α Değerleri.....	36
Tablo.6.1. Hastaların Sosyo Demografik zellikleri.....	39
Tablo.6.2. Hastaların Skolyoza Yönelik zelliklerine İlişkin Bulgular	40
Tablo.6.3. Hastaların SRS-22 lek Puanları	41
Tablo.6.4. Hastaların Yaşları ile SRS-22 lek Puanları İlişkisi.....	41
Tablo.6.5. Cinsiyete Göre SRS-22 lek Puanları.....	43
Tablo.6.6. Eğitim Durumlarına Göre SRS-22 lek Puanları.....	44
Tablo.6.7. Kardeş Sayılarına Göre SRS-22 lek Puanları.....	45
Tablo.6.8. Aile Tipine Göre SRS-22 lek Puanları.....	46
Tablo.6.9. Akriba Evliliğine Göre SRS-22 lek Puanları	47
Tablo.6.10. Yaşanılan Yere Göre SRS-22 lek Puanları.....	48
Tablo.6.11. Sağlık Sigortası Durumuna Göre SRS-22 lek Puanları	49
Tablo.6.12. Hareket Durumuna Göre SRS-22 lek Puanları	50
Tablo.6.13. Akrabalarında Aynı Hastalık Olma Durumuna Göre SRS-22 lek Puanları.....	51
Tablo.6.14. Daha nce Skolyoz Tedavisi Görme Durumuna Göre SRS-22 lek Puanları.....	52
Tablo.6.15. Kronik Hastalık Varlığına Göre SRS-22 lek Puanları.....	53
Tablo.6.16. Spor Yapmalarına Göre SRS-22 lek Puanları.....	54
Tablo.6.17. SRS-22 lek Puanları İle Alt Boyut Puanları İlişkisi	42

V. RESİMLERİN LİSTESİ

Resim 2.1. Vertebranın önden, arkadan ve yandan görünüşü.....	5
Resim 2.2. Omur Yapısı	6
Resim 2.3. Vertebra Cismi.....	6
Resim 2.4. Boyun Omurları.....	8
Resim 2.5 Torakal vertebra.....	8
Resim 2.6. Torakal vertebraların kostalarla eklem yapması.....	9
Resim 2.7. Lomber vertebranın üstten ve yandan görünümü.....	9
Resim 2.8. Sakrum ve Koksiks	10
Resim 2.9. Skolyoz, Lordoz, Kifoz.....	12
Resim 2.10. Normal vertebra ve skolyoz	12
Resim 2.11. Skolyozda görülen bazı fizik muayene bulguları.....	20
Resim 2.12. Adams'ın öne eğilme testi.....	21

1.ÖZET

Araştırma; skolyoz ameliyatı olan hastaların, yaşam kalitelerini incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Evreni Eylül 2009 – Ekim 2010 tarihleri arasında İstanbul’da özel hastanede skolyoz ameliyatı olan 121 hasta olan çalışmanın örnekleme, skolyoz ameliyatı yapılan, tüm bilgileri dosyasına eksiksiz olarak kaydedilmiş, 8 yaş üzeri ve sorulara cevap verebilen 99 hasta oluşturdu. Veriler bilgi formu ve Skolyoz Araştırmaları Derneği-22 (SRS-22) ölçeği olmak üzere iki araç ile toplandı. Araştırmanın bağımsız değişkenlerini olguların demografik ve hastalık özellikleri ; bağımlı değişkenini ise yaşam kalitesi puanları oluşturdu. Bilgi formu ve ölçek skolyoz ameliyatından en az 3ay sonra uygulandı. Veriler bilgisayar ortamında yüzdelerle dağılımlar, t testi, ve Anova analizi ile değerlendirildi. Anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde kabul edildi.

Hastalar 8-28 arasında yaş aralığındaydı ve %78,8’i kadındı. Hastaların %9’nun ailelerinde skolyoz bulunuyordu; %2’sinin ailesinde akraba evliliği vardı. Hastaların yaşam kalitesi toplam puan ortalaması $88,47 \pm 10,58$; ağrı alt boyutu puan ortalaması $21,84 \pm 2,81$; görünüm alt boyutu puan ortalaması $17,66 \pm 4,69$; omurga fonksiyonu alt boyutu puan ortalaması $20,25 \pm 3,64$; ruh sağlığı alt boyutu puan ortalaması $19,46 \pm 2,91$; ve tedaviden memnuniyet alt boyutu puan ortalaması $9,26 \pm 1,01$ bulundu. Kadın hastaların omurga fonksiyonu alt boyutu puan ortalamasının, erkek hastaların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$). Hastaların sahip oldukları sağlık sigortası tipine göre yaşam kaliteleri arasında anlamlı farklılıklar olduğu görüldü($p<0,05$). Skolyoz ameliyatı geçiren hastalarda cinsiyetin, daha önce skolyoz tedavisi görülmesinin, sahip olunan sağlık sigortasının ve hareket düzeyinin yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu; skolyoz ameliyatının yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilediği sonucuna varıldı.

Anahtar Kelime: skolyoz, cerrahi girişim, yaşam kalitesi,

2. SUMMARY

The Quality of Life of Patients With Scoliosis Surgery

This descriptive study is for investigation the quality of life of patients with scoliosis surgery. Research was conducted in a hospital in Istanbul, which belonged to a private foundation. 99 patients whose age was older than 8 years, could answer the questions, no deficiency information in patient's file was chosen as a sample group from the universe of the study which all number of patients were 121 with scoliosis surgery. The data of the patients was collected with information forms and Scoliosis Research Society-22 (SRS-22) questionnaire. The independent variables of the study were demographic and disease features of the cases and the dependent variables of this study was rated the quality of life. Information forms and Scoliosis Research Society-22 (SRS-22) questionnaire were admitted at least 3 months after the surgery. The data of these forms was processed on computers with percentage distributions, t test, analysis of Anova. Significance was assumed at $p < 0,05$ level.

In the study, cases were between the age of 8-28 and %78,8 was female. %9 of the cases had at least one person with scoliosis of their family; %2 of the cases had intermarriage. The average of rated quality of life was found $88,47 \pm 10,58$; and average values of the corresponding domain of pain was $21,84 \pm 2,81$; self-image was $17,66 \pm 4,69$; function/activity $20,25 \pm 3,64$; mental health was $19,46 \pm 2,91$; satisfaction from treatment was $9,26 \pm 1,01$. The function/activity score of the female cases was observed to be significantly higher than males ($p < 0,05$). According to patients' health insurance there is significantly differences of the quality of life scores ($p < 0,05$). Sexuality, to be treated conservatively for scoliosis before the surgery, be possessed of a health insurance, activity level of the patients were effective on the quality of patients life who had a surgery for scoliosis. The surgery for scoliosis was effected quality of their lives positively.

Key words: scoliosis, surgery, quality of life.

3.GİRİŞ VE AMAÇ

Skolyoz, omurganın frontal düzlemde laterale doğru eğriliğidir. Yunanca “creeped” (eğrilik) sözcüğünden kaynaklanır. Normal bir omurganın yandan görünüşünde fizyolojik eğrilikler (servikal lordoz, torakal kifoz ve lomber lordoz) vardır, fakat ön ve arka görünüşünde deviasyon yoktur (Öner, 1997). Skolyozun Dorland Tıp Sözlüğü’ndeki tanımı : “Normalde düz vertikal olan omurganın ölçülebilir, kayda değer lateral eğriliği” şeklindedir. (Dorland, WAN , 1988)

Skolyoz olgularının %80 kadarının nedeni bilinmemekte (idiopatik) olup, normal sağlıklı bir çocukta zamanla farkedilmeden ortaya çıkarak, iskelet gelişimiyle birlikte ilerlemektedir. (Akgül , 2011) Skolyoz vücutta deformasyon oluşmasının yanında ilerleyen vakalarda, kardiyopulmoner komplikasyonlara yol açabilen bir patolojidir. İleri dönemlerde sık tekrarlayan akciğer enfeksiyonları, hipoksi, pulmoner rezistansta artma ve pulmoner hipertansiyon sonucu sağ kalp yetmezliği gibi ağır klinik bozukluklara da yol açabilmektedir. (Öner, 1997 ; Erdem,2008) Tüm bu fiziksel ve kozmetik deformitelerin yanı sıra emosyonel bozukluklar oluşturmasında kaçınılmaz olacaktır. Skolyozun hastalar üzerinde yarattığı tüm fiziksel ve sosyopsikolojik etkiler, yaşam kaliteleri üzerinde de etkilidir (Salih ,2007 ; Gürsoy, 2003). Skolyoz cerrahisi çokça incelenmiş olsa da hastaların yaşam kaliteleri üzerinde çok fazla durulmamıştır. Ancak son yıllarda ortopedik değerlendirmeler içerisinde hastanın durumu kendince nasıl değerlendirdiği bilgisi ve yaşam kaliteleri de önem kazanmaya başlamıştır.

Yaşam kalitesinin kesin bir tanımı olmamakla birlikte, bireyin kendi yaşamına bakış açısı olarak değerlendirilmekte; yaşam doyumu, yaşam memnuniyeti, mutluluk, yaşam kalitesi ile eş anlamlı olarak anılmaktadır (Salih,2007). Oldukça geniş kapsamlı olan bu kavram, yaşamda nelerden zevk alındığını, ne olmak ve nasıl yaşamak istendiği görüşünü ifade eder. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi çalışmaları ile hastanın tedavi sonucu ne kazandığı veya ne kaybettiği hakkında fikir edinilebilir (Kaya,2000). Kan testleri ve görüntüleme yöntemleri gibi objektif araçları hastanın bakış açısından tedavinin iyi mi, kötü mü olduğu hakkında bilgi vermemektedir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ölçme, hastanın fonksiyonlarını normal hale getirmenin amaçlandığı uzun dönemli hastalıklarda ve kronik hastalıklarda önem taşımaktadır. Yaşam kalitesi ölçümleri

skolyoz cerrahisi sonrası hastaların bu tedaviden gerçek anlamda sağladıkları yararı ortaya koymada yardımcı olacaktır. Özellikle hastaların beklentilerini ve yaşadıklarını bilmede bakımlarını planlamada yardımcı olabilir (Kaya,1997).

Son 20 yıldır birçok yeni çalışmada hasta gözünden durum değerlendirmesi yapan yeni ve kullanışlı yaşam kalitesi ölçekleri geliştirilerek kullanılmıştır (Salih ,2007 ; Alanay,2005). Haher ve arkadaşlarının geliştirdiği “Scoliosis Research Society (SRS) anketi” idiyopatik skolyoz hastalarını değerlendirmek için basit ve pratik şekilde öne çıkmaktadır (www.srs.org).

Sağlık bakım sisteminde etkin bir bakım hizmeti, hemşirenin yetkisi çerçevesinde sorumluluklarını üstlendiği ölçüde gerçekleşebilir. Hemşire, karşılıklı saygı ve işbirliğine dayalı bütüncü bir yaklaşım içinde hastaların yaşam kalitesini değerlendirme ve yükseltmede anahtar rol oynar. Hemşireler yaşam kalitesi ile ilgili kavramları ve felsefeyi sorgulamalı; hemşirelik uygulamalarının dayandığı fiziksel, sosyal ve psikolojik iyilik halini geliştirmelidir (Çoban,2006).

- Çalışmanın amacı; skolyoz nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan hastalarda yaşam kalitesini incelemektir.

Araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

- Skolyoz ameliyatı olan hastaların yaşam kalitesi nasıldır?
- Skolyoz ameliyatı olan hastaların yaşam kalitelerini etkileyen faktörler nelerdir?
- Skolyoz ameliyatı olan hastaların demografik ve hastalık özelliklerinin yaşam kalitesine etkisi nedir?

4.GENEL BİLGİLER

4.1.Vertebra Anatomisi :

Vertebral Kolon, gövdenin merkezi durumundaki kemik sütunudur. Pelvik kavşak yardımıyla alt ekstremitelere yük aktarımını sağlamaktadır. Üç ana bölümden oluşur.

- Servikal Vertebra
- Torasik Vertebra
- Lomber Vertebra

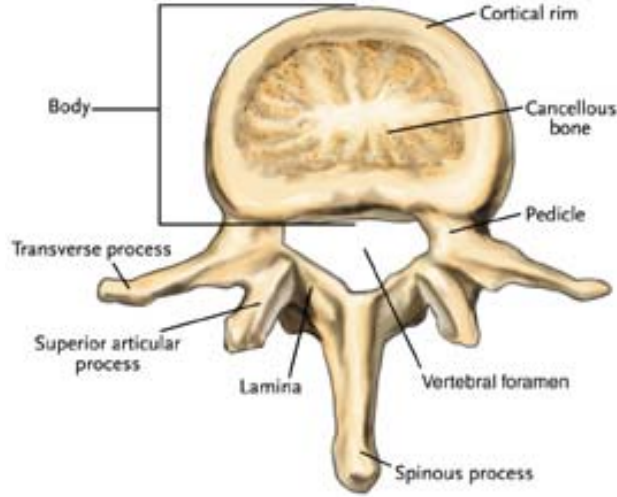
İnsanlarda yukardan aşağıya doğru yedi servikal, oniki torakal, beş lomber, beş sakral ve dört koksigeal olmak üzere 33 vertebra/omur bulunmaktadır. Beş sakral vertebra kaynaşarak sakrumu, dört koksigeal vertebra kaynaşarak koksiksi meydana getirir (Barış,2009).

Omurlar kendi aralarında yarı oynar eklemler oluştururlar. İki omur gövdesi arasına giren disklerin ortası nükleus pulposus denen yumuşak bir bölümden, çevresi ise sıkıca yapışan sert bir dokudan oluşmuştur. Baş, kostalar, sakrum ve koksiks omurları tek bir eklem oluştururlar. (Cilli , 2007; Akgül ,2011)



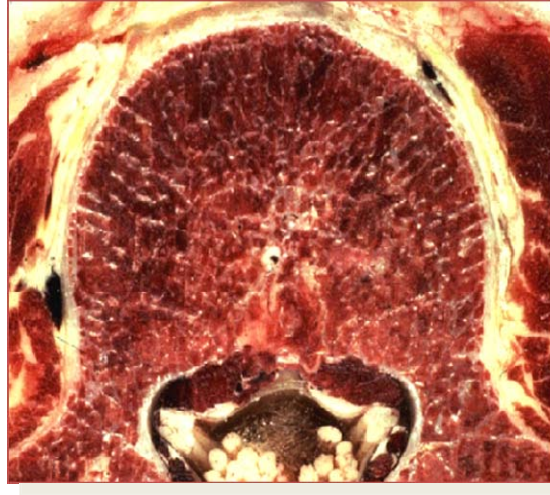
Resim 2.1: Vertebranın önden, arkadan ve yandan görünüşü (Aykaç,2009)

Normal bir insan omurun yapısı, bulunduğu bölgeye göre farklılıklar gösterse de genel olarak önde silindirik görünümlü bir gövde, arkada ise arcus vertebralisler tarafından oluşturulur. Bu arkların oluşturduğu yuvarlak boşluğa foramen vertebrale adı verilir ve içinden medulla spinalis geçer. Arka ark lamina, pedikül, spinöz çıkıntı ve faset eklemden oluşmaktadır (Resim 2.2) (Cilli,2007 ; Çorbacı ,1992).



Resim 2.2. Omur Yapısı (Aykaç, 2009)

- Pedikül: Cismin ve posterior arkın birleştiği bölümdür ve omurun en sağlam kısmıdır.
- Laminalar foramen vertebraların arka duvarını oluşturan bölümdür.
- Spinöz çıkıntılar laminaların birleşme yerinden posteriore doğru uzanan kısım.
- Transvers çıkıntılar servikal bölgede omur gövdesiyle pedikül bileşkesinin hemen önünde, torakal ve lomber bölgede ise pedikül ve pars interartikularis bileşkesine yerleşen kısma verilen isimdir (Akgül,2011; Başar,2001).



Resim 2.3: Vertebra Cismi

Vertebranın anterior parçası olan vertebra cismi, vücut ağırlığını taşıyan oldukça güçlü kemik parçasıdır. Bu kemik stres ve yüklere destek olacak şekilde dizayn edilmiştir. Trabeküler yapı, kortikal yapı ile güçlendirilmiştir (Başar,2001).

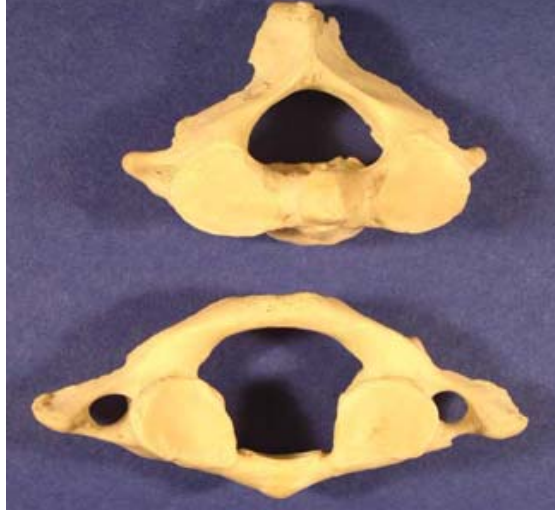
4.2. Vertebraların Bölgesel Özellikleri

Tüm vertebraların ön kısmı silindirik biçimindedir ve korpus vertebrale adını alır. Bunun arkasına foramen vertebrale denilen boşluğu çevreleyen arkus vertebrale tutunmuştur (Öner,1997). Bütün vertebralardaki foramenler birleşince içinde omuriliğin bulunduğu vertebral kanal meydana gelir. Arkusun korpusa tutunduğu yerin altında ve üstünde birer çentik bulunur. Üst üste gelen vertebraların alt ve üst çentikleri foramen intervertebraleyi oluştururlar. Buralardan sinir kökleri çıkarlar. Her vertebrada arkaya ve aşağıya doğru uzanan processus spinosus bulunur. Tüm bu genel özelliklerden başka vertebranın bulunduğu bölgeye göre de başka özellikler bulunur(Cilli,2007 ; İbişoğlu ,2009).

❖ Servikal Vertebra

Servikal omurga kısmı, baş ile toraks arasında yedi vertebradan oluşarak fleksiyon, ekstansiyon ve rotasyon hareketlerine izin veren stabil bir kolondur.1,2 ve 7. Servikal vertebralar yapısal özellik gösterdiği halde, 3.4.5 ve 6. Vertebralar benzer özellik gösterir (Birgili, 2007). Birincisine atlas, ikinci servikal vertebraya da axis adı verilir. Atlas boyun omurlarının en büyüğüdür. Yedinci servikal vertebra, boyun omurlarından göğüs omurlarına doğru bir geçiş omurudur. Spinal

çıkıntısı daha uzun olduğundan vertebra prominens adını alır (İbişoğlu, 2009 ; Tümer, Y. (1992).



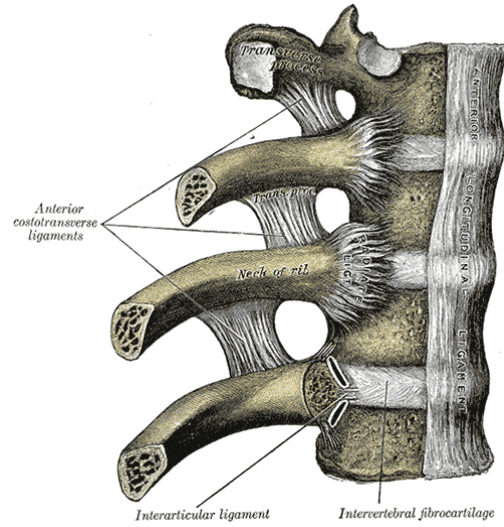
Resim.2.4: Boyun omurları Atlas ve Axis (Birgili,2007)

❖ Torakal Vertebralar

Torakal omurgada 12 adet omur bulunmaktadır. Torakal omurların hepsi kaburgalardan destek almaktadır. En önemli özellikleri, cisim arka-yan köşelerinde üstte ve altta ikişer yarım eklem yüzlerinin bulunmasıdır. Kostalar yedi çifti doğrudan sternuma tutunurken, diğer beş çiftin üçü dolaylı olarak sternuma tutunur. İki çift kostanın ise uçları serbest olup yüzen kosta adını alırlar. Tüm kostalar arkada vertebral kolona tutunurlar(Erdem,2008; Cilli,2007).



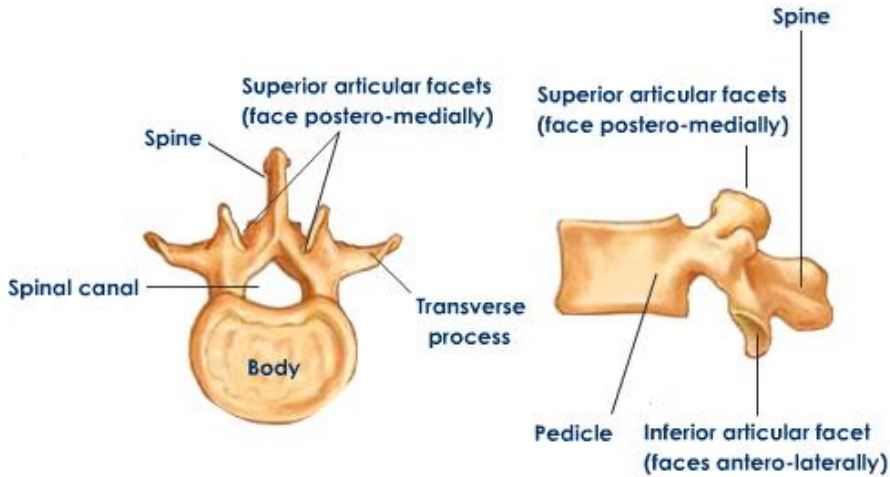
Resim 2.5: Torakal vertebra (Cilli ,2007)



Resim2.6: Torakal vertebraların kostalarla eklem yapması (Cilli, 2007)

❖ Lomber Vertebra

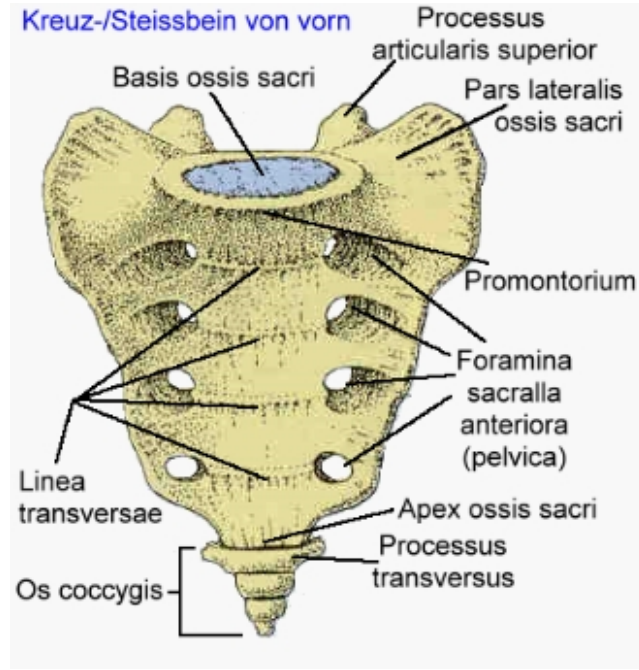
Lomber vertebra 5 adet omurdan oluşur. Üzerlerine binen yük fazla olduğu için cisimleri kalın ve ovaldir. Ayrıca spinal çıkıntıları da kalın ve köşelidir . Santral spinal kanal, servikal bölgeden daha küçüktür. Transvers çıkıntıları, kosta taslakları ile birleşir. Lomber fonksiyonel ünite iki kısımdan oluşmuştur. Anterior parça, daha çok yük taşıma yeteneği olan, iki vertebra cismi ve aralarındaki intervertebral diskten oluşmuştur. Posterior parça ise, ağırlık taşımayan faset eklemlerden meydana gelmiştir (Güvendik , 2007; Richard ve ark.,1994 ; Akgül, 2011).



Resim 2.7: Lomber vertebranın üstten ve yandan görünümü (www.webcalf.com/?tag=skeletal-system erişim tarihi: 20.12.2010)

❖ Sakrum

Beş sakral vertebranın birleşmesinden oluşan üçgen biçiminde bir kemiktir. Her iki yanda ileum kemikleri ile birlikte pelvisi oluşturur (Barış,2009). Ön yüzü facies pelvina, arka yüzü facies dorsalis adını alır. Birinci sakral vertebra cisminin ön yüzünün üst kenarına doğru belirgin bir çıkıntı bulunur ve promontorium adı verilir (Cilli,2007).



Resim 2.8. Sakrum ve Koksiks (www.webcalf.com/?tag=skeletal-system erişim tarihi: 21.12.2010)

❖ Koksiks

Kuyruk kemiği olarak da isimlendirilen koksiks, 4-6 adet körelmiş vertebranın birleşmesiyle oluşmuş, tabanı yukarıda üçgen şeklinde bir kemiktir (İbişoğlu,2009).

4.3. Vertebral Kolonun Görevleri :

- 1-Sarsıntı ve darbelere karşı şok absorban etki yapmak
- 2-Medulla spinalisi dış etkenlerden korumak
- 3-Erekt duruşu sağlamak
- 4-Tüm yönlerdeki harekete izin vermek
- 5-Baş, göğüs, karın boşluğunu ve buralarda bulunan iç organların ağırlığını taşıyarak organlara destek vazifesi görmek (İbişoğlu, 2009; Gürsoy, 2003).

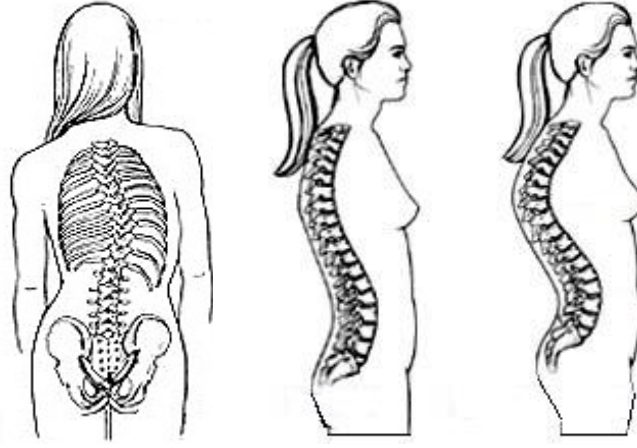
4.4. Vertebra Deformiteleri

Vertebranın ve omurların şekillerinin bozulmasına vertebra deformasyonu denmektedir. Bu nedenle oluşan deformasyon tipleri temel olarak üç başlıkta toplanmaktadır (Cilli,2007).

➤ **Skolyoz:** Vertebral kolonun on-arka planda yana deviasyonu şeklinde görülen ve rotasyonla birlikte olabilen üç boyutlu deformitesidir. Normalde vertebral kolon on-arka planda düzdür, 10 derecenin üzerindeki eğrilikler, skolyoz olarak isimlendirilir (Ege,2008).

➤ **Kifoz :** Vertebral kolonun yan planda konveks tarafı dorsale bakan eğriliğidir. Torakal vertebralarda fizyolojik olarak bulunur. Normal torakal kifoz derecesi 20-40 derece arasında değişir. 50 derecenin üzerindeki eğrilik; "hiperkifoz", 0-20 derece arasındaki eğrilik; "hipokifoz" ve 0 derecenin altındaki eğrilikler de, "torakal lordoz" olarak tarif edilir (Ege,2008).

➤ **Lordoz :** Vertebral kolonun yan planda öne doğru olan eğriliğidir. Servikal ve lomber bölgede fizyolojik olarak bulunur. Lomber lordoz, 20-40 derece arasında değişir (Ege,2008).



Resim.2.9. Skolyoz

Lordoz

Kifoz (Aykaç,2009)

4.5. Skolyoz

Normal bir omurganın saggital görünüşünde fizyolojik eğrilikler vardır. Bu eğrilikler; servikal lordoz, torakal kifoz, lumbal lordoz, sakral kifozdur. Bunun dışında omurganın ön ve arkadan görünüşünde lateral eğrilik yoktur. Omurganın göğüs veya bel bölgelerinde görülebilen, lateral eğriliğine skolyoz adı verilmektedir (Barış,2009). Bilinen en eski omurga deformitesidir (Salih , 2007).



Resim 2.10.Normal vertebra ve skolyoz (<http://www.saglikdanis.com> erişim tarihi:11.10.10)

4.5.1. Tanım

Skolyoz Hipokrat zamanından beri bilinen, tedavisinin güç olduğu bir hastalıktır. Normal eğriliklerin dışında vertebranın göğüs veya bel bölgelerinde görülebilen lateral eğriliğine, skolyoz adı verilmektedir (Erdem,2008; Akgül,2011).

Skolyoz travma, doğumsal gelişim bozuklukları gibi bir çok farklı nedene bağlı olarak gelişebildiği gibi, skolyoz olgularının %80'inde nedeni bilinmez (Salih,2007).

Genellikle gelişme çağının başlangıcında, çocukta omuz asimetrisi, sırtın bir bölümünde kabarıklık, kalçaların aynı seviyede durmaması gibi bulgularla anne ve baba tarafından fark edilerek kendini gösterir. Tanısı oldukça kolaydır, çocuk öne eğildiğinde omurgadaki eğrilik görülebilir, radyolojik incelemelerle eğriliğin yeri ve derecesi belirlenir (Barış,2009). Skolyoz, vücutta fiziksel bir deformasyona neden olduğu gibi, ilerleyen dönemde kardiyopulmoner komplikasyonlara da yol açabilir. Sık tekrarlayan akciğer enfeksiyonları, hipoksik durumlar, pulmoner rezistansta artış ve pulmoner hipertansiyon sonunda da sağ kalp yetmezliği sebebiyet verdiği önemli hastalıklardır (Salih,2007). Bunun yanında kişide psikolojik bir takım rahatsızlıklara ve kozmetik açıdan rahatsızlıklara da neden olur.

4.5.2. Skolyoz Sınıflaması

Skolyoz ile ilgili çok sayıda sınıflandırma vardır. Bu sınıflandırmalar;

- Skolyozun yapısına göre,
- Skolyozun tuttuğu dokulara göre,
- Eğriliğe katılan vertebra sayısı ve eğriliğin şiddetine göre,
- Apeksin yerine göre,
- Eğrinin şekline göre,
- Yaşa göre olacak şekilde yapılmaktadır (Cilli,2007).

En yaygın olarak kullanılan sınıflandırma biçimi Skolyoz Araştırma Cemiyeti'nin sınıflandırmasıdır. Buna göre skolyoz temel olarak iki çeşittir (www.srs.org).

- 1) Fonksiyonel / non-strüktürel skolyoz
- 2) Yapısal / strüktürel skolyoz

1) **Fonksiyonel Skolyoz:** Rotasyonel bir deformite olmaksızın vertebral kolonun sadece laterale olan eğriliği söz konusudur. Eğrilik rijit değildir. Sırt üstü ve yüz üstü gibi bazı pozisyonlarda eğrinin düzeldiği görülebilir. Fonksiyonel skolyoz, mutlaka altta yatan bir patolojiye bağlı olarak gelişmektedir.

Postüral alışkanlıklar, ekstremitte eşitsizliği, sinir kökü bazıları bunlardan birkaçıdır (Başar,2001; Barış,2009).

2) **Yapısal Skolyoz:** Kolumna vertebralisin laterale olan eğriliğine ek olarak rotasyonel deformite de söz konusudur. Yapısal skolyozdaki eğrilikler rijittir; eğriliğin yer aldığı anatomik bölgeye ve konveksitenin bulunduğu yöne göre adlandırılır. Eğrilikte en çok rotasyona uğrayan vertebraya **apikal vertebra** denilir. Buna göre apeksi C1-C6 arasında olan eğriliklere servikal, C7-T1 arasında olanlara servikotorasik, T2-T11 arasında olanlara torakal, T12-L1 arasında olanlara torakolomber, L2-L4 arasında olanlara lomber, L5 ve aşağıda olanlara lumbosakral eğrilik adı verilir (Barış,2009) .

Şekil 4.1 . Skolyozun etyolojiye göre sınıflanması (Erdem , 2008)

<p>. YAPISAL SKOLYOZ</p> <p>I. İDİOPATİK SKOLYOZ</p> <p>A) İnfantil (0-3 yaş)</p> <p>-Kendiliğinden gerileyen</p> <p>-Progresif</p> <p>B) Jüvenil (3-10 yaş)</p> <p>C) Adolesan (> 10 yaş)</p> <p>II. NÖROMUSKÜLER SKOLYOZ</p> <p>A) Nöropatik</p> <p>1. Üst Motor Nöron</p> <p>a) Serebral palsi</p> <p>b)Spinocerebellar</p> <p>Dejenerasyon</p> <p>c) Siringomiyeli</p> <p>d) Spinal kord tümörü</p> <p>e) Spinal kord travması</p> <p>f) Diğer</p> <p>2. Alt Motor Nöron</p> <p>a) Poliomyelit</p> <p>b) Diğer viral myelitler</p> <p>c) Travmatik</p> <p>d) Spinal kaslar atrofi</p> <p>e) Myelomeningosel</p> <p>(Paralitik)</p> <p>3. Disotonomi (Riley-Day</p> <p>Sendromu)</p> <p>4. Diğer</p> <p>B) Myopatik</p>	<p>VI. ROMATOİD HASTALIKLAR</p> <p>VII. TRAVMATİK</p> <p>A) Kırık</p> <p>B) Cerrahi</p> <p>1. Laminektomi sonrası</p> <p>2. Torakoplasti sonrası</p> <p>C) Radyasyona bağlı</p> <p>VIII. EKSTRA SPİNAL</p> <p>KONTRAKTÜRLER</p> <p>A) Ampiyem sonrası</p> <p>B) Yanık sonrası</p> <p>IX. OSTEOKONDRODİSTROFİ</p> <p>A) Diastrofik cücelik</p> <p>B) Mukopolisakkaridozis (örn. Morquio</p> <p>Send.)</p> <p>C) Spondiloepifiziel Displazi</p> <p>D) Multipl Epifiziel Displazi</p> <p>E) Diğer</p> <p>X. KEMİK ENFEKSİYONU (Akut veya</p> <p>Kronik)</p> <p>XI. METABOLİK HASTALIKLAR</p> <p>A) Raşitizm</p> <p>B) Osteogenezis İmperfekta</p> <p>C) Homosistinüri</p> <p>D) Diğer</p>
--	---

<p>1. MCC (Artrogripozis)</p> <p>2. Müsküler distrofi</p> <p>a) Duchenne</p> <p>(Psödohipertrofik)</p> <p>b) Limb-girdle</p> <p>c) Facioscapulohumeral</p> <p>3. Fiber tip dispropotion</p> <p>4. Konjenital hipotoni</p> <p>5. Myotonia distrofika</p> <p>6. Diğer</p> <p>III. KONJENİTAL SKOLYOZ</p> <p>A) Formasyonda Yetersizlik</p> <p>1. Kama vertebra</p> <p>2. Hemivertebra</p> <p>B) Segmentasyon Yetersizliği</p> <p>1. Tek taraflı (Unsegmented Bar)</p> <p>2. İki taraflı (Sinostoz)</p> <p>C) Karışık (Segmentasyon + Formasyon Yetersizliği)</p> <p>IV. NÖROFİBROMATOZİS</p> <p>V. MEZENŞİMAL HASTALIKLAR</p> <p>A) Marfan Sendromu</p> <p>B) Ehler-Danlos Sendromu</p> <p>C) Diğer</p>	<p>XII. LUMBOSAKRAL EKLEMLE İLGİLİ</p> <p>A) Spondilolizis ve Spondilolistezis</p> <p>B) Lumbosakral bölgede konjenital anomali</p> <p>XIII. TÜMÖRLER</p> <p>A) Vertebral kolon</p> <p>1. Osteoid Osteoma</p> <p>2. Histiositozis-X</p> <p>3. Diğer</p> <p>B) Spinal Kord Tümörleri</p> <p>2. YAPISAL OLMAYAN SKOLYOZ</p> <p>I. Postural Skolyoz</p> <p>II. Histerik Skolyoz</p> <p>III. Sinir Kökleri irritasyonu</p> <p>A) Disk hernisi</p> <p>B) Tümörler</p> <p>IV. İnflamatuvar (örn. apandisit)</p> <p>V. Alt ekstremitte eşitsizliğine bağlı</p> <p>VI. Kalça eklemi kontraktürlerine bağlı</p>
---	--

4.5.3. Skolyozun Nedenleri

Yapısal Olmayan Skolyoz Nedenler	Yapısal Skolyoz Nedenleri	Diğerleri
-Postural -Histerik -Sinir kökü basısına bağlı -İnflamatuvar (apandisit gibi) -Bacak eşitsizliği	-İdiyopatik -Konjenital -Nöromüsküler	-Mezankimal -Metabolik -N.Fibromatozis -R.Artrit -Travma -Kemik kitleleri

Şekil 4.2.: Skolyozun Nedenleri (Barış,2009)

4.5.4 İdiopatik Skolyoz

Deformitenin sebebinin belirlenemediği ve en sık görülen skolyoz tipidir. Yapısal skolyozlu hastaların yaklaşık %80'i bu grupta yer alır (Erdem,2008). Büyümenin devam ettiği herhangi bir zamanda görülmekle beraber, pik yaptığı üç periyot tanımlanmıştır. Bunlardan birincisi, yaşamın ilk yılı, ikincisi, beşinci ve altıncı yaşlar, üçüncüsü ise onbir yaşından iskelet büyümesinin sonuna kadar olan dönemdir. İdiopatik skolyoz tanısı, nörolojik nedenleri dışlamak için ayrıntılı bir fizik muayene, konjenital anomalilerden ayırım için ise dikkatli radyolojik inceleme gerektirir (Gürsoy,2003; Erdem, 2008).

İdiopatik skolyoz, vertebral kolonun yana "S" şeklinde olan eğriliği ve aynı zamanda vertebraların, vertebra ekseni etrafındaki rotasyonu ile karakterizedir. Eğriliğin tepesinde vertebralar üçgen şeklini alırlar (Surat, 2010). Vertebral kolonun yana eğilmesi ile, eğriliğin konkavitesindeki vertebra tek taraflı basınç ile etkilenir ve bu tarafta büyümesi azalır (Ahmadi, 2008). Konkav tarafta spinal kanal çok daralmıştır. Vertebraların konkav tarafa doğru dönmesi

esnasında, vertebra ile vertebral kolona bağlı olan kostalar da döner ve arkada konveks tarafta kostal gibbosite gelişir. Konkav tarafta ise kostalar göğüse doğru yassılaştır ve göğüste de bir kostal gibbosite oluşur. Tüm toraks döner ve vital kapasite azalır (Cilli,2007).

Bu deformiteden kaslar da etkilenir. Konkav tarafta kaslar kısalmış ve skleroze, konveks tarafta ise kaslar uzamış ve atrofiktir. İç organlardan akciğerler atrofiktir, sıkışmışlardır. Solunum hacmi, normal hacmin 1/3 – 1/4'ü kadardır. Bazen omurilik gerilerek paraplejiler görülebilir. Karında karaciğerin çapları daralmış, barsaklar karın ön duvarına, böbrekler de ilyak boşluğa itilmişlerdir (Tümer,1992).

İdiopatik skolyozun etyolojisinde bir çok etmen rol oynar;

1- **Genetik etmenler:** Skolyozun X'e bağlı otozomal çekinik geçişli olduğu düşünülmektedir. Anne ve babada skolyozun bulunması, çocuklarda görülme riskini yaklaşık 50 kat kadar artırır.

2- **Kas iskelet sistemi ve büyüme ile ilgili etmenler:** Gelişme bozukluğu kırık yapıda ise ortaya çıkacak deformite skolyoz, kemikleşme merkezinde ise kifoz olacaktır. X ışınları, asimetrik epifiz gelişmesine neden olup ikincil skolyoz oluşturabilir ve asimetrik kas zayıflıkları da skolyoza neden olabilirler. Omurga ve çevre bağ dokularına binen aşırı yük ve streslerin de skolyoza neden olduğu ileri sürülmüş (ağır okul çantası gibi), ancak bu, tam olarak belirlenememiştir.

3- **Merkezi sinir sisteminin rolü:** Yapılan araştırmalar sonunda iki önemli sonuç elde edilmiştir. Bunlardan birisi iskeletin aksiyel dengesinin merkezi sinir sistemindeki bozukluklardan fazlasıyla etkilendiği, diğeri ise bu tür bozuklukların periferik sinirlerden en santral yapılara kadar her seviyede görülebileceğidir.

4- **Postüral denge etmenleri ve postüral mekanizma:** Derin duyuşal (proprioseptif) bozukluklar spinal asimetrinin nedeni olabilir.

5- **Vestibüler mekanizmalar:** İdiopatik skolyozda, spino-vestibüler refleks arkının bir yerinde bozukluk oluştuğu sanılmaktadır (Başar,2001).

Adölesan, Juvenil ve İnfantil olmak üzere üç farklı tipi bulunur.

- *İnfantil idiopatik skolyoz;* Erkek ve 0 - 3 yaş arası kişilerde daha fazla oranlarda görülür. En önemli özelliği, büyük bir bölümünün kendiliğinden iyileşmesidir. Kendiliğinden iyileşmeyen tipler ise, çoğunlukla 100 derecenin üzerinde ciddi skolyoz haline gelir ve hastanın yaşam süresini ve kalitesini olumsuz yönde etkilerler (Barış,2009; Karataş, 2010).
- *Jüvenil idiopatik skolyoz;* 4 yaşından puberte başlangıcına (10 yaş) kadar görülen idiopatik skolyoz tipidir. Bu yaş grubunda her iki cinsten de eşit oranda görülür. Güçlü bir ailevi özelliği bulunur (Barış,2009; Karataş, 2010).
- *Adölesan idiopatik skolyoz;* 10 yaşından iskelet gelişiminin tamamlanmasına kadar olan bölümü kapsar. Bu tip, idiopatik skolyozların en sık görülen tipidir. Bunların çoğu olasılıkla erken başlar ve ergenlik döneminde eğimin artmasıyla daha belirgin hale gelir (Barış,2009; Karataş, 2010).

4.5.5 Nöromusküler Skolyoz

Nöromusküler skolyozun hem konservatif, hem de cerrahi tedavisi idiopatik skolyozun tedavisinden daha zordur. En önemlisi nöromusküler skolyozda çeşitli duyu bozuklukları, simetrik veya asimetrik kas paralizileri, sıkça pelvik oblisite, kas dengesizliğine bağlı kalça instabilitesi problemleri vardır. Amaç hem eğriliği düzeltmek ve hem de parolitik gövdeyi stabilize ederek dik duruşu sağlamak olmalıdır. Bu nedenle füzyon alanı, idiopatik skolyoza göre daha geniştir (Aykaç, 2009 ;Cilli, 2007).

4.5.6. Konjenital Skolyoz

Vertebranın, embriyolojik döneminde meydana gelen bel kemiği konjenital anomalilerinin neden olduğu bir deformitedir. İki tiptir :

- 1- Segmentasyon kusuru
- 2- Formasyon kusuru

1- Segmentasyon kusuru : Her bir omurun diski ile serbest hareket segmenti haline gelmesi gerekirken, bir bölümünün alt ve üst omurlarla kemiksel bağlantısı kalmasıdır. Buna “unsegmented bar” (segmente olmayan bar) adı verilir. Bu segmentasyon kusuru omur cisminin tam yanında olursa skolyoz, önünde olursa kifoz, arkasında olursa lordoz meydana gelir.

2- Formasyon kusuru : Vertebranın embriyolojik oluşum döneminde şeklinin eksik oluşmasıdır. Bu eksiklik üçgen (takoz) veya hemivertebra (yarım omur) şeklindedir. Konjenital skolyoz ilerleyici özellik gösterir. Bu açıdan en riskli olanı, konkav segmente olmayan bar ve konveks hemivertebra oluşumu birlikte görülenleridir. Konjenital skolyozda klinik değerlendirme esnasında özellikle vücudun başka yerlerinde de konjenital anomaliler (pes ekinovarus, vertikal talus, yarı damak ve dudak, syringomyeli, diastamatomiyeli, tethered kord gibi) olabileceği akıldan çıkarılmamalıdır. Konjenital skolyozun asıl tedavisi cerrahidir (Cilli,2007, Barış,2009)

4.5.7.Skolyozda Klinik

Dikkatli olunmadığı takdirde, çocuklar sürekli giysilerle görüldüğü için skolyozun semptom ve bulguları çoğu zaman gizlenir ve tanı gecikir. Okul taramaları ile bu hastalığın erken yaşlarda tespiti ve tedavisi sağlanabilir (Görkem,2009).

İdiopatik skolyozda en yaygın belirti asimetridir. Aile veya öğretmenlerin ilk fark ettiği, bir omuzun diğerinden daha yüksek olmasıdır. Adölesan idiyopatik skolyozda, hastaların % 40'ında sırt ağrısı mevcuttur (Karataş, 2010).



Resim.2.11. Skolyozda görülen bazı fizik muayene bulguları (Barış,2009)

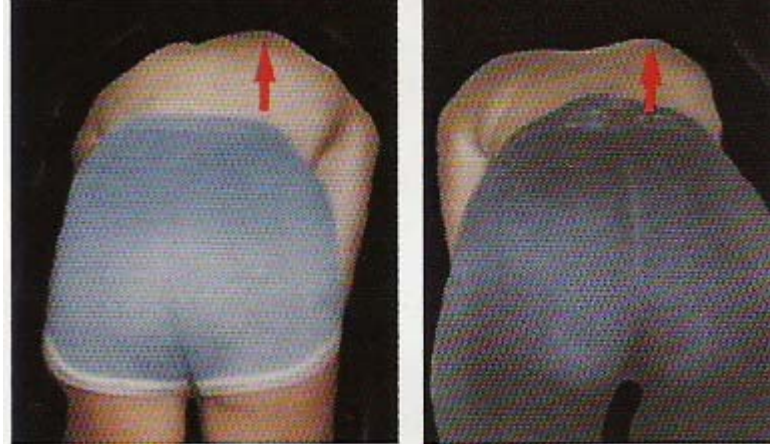
Fizik Muayene : Hasta olabildiğince elbisesiz olmalıdır. Hasta postür analizlerinden biri veya birkaçı uygulanarak değerlendirilir.

1- Hastadan ayakları birbirine paralel, dizleri tam ekstansiyonda ve dirsekleri 90 derecede fleksiyonda yere paralel ve birbirleriyle aynı planda olacak şekilde dik durması istenir. Eğer skolyoz varsa, dirseklerin paralelliği bozulur.

2- Pelvisin seviyesi, parmak uçları krista iliakalara konup direkt gözlemlenir değerlendirilir.

3- Çekül testi de önemli bir yöntemdir. Hasta sırtı çıplak iken ve ayakta dik dururken ucunda bir ağırlık bulunan ipin üst ucu, yedinci servikal vertebranın spinöz çıkıntısına konur. Alt ucu gluteal bölgelerin arasından geçiyorsa normal kabul edilir. Olan sapmalar ise santimetre cinsinden ölçülüp not edilir.

4- Adams'ın öne eğilme testi, fizik muayenin en önemli testlerinden biridir. Burada hasta kalçalarından 90 derece öne doğru fleksiyon yapar ellerini öne sarkıtır. Arkada duran hekim veya gözlemci, eğriliğin oluşturduğu yükseklik farkını (rib hump) görmeye çalışır (Karataş,2010).



Resim.2.12. Adams'ın öne eğilme testi (Cilli,2007)

5- Pelvik çarpıklık ve alt ekstremitelere ait deformiteler, skolyoz açısından önemli olduklarından mutlaka araştırılmalıdır.

6- Nörolojik muayene yapılmalıdır. Deri altı yumuşak doku tümörlerinin veya ciltte sütlü kahve lekelerinin varlığı araştırılmalıdır.

7- Tüm bunların yanında iyi bir kardiovasküler sistem muayenesi ve solunum fonksiyonlarının incelenmesi çok önemlidir.

Skolyoz Tanı Yöntemleri : Başta Vertebral kolonun eğriliğini doğrulamak açısından tek bir grafi çekilmesi önemlidir. Daha sonra yanlara eğilme grafi, gerekirse manyetik rezonans görüntüleme yapılabilir (Karataş, 2010). Bunların yanında akciğer fonksiyonları hakkında bilgi edinmek için, solunum fonksiyon testleri de yapılır.

4.6. Skolyoz Tedavisi

Konservatif ve cerrahi olmak üzere iki farklı tedavi seçeneği bulunur (Erdem,2008).

4.6.1. Konservatif Tedavi

Hızlı büyüme döneminde ortoz deformite artışını önlemek amacı ile kullanılabilir. Genelde fleksibil eğriliklerde ve 40°nin altında kullanılmaktadır (Surat,2010).

Skolyozun konservatif tedavisinde korseleme altın standarttır. Bilinen ilk ortez uygulaması 16. yüzyılda Ambrose Pare tarafından uygulanmış, ilk alçı uygulaması ise 19. yüzyılda L.Albert Sayre tarafından gerçekleştirilmiştir. Egzersizler ve elektrik stimülasyon korselemeden sonra konservatif tedavide en çok kullanılan tedavi modaliteleridir (Acaroğlu,2002). Korseleme dışındaki konservatif yöntemlerden hiçbirinin skolyotik eğri üzerine etkili olduğuna dair kesin bilimsel veriler yoktur (Müller ark. , 2011; Erdem, 2008 ; Aykaç,2009).

4.6.2. Cerrahi Tedavi

Günümüzde skolyoz cerrahisinde genellikle posterior girişimler tercih edilmektedir. Son yıllarda deformitenin üç boyutlu olarak düzeltilmesine imkan tanıyan, tüm eğrilik boyunca değişiklik noktalarından vertebraları kavrayan posterior enstrumantasyon sistemleri geliştirilmiştir (Erdem,2008). Hangi enstrumantasyon sistemi kullanılırsa kullanılsın, elde edilen düzelmeyi uzun vadede koruyabilmek amacıyla, enstrumantasyon sınırları içinde kalan vertebralara füzyon yapmak şarttır. Füzyon bölgesindeki segmentte hareket ortadan kalkar (Akgül,2011).

Skolyoz için ilk cerrahi adım, 1911 yılında Hibbs tarafından omurga tüberkulozu için yapılan posterior füzyon ameliyatı ile atıldı. İlk skolyoz ameliyatı ise 1914 yılında yapılmış, ancak sonuçları başarılı olmamıştır. Hibbs omurga eğriliği tedavisinde faset eklemlerin alınarak füzyon kavramını açıklamıştır. Hibb ameliyat öncesi dönemde traksiyon ceketleri, ameliyat sonrası dönemde füzyonu sağlamak ve düzeltmeyi korumak için alçı uygulamasını kullanmıştır (Aykaç,2009).

1950'lerin başında ise Risser tarafından traksiyon ve kotlar üzerinden posterolateral basınç uygulayarak alçılama yöntemi geliştirilmiştir. Risser, özellikle erken başlangıçlı, operasyon yapılamayan omurga eğriliklerinde bu yöntemi kullanmıştır (Akgül, 2011).

1955 yılında Harrington tarafından tarif edilen distraksiyon cihazı omurga eğriliği cerrahisinde milad olarak kabul edilmektedir. Harrington yönteminde enfeksiyon, hook çıkması gibi implant komplikasyonları yüksek oranda bulunmuştur. Harrington sisteminde komplikasyon oranlarının yüksek olması ve ameliyat sonrası dönemde uzun süreli immobilizasyona rağmen, omurga eğriliği tedavisinde yaygın olarak kullanılmıştır (Erdem,2008).

1969'da Zielke instrümantasyonları, omurga deformitelerine önden yaklaşım için atılmış önemli adımlardır. 1970 yılında Luque tarafından segmenter omurga enstrümantasyon sistemi tarif edilmiştir. Bu sayede dışarıdan destekleyici cihazlara gerek duyulmamıştır. Bu sistem daha önceki Harrington uygulamalarına göre daha stabil bir yöntemdir (Salih, 2007).

1984 yılında günümüz omurga cerrahisine yön veren, omurga eğriliğinin üç planda geliştiği temeline dayanan, Cotrel ve Dubousset tarafından üç planda düzeltme sağlayan segmenter fiksasyon sistemi tanımlanmıştır. Bu sistemde çok sıkı bir tespit sağlanmakta, ameliyat sonrası immobilizasyon ve dışarıdan koruyucu korselere ihtiyaç duyulmamaktadır (Akgül,2011).

21. yüzyılda Akbarnia ve Blakemore tarafından tarif edilen uzayabilen rod uygulamaları, Hefti ve Campbell tarafından tarif edilen vertical expandable prosthetic titanium rib (VEPTR) erken başlangıçlı omurga eğriliklerinde kullanılan cerrahi girişimler arasında yer almaktadır (Akgül , 2011).

Cerrahi tedavi için kriterler;

1-Vertebra gelişimine bakılmaksızın adölesanda gövde asimetrisine yol açmış ağır deformite olması,

2- Erişkin skolyozunda ağrının konservatif yaklaşımla kontrol edilememesi,

3- Korse tedavisi için gecikilmiş olması (50°nin üzerinde torasik eğrilik)

4- Dekompanse S skolyoz (korse kullanılsa bile ilerler) bulunması

5- 12 yaş ve üzerindeki bir çocukta 40°den daha büyük eğrilik varsa cerrahi girişim genellikle gereklidir.

6- Korse tedavisine rağmen 40°yi aşan bir ilerleme görülen eğriliklerde cerrahi gerekir.

7- Önemli derecede torasik lordoz varsa cerrahi tedavi gereklidir, çünkü korse tedavisine cevap zayıftır. (Karataş,2010)

Cerrahi tedavi gerekiyorsa, tedavi öncesinde ortopedi hemşiresi önce çocuğa ve aileye işlemler hakkında bilgi verip daha sonra hazırlık için gerekli tetkiklerin (kan, MR, röntgen v.b.) yapılmasını sağlamalıdır.

4.7. SKOLYOZ AMELİYATI VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Birey/aile ve topluma yönelik çok yönlü sorumluluğu ve rolü olan hemşirelik mesleğinin uygulamaları, insanı doğumundan ölümüne kadar geçen süre içinde, sağlık ve hastalıktaki konumu ile anlamaya temellenmiştir. Sağlık bakım sisteminde etkin bir bakım hizmeti, hemşirenin yetkisi çerçevesinde sorumluluklarını üstlendiği ölçüde gerçekleşebilir (Çoban, 2006).

Skolyoz Ameliyatı Hazırlığı üç aşamada uygulanır:

1.Hastanın ortopedi servisine yatırılmasından, ameliyat öncesi geceye kadar dönemdeki hazırlık

2.Ameliyattan önceki gece hazırlığı

3.Ameliyat günü hazırlığı (<http://www.anh.gov.tr> erişim tarihi:16.10.10)

4.7.1. Skolyoz Ameliyatı Öncesi Genel Hazırlık

Hastanın ortopedi kliniğe yatırılmasıyla başlayan ameliyat öncesi hazırlık ve bakım dört yönden ele alınabilir:

- Psikolojik hazırlık
- Fizyolojik hazırlık
- Yasal hazırlık
- Ameliyat öncesi eğitim (<http://www.fsmhastanesi.com> erişim tarihi:06.08.10)

Psikolojik Hazırlık

Ameliyat, hasta için sadece fizyolojik bir stres kaynağı olmayıp aynı zamanda güçlü bir psikolojik stres kaynağıdır. Bu nedenle hastanın ameliyat öncesi psikolojik hazırlığı, fizyolojik hazırlığı kadar önemlidir.

Hastalar ameliyatın kendileri için yararlı olduğunu kabul etseler de, ameliyatın risklerinden korkarlar. Ameliyat öncesindeki anksiyete nedenlerinin en önemlilerinden birisi, bilinmeyen korkudur. Ayrıca, bu dönemde hastalar, ameliyat sonrası ağrı, ölüm tehlikesi, anestezi tehlikesi, sevdiği kişi ve aktivitelerden uzak kalma gibi korkular yaşayabilirler (www.fsmhastanesi.com erişim tarihi: 06.08.10).

Skolyoz Ameliyatı Öncesi Dönemde Psikolojik Hazırlık;

- Anksiyeteyi gidermeye,
- Ameliyatta daha az anestezi ve ameliyat sonrasında daha az analjezik kullanılmasına,
- Ameliyat sonrasında hızlı iyileşmeye ve erken taburcu olmaya yardımcı olur (Çoban,2006).

Fizyolojik Hazırlık

Ameliyat riskini en aza indirebilmek için hastanın genel sağlık durumu mümkün olan en iyi düzeye getirilmelidir. Ameliyat öncesinde hastanın sağlık durumu, iyi bir fizyolojik değerlendirmeyle belirlenebilir.

Fizyolojik Değerlendirme

- ✓ Yaş
- ✓ Ağrı
- ✓ Beslenme durumu
- ✓ Sıvı-elektrolit dengesi
- ✓ Enfeksiyon
- ✓ Kardiyovasküler fonksiyon
- ✓ Pulmoner fonksiyon
- ✓ Renal fonksiyon
- ✓ Gastrointestinal fonksiyon
- ✓ Karaciğer fonksiyonu
- ✓ Nörolojik fonksiyon
- ✓ Hematolojik fonksiyon
- ✓ İlaçlar (<http://www.fsmhastanesi.com> erişim tarihi:16.10.10)

Yasal Hazırlık

Ameliyat olacak her hastadan, ameliyat onam imzası alınmalıdır. Yazılı ameliyat izni hem hasta hem de sağlık personeli için yasal güvencedir. Ameliyat izni imzalatılmadan önce hasta mutlaka ameliyat ve sonrası hakkında bilgilendirilmelidir.

➤ Ameliyat izni, hastanın kalıcı kayıtlarından biridir ve hasta ameliyata alınmadan önce mutlaka kontrol edilmelidir (<http://www.fsmhastanesi.com> erişim tarihi:16.10.10)

Skolyoz Ameliyatı Öncesi Eğitim

- Derin solunum egzersizleri
- Öksürük egzersizleri
- Dönme ve ekstremiteler egzersizleri (<http://www.fsmhastanesi.com>

erişim tarihi:16.10.10)

4.7.2. Hastanın Ameliyattan Önceki Gece Hazırlığı

- Cilt hazırlığı
- Gastrointestinal sistem hazırlığı
- Anestezi hazırlığı
- İstirahat ve uykunun sağlanması (www.estetiklazer.net erişim

tarihi:16.6.10)

4.7.3. Ameliyat Günü Hazırlığı

Hasta ameliyata gitmeden önce hemşirenin yapması gerekenler;

- Hastaya ve yakınlarına bilgi vermek,
- Hastanın aç olup olmadığını kontrol etmek,
- Oral verilmesi gereken ve önemli olan ilaçlarını çok az bir su ile içirmek,
- Hastanın yaşam bulgularını alıp kayıt etmek, anormal bir durum varsa hekime haber vermek,
- Ameliyat bölgesinin traş olup olmadığını (isteniyorsa) kontrol etmek,
- IV sıvı uygulanması gibi özel bir durum varsa bunları uygulamak,
- Hastanın idrarını yapmasını söylemek.
- Hastaya kan istemi yapılmışsa kanının hazır olup olmadığını kontrol etmek,
- Hastanın takıları varsa bunları çıkartmasını söylemek.
- Bayan hastaların tırnaklarında oje varsa silinmesini sağlamak.
- Hastanın ameliyat gömleğini ve istem varsa varis çoraplarını giymesine yardımcı olmak,
- Order edilmişse premedikasyon uygulamak.

• Hasta, dosyası, ilaçları, malzemeleri ve mayileriyle birlikte sedyeyle ameliyathaneye göndermektir (www.estetiklazer.net erişim tarihi:16.6.10),(www.fsmhastanesi.com erişim tarihi :06.06.10).

4.7.4. Postoperatif Bakım

1. Ayılma ünitesinde bakım
2. Yatan hasta ünitesinde bakım

1.Ayılma Ünitesinde Bakım

Postoperatif hasta takibinde dikkat edilmesi gerekenler;

- 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, yatan hasta ünitesine bildirildikten sonra, dosyası ve ayılma ünitesindeki izlem formuyla birlikte gönderilir. (www.fsmhastanesi.com erişim tarihi :06.06.10).

2. Yatan Hasta Ünitesinde Bakım

Hastanın yaşam bulguları ameliyattan sonra ilk 1 saat 15 dakikada bir, sonraki 2 saat 30 dakikada bir, daha sonra saatte bir izlenmelidir.

Skolyoz Ameliyatı Olan Hastalarda Sık Karşılaşılan Hemşirelik

Tanıları

- Etkisiz solunum şekli,
- Ağrı,
- Vücut gereksiniminden az beslenme,
- Enfeksiyon riski,
- Sıvı volüm eksikliği,
- Deri bütünlüğünde bozulma riski,
- Fiziksel harekette bozulma,
- Tromboflebit riski,
- Beden imajında bozulma (Brosnan, 1991)

4.8.Taburculuk Eğitimi

Taburcu olmadan önce hasta;

- Çok az yardımla ayağa kalkabilmeli,
- Hijyenik aktivitelerini yerine getirebilmeli,
- Yeterli beslenebilmeli,
- Egzersiz programına katılabilecek durumda olmalıdır.

Cerrahi girişim sonrası iyileşme 6-12 haftadır.

- İyileşme döneminde ilk 1 ay aralıklı yürüme programları uygulanmalı,
- 30 dakikadan fazla aynı pozisyonda oturmamalı,
- Dengeli beslenmeli,
- Füzyon oluşuna kadar cinsel ilişkide aşırı fleksiyon ve ekstansiyondan kaçınmalıdır,
- Uyurken sırtüstü pozisyon önerilir.
- Ameliyattan 6 hafta sonra vertebrayı zorlamadan normal işler ve hafif yük kaldırmaya izin verilir,
- Aşırı eğilme, bükülme ve uzanma önerilmez,
- Bu süre içinde jimnastik, atlama, güreş, ata binme ve kayak ve benzeri sporlar yasaklanır,
- Dalmadan yüzme, dik olarak bisiklete binme ve yürüyüş önerilir.

(www.anh.gov.tr erişim tarihi:13.10.10)

4.9. YAŞAM KALİTESİ

Sağlığa bağlı yaşam kalitesinin “bir hastalık veya tedavi ile bağıntılı olan fiziksel, duygusal, ve sosyal öğeleri kapsayan çok boyutlu bir kavram” olduğu kabul edilmektedir. Yaşam kalitesi 1960 yılından bu yana kullanımı yaygınlaşan bir kavramdır (Kaya,1997).

Evans ve arkadaşları yaşam kalitesini objektif ve subjektif göstergeler olarak iki bölümde incelenmesini önermiştir.Yaşam kalitesinin objektif göstergeleri temel olarak fiziksel iyilik hali ile açıklamaktadır. Fiziksel iyilik hali, fiziksel aktiviteleri yapmada güçlük, fonksiyonel yetersizlik, çalışma durumu, hastalık septomları, ve sağlık durumu ile ilgili konuları kapsamaktadır (Kaya,1997). Subjektif göstergeler ise temelde psikolojik iyilik halini yansıtmaktadır ve emosyonel iyilik hali, yaşam doyumu, psikolojik etki ile ilgili konuları kapsamaktadır(Şendir,2000).

Hastaların yaşam kalitesinin bir çok faktör tarafından etkilendiğini belirten bu faktörler arasında Padilla ve Grant (1985), hemşirelik bakımının oldukça etkili olduğunu vurgulamıştır (Kaya,1997). Hastanın kaliteli bir yaşam sürdürmesi, kişisel gücüne ve hastanın gereksinimleri doğrultusunda hemşirelerin gerekli değişiklikleri yapabilme yeteneğine bağlıdır. Sadece rutin işlevleri yapmakla sınırlı olmayan profesyonel hemşirelik, hastanın bireysel özelliklerini değerlendirme, duygularını kontrol etme ve bireysel haklarını korumayı gerektirir (Akyol,1992).

Sosyal bilimlerde yaşam kalitesinin kavramının yaygın kullanımı, tıp ve hemşirelik bilimlerini de etkilemiş; her iki alanda da çeşitli hastalık durumlarında yaşam kalitesinin ve farklı klinik yaklaşımların etkinliğinin değerlendirilmesi ve hastaya uygun tedavi kararlarının verilmesi gibi çeşitli konularda araştırmaya yönelmiştir (Ergün,1998).

Sağlık bilimlerinde yaşam kalitesini değerlendirme çalışmaları aşağıdaki amaçlarla yapılmaktadır:

- Bireysel hasta bakımında psikolojik sorunları tarama ve izleme,
- Algılanan sağlık sorunlarına ilişkin popülasyon çalışmaları,
- Tıbbi değerlendirme,
- Sağlık hizmetleri veya değerlendirme araştırmasında veri ölçümleri,
- Klinik çalışmalar,
- Maliyet-etkinliği analizi (Şendir,2000).

İnsan sağlığına herhangi bir sapma olduğunda, yaşamdan doyum sağlama etkilenebilir. Bu noktada hemşirelik amacı ve işlevi; bireye kendi bakımını yapar hale gelinceye dek yardımcı olmak en kısa zamanda bireyin kendi bakımını üstlenmesini ve gereksinimlerini karşılayabilmesini sağlamak ve tüm bu süreçlerde yaşam doyumunu maksimum düzeye çıkarmaktır(Şendir,2000).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi çalışmaları ile hastanın tedavi sonucu ne kazandığı veya ne kaybettiği hakkında fikir edinilebilir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ölçme, hastanın fonksiyonlarını normal hale getirmenin amaçlandığı uzun dönemli hastalıklarda ve kronik hastalıklarda önem taşımaktadır (Kaya,2002).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçümündeki yöntem, çalışmanın amaçlarına göre belirlenmelidir. Bu yüzden çalışmada amaçlar tam olarak belirlenmelidir. Araştırmacı, hastalığı tam olarak anlamış olmalı ve tedaviden beklenen yararları, zararları ve bu faktörlerin hastanın hayat kalitesini çok yönlü (fiziksel, psikolojik ve sosyal) olarak nasıl etkileyeceğini kavramış olmalıdır (Salih, 2007).

Petersonn (1975) yaşam kalitesinde; genel sağlık durumu,yetenek durumu,genel rahatlığı, ruhsal ve ekonomik durumu içeren tüm özelliklerin yaşam kalitesini değerlendirmesinde etkili olduğunu bildirmiştir (Kaya,2002).

Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

- Kensine Saygı
- Bireyin memnuniyeti
- Performans Yeteneği
- Önceki Bilgi ve Tecrübeler
- Diğerleri İle Karşılaştırma
- Emosyonel Durum
- Genel Sağlık
- Ekonomik Durum

Yaşam kalitesinin farklı araştırmacılar tarafından belirtilen belirleyicileri ve boyutları bulunmaktadır (Kaya,2002).

Yaşam kalitesinin belirleyicileri

- Klinik durum: hastalıklar, hastalık şiddeti, semptomlar,
- Sağlık bakımı: ilaç tedavisi, tedaviler, tavsiyeleri bilgiler
- Yaşam şekli: egzersiz, sigara içme, alkol kullanımı, diet/beslenme, stresi yönetebilme

- Yaşam durumu: sosyal destek, yaşam olayları
- Demografik özellikler: kazanç, eğitim, ırk
- Kültür (Kaya,2002).

Yaşam kalitesi boyutları

- Fiziksel fonksiyonlar: fiziksel yeterlilik
- Bilişsel fonksiyonlar: mental yeterlilik
- Aktiviteler: özbakım, rol, sosyal eğlence
- Vücut sağlığı: fiziksel rahatlık, rahatsızlık, ağrı, yorgunluk
- Duygusal sağlık: depresyon, heyecan hali, olumlu duygu
- Öz-kavram: özgüven, kişisel kontrol
- Genel beklentiler: yaşamdan tatmin olma, sağlık beklentileri, genel anlamda yaşam kalitesi
- Ruhsal sağlık : güçlü inanç, umut, umutsuzluk, dini inanç
- Beklenen kontrol
- Yaşamın anlamı (Kaya,2002).

Yaşam kalitesi birey üzerinde etkili olan tüm durum ve faktörleri kapsamaktadır. Duruma bağlı olarak yaşam kalitesi sağlık durumu, emniyet, yetersizlik, anksiyete, depresyon, ilaçlara bağımlılık, günlük yaşam aktiviteleri, bireyin yaşamından doyum duyması ve sosyal destek gibi bir veya birden fazla gösterge içermekle birlikte sınırlı değildir (Salih,2007; Kaya,2002).

4.9.1. Sağlıkla İlgili Hayat Kalitesi Ölçüm Çeşitleri

Genel veya hastalığa özgü ölçümler: Araştırmacının sağlıkla ilgili hayat kalitesi ölçümü yaparken vermesi gereken ilk karar, genel veya hastalığa özgü ölçüm tekniklerinden hangisini kullanacağıdır. Her iki tekniğin de belli amaçlara yönelik yapılan çalışmalar için kullanılmasında bazı avantajlar ve dezavantajlar bulunmaktadır (Salih,2007).

Genel ölçüm yöntemleri; hastalık semptomları, fonksiyonu ve duygusal boyutları da dahil ederek genel sağlık durumunu ölçer. Bu geniş bakış açısı, detaylı sorgulama ve araştırma derinliğini engeller, küçük ama önemli değişikliklerin tespitinde duyarlı olmaz (Salih,2007; Şendir,2000).

Genel ölçüm yöntemleri, farklı hastalıkların, müdahalelerin karşılaştırılmasında kullanışlıdır.

Hastalığa özgü ölçümler ise; spesifik fiziksel, mental ve sosyal durumun sorgulanmasında önemlidir. Bu yüzden, en kapsamlı tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi için hastalığa özgü ölçüm yöntemleri ve genel sağlık ölçüm yöntemlerinin birlikte kullanılması önerilmektedir (Salih,2007; Şendir,2000).

Yaşam kalite ölçeklerinde temel ortak özellik güvenilir, geçerli ve duyarlı bir yonteme sahip olmasıdır. Bu ölçeklerin güvenilirlik ve geçerlikleri kanıtlanmış olmalı, tedavi sonrasında sağlık durumlarındaki değişiklikleri tespit edecek kadar duyarlı olmalıdır (Kaya,2002).

Yaşam kalitesi ölçekleri güvenilir ve geçerli olmaya ek olarak, gözlemlenebilecek değişiklikleri ortaya çıkarabilecek kadar hassas olmalı, tıbbi tedavi sonucundaki sağlık durumlarındaki gelişmeleri değerlendirebilmelidir .

Genel ölçekler sağlık profilleri ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümlerini oluşturan ölçekleri içermektedir. Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile-NHP-), Hastalık Etki Profili ve 36 soruluk Kısa Bir

Sağlık Araştırması (SF-36) bu ölçekler arasında sayılabilir. Spesifik lekler ise; bireysel hastalık durumu, hasta grupları veya fonksiyon alanları ile ilgili problemler üzerine odaklanmaktadır (Kaya,2002).

Son yıllarda yayınlanan makalelerde skolyoz hastalarının cerrahi değerlendirmesi yanında yapılan cerrahi ve konservatif müdahalelerin hastaların yaşam kalitelerine olan etkilerinin ölçülmesinde artış görülmektedir. Skolyoz cerrahisinden beklenen, mevcut deformiteyi düzeltip daha fazla deformite oluşmasını engelleyerek, hareket kısıtlaması olmadan düzgün bir kozmetik durumla iyi bir vücut sağlamaktır. Skolyoz hastalarının klinik takibinde eğriliğin progresyonu ve akciğer fonksiyon takipleri daha ön plandadır. Ama bu eğriliğin artması hastalarda ağrıyı arttırıp konforu azaltarak yaşam kalitelerini bozmaktadır. Vücut deformitesi olan kişilerin yaşam kalitelerinin kötü yönde etkileneceği ve bu kişilerin zgven sorunlarının ortaya çıkabileceği öngörülebilir. Bu nedenle de yaşam kalitesi ölçümleri skolyoz cerrahisi sonrası hastaların bu tedaviden gerçek anlamda sağladıkları yararı ortaya koymada yardımcıdır (Salih , 2007).

5.GEREÇ ve YÖNTEM

5.1.Araştırmanın Türü

Araştırma, İstanbul'da özel bir hastanede skolyoz ameliyatı olan hastaların, yaşam kalitelerini değerlendirmek amacıyla yapıldı.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma verileri, İstanbul'da bir özel hastanede Eylül 2009 Ekim 2010 tarihleri arasında toplandı.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Eylül 2009 – Ekim 2010 tarihleri arasında İstanbul'da özel vakıf hastanesinde skolyoz ameliyatı olan 121 olgu oluşturdu. Araştırmada örneklem seçimine gidilmedi ve tüm evren örnekleme alındı. Araştırmanın örnekleme tüm bilgileri dosyasına eksiksiz olarak kaydedilen 8 yaş üzeri ve sorulan sorulara cevap verebilecek ve en az 3 ay önce ameliyat olmuş 99 olgu ile tamamlandı.

5.4. Veri Toplama Araçları;

Araştırma verileri bilgi formu ve Skolyoz Araştırmaları Derneği-22 ölçeği (SRS-22) olmak üzere iki araç ile toplandı.

- Bilgi Formu (Ek 1)

Araştırmacı tarafından, literatür doğrultusunda, bağımsız değişkenler dikkate alınarak hazırlandı. 17 sorudan oluşan bilgi formunda olguların yaş, cinsiyet, boy, kilo, aile tipi, akraba evliliği, kronik hastalıklar ve yaptıkları sporla ilgili parametrelere yer verildi (Görkem , 2009; Salih, 2007; Erdem,2008 ; Akgül,2011)

- Scoliosis Research Society-22 / Skolyoz Araştırmaları Derneği-22 Ölçeği (SRS-22) (Ek 2)

SRS-22 ölçeği; ABD'de skolyoz hastaların yaşam sağlığıyla ilgili kalitesini değerlendirmek için dernek tarafından geliştirilmiş yaygın olarak kabul gören bir ölçektir (Leelapattana ve ark., 2011; <http://www.srs.org/support/> erişim tarihi:12.01.2011). Ölçeğin Türkçe versiyonunun güvenilirlik ve geçerliliğini 2005 yılında Alanay ve arkadaşları yapmıştır (Alanay, 2005). Ölçek 22 soru ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlar; ağrı, genel görünümünü değerlendirme, omurga fonksiyonları, ruh sağlığı ve tedaviden memnuniyetten oluşmaktadır. Bu bölümlerin hepsi ayrı olarak değerlendirilebilir ve/veya tüm sorular toplam sonuç

skoru altında toplanarak değerlendirilebilir. Skorlar 22 sorunun hepsine 5 puanlık gösterge çizelgesi içerisinde bir cevap değeri verilerek hesaplanmaktadır. Her bir ifade negatiften pozitive doğru değişen yanıtlar bulunmaktadır. Negatif cevap; 1 ve en pozitif ise 5 puan almaktadır.

Her bir alt boyuttan alınacak puanlar; ağrı, genel görünümünü değerlendirme, omurga fonksiyonları ve ruh sağlığı için 0-25; tedaviden memnuniyet için 0-10 toplam puanları arasında değişmektedir. Ölçekten alınacak puanların yüksek olması yaşam kalitesinin arttığını, düşük olması azaldığını gösterir.

Alt boyut soruları ;

- Ağrı (1,2,8,11,17 no'lu sorular),
- Genel görünümünü değerlendirme (4,6,10,14,19 no'lu sorular),
- Omurga fonksiyonları (5,9,12,15,18 no'lu sorular),
- Ruh sağlığı (3,7,13,16,20 no'lu sorular)
- Tedaviden memnuniyet (21,22) no'lu sorular) şeklindedir. (Alanay ve arkadaşları ; 2005)

Orijinal ölçeğin Türkçe uyarlamasından elde edilen Cronbach α sayıları ile mevcut çalışmadaki Cronbach α değerleri Tablo 5.1.'de sunulmuştur. Araştırma için ölçek geçerli ve güvenilir bulunmuştur.

SRS-22 Alt Boyutları	Cronbach α	
	Türkçe Uyarlama	Mevcut Çalışma
Ağrı Toplam	0,72	0,59
Genel Görünümünü Değerlendirme	0,81	0,81
Omurga Fonksiyonları	0,48	0,63
Ruh Sağlığı	0,72	0,81
Tedaviden Memnuniyet	0,83	0,71
Genel Toplam	0,86	0,84

Tablo.5.1. Türkçe Uyarlama ve Mevcut Çalışmanın Cronbach α Değerleri.

5.5 Veri Toplama

Bilgi formu hazırlandıktan sonra kurumdan yazılı izin alındı (Ek 3). Her bir hasta ile yüz yüze görüşülerek bilgi formu ve ölçek uygulandı. Ölçme araçları cerrahi girişimden en az 3 ay sonra uygulandı.

5.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini olguların yaş, cinsiyet, boy, kilo, aile tipleri, kronik hastalıkları ; bağımlı değişkenini ise yaşam kalitesi puanları oluşturdu.

5.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi istatistik uzmanı tarafından bilgisayar ortamında yapıldı. Bağımsız değişkenler, sayı ve yüzdelik dağılımları ; bağımlı değişken ise aritmetik ortalama ve standart sapma, minimum ve maksimum değerler ile değerlendirildi. Ayrıca SRS-22 ölçeğinde iki grubun karşılaştırılmasında t testi, ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında ise varyans analizi uygulandı. Değişkenler arasındaki ilişkinin yönü ve düzeyinin belirlenebilmesi için Pearson korelasyon katsayısı hesaplandı. Değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edildi.

5.8. Araştırmanın Etik Yönü

- Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın yapıldığı kurumlardan yazılı izin alındı.
- Katılım için gönüllü olanlarla çalışıldı.
- Gizlilik ilkesi gereği olguların isimleri kullanılmadı.
- Ailelere gerekli açıklamalar yapılarak, onayları alındı.

5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma bulguları sadece çalışmanın yürütüldüğü hastanedeki skolyoz ameliyatı olan hastalarla sınırlıdır.

6.BULGULAR

Eylül 2009-Ekim 2010 tarihleri arasında İstanbul'da özel bir vakfa ait bir hastanede skolyoz ameliyatı olan hastalardan elde edilen bulgular iki bölüm halinde sunuldu;

- ❖ Hastaları Demografik ve Skolyoza yönelik özelliklerine ilişkin bulgular,
- ❖ SRS-22 ölçeğine yönelik bulgular,

❖ Hastaların Demografik ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo.6.1.Hastaların Sosyo Demografik Özellikleri (n:99)

Demografik Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	78	78,8
	Erkek	21	21,2
Yaş	8-13 Yaş arası	30	30,3
	14-19 Yaş arası	62	62,6
	20 Yaş ve üzeri	7	7,1
Eğitim Durumu	Okur-yazar ve ilköğretim	32	32,3
	Ortaöğretim	55	55,6
	Yükseköğretim	12	12,1
Kardeş Sayısı	1	18	18,2
	2	57	57,6
	3-4	24	24,2
Aile Tipi	Çekirdek	80	80,8
	Geniş	7	7,1
	Parçalanmış ve diğer	12	12,1
Akraba Evliliği	Var	2	2,0
	Yok	97	98,0
Yaşadığı Yer	Kasaba, Şehir	39	39,4
	Büyükşehir	60	60,6
Sağlık Sigortası Varlığı	SSK	55	55,6
	Emekli Sandığı	23	23,2
	Bağ-Kur	18	18,2
	Ücretli	3	3,0

Tablo 1’de olguların demografik özellikleri incelendiğinde; %62,6’sının (n= 62) 14-19 yaş aralığında, %78,8’inin (n= 78) kadın, %55,6’sının (n=55) ortaöğretim mezunu, %57,6’sının (n=57) 2 kardeş sahibi, %80,8’inin (n=80) çekirdek aile yapısına sahip olduğu ve %55,6’sının (n=55) sağlık güvencesinin SSK olduğu belirlendi (Tablo.6.1).

Tablo.6.2. Hastaların Skolyoza Yönelik Özelliklerine İlişkin Bulgular (n:99)

Hastalık Özellikleri		n	%
Hareket Durumu	Serbest	96	97,0
	Kısmen Kısıtlı	3	3,0
Akrabalarında Aynı Hastalık	Var	9	9,1
	Yok	90	90,9
Daha Önce Tedavi Görmesi	Evet	27	27,3
	Hayır	72	72,7
Daha Önce Hastaneye Yatması	Evet	0	0
	Hayır	99	100
Kronik Hastalık	Evet	7	7,1
	Hayır	92	92,9
Yapmış Olduğu Spor	Evet	14	14,1
	Hayır	85	85,9

Hastaların %97'nin (n=96) hareket durumunun serbest olduğu; %90,9'un (n=90) akrabalarında da aynı hastalık bulunmadığı; %72,7'nin (n=72) daha önce skolyoz hastalığı nedeniyle tedavi görmediği; %100'ün (n=99) skolyoz sebebiyle daha önce hastaneye yatmadığı; %92,9'un (n=92) herhangi bir kronik hastalığının olmadığı; %85,9'un (n=85) spor yapmadığı belirlendi (Tablo 6.2).

❖ SRS-22 Ölçeğine Yönelik Bulgular

Tablo 6.3. Hastaların SRS-22 Ölçek Puanları (n=99)

SRS-22				
Alt Boyutlar ve Genel Toplam	Minimum	Maximum	Ort.	Std.Sapma
Ağrı	13	25	21,84	± 2,81
Görünüm	8	25	17,66	± 4,69
Omurga Fonksiyonları	9	25	20,25	± 3,64
Ruh Sağlığı	13	25	19,46	± 2,91
Tedavi Memnuniyeti	6	10	9,26	± 1,01
Genel Toplam	57	106	88,47	± 10,58

Tablo 3 incelendiğinde SRS-22 ölçeğinin alt boyutlarının ortalamaları, ağrı için $21,84 \pm 2,81$, en düşük puan 13, en yüksek puanın 25; görünüm için $17,66 \pm 4,69$, en düşük puan 8, en yüksek puanın 25; omurga fonksiyonu için $20,25 \pm 3,64$, en düşük puan 9, en yüksek puan 25; ruh sağlığı için $19,46 \pm 2,91$, en düşük puan 13, en yüksek puan 25; tedaviden memnuniyet için $9,26 \pm 1,01$ en düşük puan 6. en yüksek puan 10 olarak bulundu (Tablo 6.3).

Tablo.6.4. Hastaların Yaşları ile SRS-22 Ölçek Puanları İlişkisi

SRS-22	R	p
Ağrı	0,030	0,771
Genel Görünümünü Değerlendirme	-0,060	0,557
Omurga Fonksiyonları	-0,043	0,676
Ruh Sağlığı	-0,011	0,914
Tedaviden Memnuniyet	0,059	0,562
Genel Toplam	-0,031	0,763

Pearson correlation analizi

Hastaların yaşları ile SRS-22 ölçeği alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmedi ($p > 0,05$) (Tablo 6.4).

Tablo.6.5. Cinsiyete Göre SRS-22 Ölçek Puanları

SRS-22	CİNSİYET		t ve p değerleri
	Kadın (n=78)	Erkek (n=21)	
	Ort ± Std.Sapma	Ort ± Std.Sapma	
Ağrı	22,06 ±2,66	21,0 ±3,24	t=1,548 p=0,125
Genel Görünümünü Değerlendirme	17,91 ±4,58	16,71 ±5,12	t=1,036 p=0,303
Omurga Fonksiyonları	20,74 ±3,34	18,43±4,22	t=2,660 p=0,009
Ruh Sağlığı	19,71±2,81	18,57±3,18	t=1,593 p=0,115
Tedaviden Memnuniyet	9,17±1,06	9,62±0,74	t=-1,833 p=0,070
Genel Toplam	89,59±10,14	84,33±11,40	t=2,053 p=0,043

t testi

Tablo.6.5.'te hastaların cinsiyetlerine göre SRS-22 ölçeği puan ortalamaları ilişkisi yer almaktadır. Genel toplam puan ortalamasına göre kadın ve erkek hastalar karşılaştırıldığında, kadın hastaların puan ortalaması, erkek hastaların puan ortalamasına göre anlamlı derecede yüksek bulundu.

Alt boyutlar incelendiğinde ise kadın hastaların omurga fonksiyonu puan ortalamasının, erkek hastaların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı (p=0,009) (Tablo 6.5).

Tablo.6.6. Eğitim Durumlarına Göre SRS-22 Ölçek Puanları

SRS-22	Eğitim Durumu			
	Okuryazar ve ilköğretim (n=32)	Ortaöğretim (n=55)	Yükseköğretim (n=12)	F ve p
	Ort ± Std.Sapma	Ort ± Std.Sapma	Ort ± Std.Sapma	
Ağrı	21,38±3,12	22,02±2,7	22,25±2,34	F=0,669 p=0,515
Genel Görünümünü Değerlendirme	17,97±4,93	17,20±4,8	18,92±2,87	F=0,758 p=0,451
Omurga Fonksiyonları	20,34±3,89	20,20±3,7	20,25±2,89	F=0,015 p=0,985
Ruh Sağlığı	19,44±3,14	19,24±2,87	20,58±2,42	F=1,052 p=0,353
Tedaviden Memnuniyet	9,28±0,95	9,24±1,07	9,33±0,98	F=0,052 p=0,950
Genel Toplam	88,41±11,70	87,89±10,75	91,33±5,82	F=0,517 p=0,598

Anova

Eğitim durumlarına göre SRS-22 ölçeği alt boyutları değerlendirildiğinde ilköğretim, ortaöğretim ve yükseköğretim grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$)(Tablo 6.6)

Tablo.6.7. Kardeş Sayılarına Göre SRS-22 Ölçek Puanları

SRS-22	Kardeş Sayıları			
	1 Kardeş (n=18)	2 kardeş (n=57)	3-4 Kardeş (n=24)	F ve p
	Ort ± Std.Sapma	Ort ± Std.Sapma	Ort ± Std.Sapma	
Ağrı	22,33±2,56	21,74±2,937	21,71±2,77	F=0,336 p=0,715
Genel Görünümünü Değerlendirme	18,22±4,15	17,12±4,74	18,50±4,99	F=0,882 p=0,417
Omurga Fonksiyonları	21,28±2,67	20,40±3,32	19,13±4,73	F=1,942 p=0,149
Ruh Sağlığı	20,44±2,54	19,19±2,93	19,38±3,10	F=1,280 p=0,283
Tedaviden Memnuniyet	9,06±1,30	9,33±0,85	9,25±1,15	F=0,509 p=0,603
Genel Toplam	91,33±8,38	87,79±10,99	87,96±11,09	F=0,801 p=0,452

Anova

Kardeş sayılarına göre SRS-22 ölçeği puan ortalamaları aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p < 0,05$)(Tablo.6.7).

Tablo 6.8. Aile Tipine Göre SRS-22 Ölçek Puanları

SRS-22	Aile Tipi			
	Çekirdek Aile (n=80)	Geniş Aile (n=7)	Parçalanmış aile ve diğer (n=12)	F ve p
	Ort ± Std.Sapma	Ort ± Std.Sapma	Ort ± Std.Sapma	
Ağrı	21,88±2,84	22,86±1,21	21,00±3,19	F=0,996 p=0,373
Genel Görünümünü Değerlendirme	17,91±4,62	18,14±5,58	15,67±4,63	F=1,238 p=0,295
Omurga Fonksiyonları	20,36±3,62	20,71±3,77	19,25±3,88	F=0,540 p=0,584
Ruh Sağlığı	19,50±2,83	20,57±3,45	18,58±3,14	F=1,058 p=0,351
Tedaviden Memnuniyet	9,28±1,01	9,00±1,15	9,33±0,98	F=0,265 p=0,768
Genel Toplam	88,93±10,47	91,29±11,11	83,83±10,63	F=1,488 p=0,231

Anova

Aile tipine göre SRS-22 ölçeği puan ortalamaları aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p<0,05$) (Tablo.6.8).

Tablo.6.9.Akraba Evliliğine Göre SRS-22 Ölçek Puanları

AKRABA EVLİLİĞİ			
SRS-22	Akraba Evliliği Olan (n=2)	Akraba Evliliği Olmayan (n=97)	t ve p
	Ort ± Std.Sapma	Ort ± Std.Sapma	
Ağrı	22,50 ±3,53	21,82 ±2,82	t=0,334 p=0,739
Genel Görünümünü Değerlendirme	17,50 ±2,12	17,66 ±4,743	t=-0,047 p=0,962
Omurga Fonksiyonları	20,00 ±1,41	20,26±3,68	t=-0,098 p=0,922
Ruh Sağlığı	20,50±0,70	19,44±2,94	t=0,505 p=0,615
Tedaviden Memnuniyet	9,50±0,70	9,26±1,02	t=0,332 p=0,740
Genel Toplam	90,00±1,41	88,44±10,69	t=0,205 p=0,838

t testi

Tablo 6.9’ da akraba evliliği olma durumuna göre SRS-22 ölçek puanları incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($p>0,05$).

Tablo.6.10. Yaşanılan Yere Göre SRS-22 Ölçek Puanları

YAŞANILAN YER			
SRS-22	Kasaba,Şehir (n=39)	Büyükşehir (n=60)	t ve p
	Ort ± Std.Sapma	Ort ± Std.Sapma	
Ağrı	22,33 ±2,93	21,52 ±2,71	t=1,417 p=0,160
Genel Görünümünü Değerlendirme	17,41±4,86	17,82 ±4,62	t=-0,419 p=0,676
Omurga Fonksiyonları	20,49±3,53	20,10±3,74	t=0,514 p=0,608
Ruh Sağlığı	19,82±3,01	19,23±2,85	t=0,978 p=0,331
Tedaviden Memnuniyet	9,13±0,95	9,35±1,05	t=-1,062 p=0,291
Genel Toplam	89,18±11,60	88,02±9,93	t=0,532 p=0,596

t testi

Hastaların yaşadığı yere göre SRS-22 ölçeği puan ortalamaları aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (Tablo.6.10).

Tablo.6.11. Sağlık Sigortası Durumuna Göre SRS-22 Ölçek Puanları

SRS-22	Sağlık Sigortası Durumu				
	SSK (n=55)	Emekli Sandığı (n=23)	Bağkur (n=18)	Ücretli (n=3)	F ve p
	Ort ± Std.Sapma	Ort ± Std.Sapma	Ort ± Std.Sapma	Ort ± Std.Sapma	
Ağrı	21,98±2,93	21,43±2,80	21,83±2,74	22,33±1,52	F=0,230 p=0,875
Genel Görünümünü Değerlendirme	18,44±4,44	17,70±4,73	15,83±4,76	14,00±6,55	F=2,080 p=0,108
Omurga Fonksiyonları	20,98±3,040	20,00±4,33	18,61±4,14	18,67±2,51	F=2,256 p=0,087
Ruh Sağlığı	20,18±2,54	18,91±3,11	18,44±3,32	16,67±1,52	F=3,242 p=0,025
Tedaviden Memnuniyet	9,24±1,03	9,04±1,10	9,67±0,59	9,00±1,73	F=1,402 p=0,247
Genel Toplam	90,82±9,73	87,09±12,09	84,39±9,84	80,67±9,074	F=2,589 p=0,057

Anova

*Post Hoc Tests

Hastaların sağlık sigortası durumuna göre SRS-22 ölçek puanları ile yapılan ileri analizinde SSK'lı hastaların ruh sağlığı alt boyut puanları, bağkur ve ücretli hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Tablo.6.12. Hareket Durumuna Göre SRS-22 Ölçek Puanları

HAREKET DURUMU			
SRS-22	Serbest (n=96)	Kısmen Kısıtlı (n=3)	t ve p
	Ort ± Std.Sapma	Ort ± Std.Sapma	
Ağrı	22,05±2,56	15,00 ±1,73	t=4,709 p=0,000
Genel Görünümünü Değerlendirme	17,82±4,63	12,33 ±4,16	t=-2,024 p=0,046
Omurga Fonksiyonları	20,57±3,20	10,00±1,00	t=5,675 p=0,000
Ruh Sağlığı	19,61±2,83	14,67±0,57	t=3,008 p=0,003
Tedaviden Memnuniyeti	9,25±1,02	9,67±0,57	t=-0,698 p=0,487
Genel Toplam	89,31±9,57	61,67±5,03	t=4,964 p=0,000

t testi

Hastaların hareket durumuna göre SRS-22 ölçeği alt boyutları incelendiğinde; tedaviden memnuniyet alt boyutu hariç tüm alt boyutlarda, serbest hareket eden hastaların puan ortalamasının kısmen kısıtlı hareket eden hastaların puan ortalamasından anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$)(Tablo6.12).

Tablo.6.13.Akrabalarında Aynı Hastalık Olma Durumuna Göre SRS-22 Ölçek Puanları

AKRABALARINDA AYNI HASTALIK			
SRS-22	VAR(n= 9)	YOK(n=90)	t ve p
	Ort ± Std.Sapma	Ort ± Std.Sapma	
Ağrı	19,44±3,87	22,08±2,59	t=-2,763 p=0,007
Genel Görünümünü Değerlendirme	16,67±5,93	17,16±4,58	t=-0,661 p=0,510
Omurga Fonksiyonları	17,00±5,85	20,58±3,22	t=-2,910 p=0,004
Ruh Sağlığı	17,78±3,56	19,63±2,814	t=-1,841 p=0,069
Tedaviden Memnuniyet	9,22±1,093	9,27±1,01	t=-0,124 p=0,901
Genel Toplam	80,11±16,28	89,31±9,57	t=-2,556 p=0,012

t testi

Tablo.6.13 incelendiğinde, genel toplam puan ortalamasında, akrabalarında skolyoz olan hastaların puan ortalaması, akrabalarında skolyoz görülmeyen hastaların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulundu ($p<0,05$).

Aynı şekilde alt ölçekler değerlendirildiğinde; omurga fonksiyonu alt boyutu ve ağrı alt boyutu puanlarının akrabalarında skolyoz olmayan hastalarda istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 6.13).

Tablo.6.14. Daha Önce Skolyoz Tedavisi Görme Durumuna Göre SRS-22 Ölçek Puanları

DAHA ÖNCE SKOLYOZ TEDAVİSİ GÖRME			
SRS-22	EVET (n=27)	HAYIR (n=72)	t ve p
	Ort ± Std.Sapma	Ort ± Std.Sapma	
Ağrı	20,19±3,44	22,46±2,27	t=-3,816 p=0,000
Genel Görünümünü Değerlendirme	15,48±4,82	18,47±4,41	t=-2,927 p=0,004
Omurga Fonksiyonları	18,44±4,11	20,93±3,23	t=-3,154 p=0,002
Ruh Sağlığı	17,85±3,08	20,07±2,62	t=-3,562 p=0,001
Tedaviden Memnuniyet	9,41±0,84	9,21±1,074	t=0,867 p=0,388
Genel Toplam	81,37±11,94	91,14±8,71	t=-4,468 p=0,000

t testi

Hastaların daha önce skolyoz tedavisi görme durumuna göre SRS-22 ölçeği alt boyutları incelendiğinde; tedaviden memnuniyet alt boyutu hariç tüm alt boyutlarda, daha önce skolyoz tedavisi görmeyen hastaların puan ortalamasının, tedavi gören hastaların puan ortalamasından anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$)(Tablo6.14).

Tablo.6.15. Kronik Hastalık Varlığına Göre SRS-22 Ölçek Puanları

KRONİK HASTALIK			
SRS-22	Evet (n=7)	Hayır (n=92)	t ve p
	Ort ± Std.Sapma	Ort ± Std.Sapma	
Ağrı	22,86 ±1,34	21,76 ±2,88	t=0,993 p=0,323
Genel Görünümünü Değerlendirme	16,57±4,99	17,74 ±4,69	t=-0,632 p=0,529
Omurga Fonksiyonları	18,71±4,03	20,37±3,61	t=-1,159 p=0,249
Ruh Sağlığı	18,14±2,54	19,57±2,93	t=-1,247 p=0,216
Tedaviden Memnuniyet	9,29±0,95	9,26±1,02	t=0,062 p=0,951
Genel Toplam	85,57±5,74	88,70±10,85	t=-0,751 p=0,454

t testi

Kronik hastalık varlığına göre çalışma grubu değerlendirildiğinde SRS-22 ölçeği ve alt boyutlarında kronik hastaları olan ve olmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 6.15).

Tablo.6.16. Spor Yapmalarına Göre SRS-22 Ölçek Puanları

SPOR YAPMALARI			
SRS-22	EVET (n= 14)	HAYIR (n=85)	t ve p
	Ort ± Std.Sapma	Ort ± Std.Sapma	
Ağrı Toplam	22,57±2,68	21,72±2,83	t=1,052 p=0,296
Genel Görünümünü Değerlendirme Toplam	18,43±2,87	17,53±4,93	t=0,661 p=0,510
Omurga Fonksiyonları Toplam	21,50±1,45	20,05±3,86	t=1,387 p=0,169
Ruh Sağlığı Toplam	20,00±1,79	19,38±3,06	t=0,739 p=0,462
Tedaviden Memnuniyet Toplam	9,00±1,35	9,31±0,95	t=-1,044 p=0,299
Genel Toplam	91,50±6,30	87,98±11,07	t=1,156 p=0,250

t testi

Spor yapmalarına göre çalışma grubu değerlendirildiğinde SRS-22 ölçeği alt boyutlarında spor yapan ve yapmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 6.16).

Tablo.6.17. SRS-22 Ölçek Puanları İle Alt Boyut Puanları İlişkisi

SRS-22	ağrı top.	görünüm top.	fonk.top.	Ruhsal top.	tedavi top.	Genel top.
ağrı top.	R=1 p=,					
görünüm top.	R=0,343 p=0,001	r=1 p=,				
Fonk.top.	R=0,500 p=0,000	r=0,359 p=0,000	r=1 p=,			
Ruhsal top.	R=0,389 p=0,000	r=0,589 p=0,000	r=0,470 p=0,000	r=1 p=,		
Tedavi top.	R=-0,078 p=0,444	r=-0,306 p=0,002	r=-0,238 p=0,018	r=-0,017 p=0,864	r=1 p=,	
genel toplam	R=0,693 p=0,000	r=0,792 p=0,000	r=0,744 p=0,000	r=0,804 p=0,000	r=-0,147 p=0,145	r=1 p=,

Pearson correlation analizi

Tablo 6.17’ de SRS–22 ölçeği ve alt boyutları kendi içerisinde değerlendirildiğinde; ağrı skorları ile genel görünümünü değerlendirme, omurga fonksiyonları, ruh sağlığı ve genel toplam skor arasında; genel görünümünü değerlendirme ile omurga fonksiyonları, ruhsal sağlık, tedaviden memnuniyet ve genel skor arasında; omurga fonksiyonları ile ruhsal sağlık, tedaviden memnuniyet ve genel skor arasında; ruhsal sağlık ile genel toplam arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir korelasyon saptandı.

7.TARTIŞMA

Skolyoz ameliyatı olan hastaların, yaşam kalitelerini değerlendirmek amacıyla yapılan araştırmada skolyoz ameliyatı olan hastaların demografik ve hastalık özelliklerinin yaşam kalitelerine etkisi incelendi. Araştırmanın tartışması, bulgular doğrultusunda yapıldı.

Son yıllarda araştırmacılar hastaların bakış açısı ile aldıkları tedaviden sonra yaşamlarının nasıl etkilendiğini/değiştirdiğini inceleyen ve bu tedavilerin yaşam kalitesi üzerindeki etkilisini inceleyen çalışmalar yapmaktadırlar. (Salih,2007); (Alanay,2005).

Skolyoz, ergenlikte omurga deformiteleri içerisinde en çok görülen hastalıklardan biridir. Hastaların çoğu deformite geliştikten sonra aile veya arkadaşlarının omuz, bel, kaburgalarındaki asimetrinin fark edilmesiyle sağlık kurumuna baş vurmaktadır (Barış, 2009). Vücutta deformasyon oluşturmasının yanı sıra özellikle ilerleyen vakalarda, kardiopulmoner komplikasyonlara da yol açabilen bir patolojidir. İleri dönemlerde sık tekrarlayan akciğer enfeksiyonları, hipoksi, pulmoner rezistansta artma ve pulmoner hipertansiyon sonucu sağ kalp yetmezliği gibi ağır klinik bozukluklara sebep olabilmektedir (Öner, 1997 ; Erdem,2008). Tüm bu fiziksel ve kozmetik deformitelerin yanı sıra emosyonel bozukluklar oluşturması da kaçınılmaz olacaktır. Skolyozun hastalar üzerinde yarattığı tüm fiziksel ve sosyopsikolojik etkiler, yaşam kaliteleri üzerinde etkilidir (Salih ,2007 ; Gürsoy, 2003).

Araştırmada skolyoz ameliyatı olan hastalarının yaş dağılımları %78,8'i 8 ile 28 arasında değişmekte olup, çoğu kadındı ve yarıdan fazlası ise (%62,2) 14-19 yaş aralığındaydı (Tablo 6.1). Literatüre bakıldığında, skolyozla ilgili yapılan tarama çalışmalarında yaş gruplarının 6-19 arasında değiştiği görülmektedir (Barış,2009). Skolyoz hastalığında, hastaların yaklaşık %80'i idiopatik skolyozdur. İdiopatik skolyoz, başlangıç **yaşına göre** üç alt gruba ayrılır. Üç yaşından önce tanı konulan hastalar infantil idiopatik skolyoz, üç ile on yaş arası olanlar juvenil idiopatik skolyoz, on yaşından itibaren iskelet matüritesine kadar geçen dönemde bulunan

hastalar ise adölesan idiopatik skolyoz (AIS) olarak tanımlanır. İdiopatik skolyozun büyük çoğunluğunu adölesan idiopatik skolyoz oluşturmaktadır (Erdem,2008). Sivas ili merkez ilköğretim okullarında skolyoz taraması yapan Cilli'nin (2007) çalışmasında, tespit edilen 15 skolyoz olgusunun yaşları 12 ile 15 arasında değişmekte olup % 66,7'sinin kız %33,3'ünün erkek olduğu belirtilmiştir. Salih (2007) skolyoz nedeniyle cerrahi tedavi gören hastaların yaşam kalitelerinin araştırılmasını incelediği çalışmasında 45 skolyoz hastası ile çalışmış, olguların %82,22'sinin kadın, %17,78'inin erkek hastalardan oluştuğunu belirtmiştir. Araştırma bulguları yaş ve cinsiyet yönü ile literatürle uyumludur.

En sık karşılaşılan skolyoz tipi olan adölesan idiopatik skolyozlu hastalar, okul döneminde oldukları için taşıdıkları okul sırt çantaları yüzünden sırt ağrısı, kozmetik olarak görünüşünün daha çok bozulması ile karşı karşıyadırlar. Fiziksel ve kozmetik bozukluklar daha çok göze çarpmaktadır. Aşırı fiziksel bozuklukların olduğu hastalarda doğal olarak hareket kısıtlılıkları da yaşanır. (Salih,2007; Cilli,2007). Araştırmada skolyoz ameliyatı olan 99 hastanın neredeyse tamamının (%97) hareketlerinin serbest olduğu, %3'ün de ise kısıtlı hareketler olduğu belirlendi (Tablo 6.2). Skolyoz hastaların hareketleri vücutlarının eğriliğine bağlı olarak kısıtlı / kısmen kısıtlıdır. Eğrilik derecesinin artmasıyla hareket kısıtlılıkları artar (Erdem,2008; Gürsoy,2003). Ancak araştırma bulgularımıza göre hastaların hemen hepsinin hareketlerinde kısıtlılık bulunmamaktadır (Tablo.6.2). Bu bulgu, çalışmanın yürütüldüğü hasta grubunun ameliyat sonrası değerlendirilmiş olmasının doğal sonucudur. Cerrahi tedavinin başarısının da bir göstergesi olarak düşünülebilir. Birçok çalışmada skolyozun doğal seyri ve hastalığın korse veya cerrahi ile tedavi prosedürlerinin hastaların özgüvenini, ruh sağlığını etkilediği, ağrı ve fonksiyon kısıtlılığı yaratarak yaşam kalitesine etki ettiği belirtilmektedir (Salih,2007; Zhao,2007 ; Verma,2010).

Alana özgü spesifik bir yaşam kalitesi ölçeği ile değerlendirilen vakalarımızın ağrı puanı $21,84 \pm 2,81$ olarak, "yüksek" bulundu (Tablo6.3). Bu beklenen ve sevindirici bir sonuçtur. Puanın yüksek olması skolyoz ameliyatı olan hastaların ağrılarının azaldığını ve ameliyat sonrası ağrı seviyelerinin iyi durumda olduğunu gösterir. Verma ve arkadaşları (2010) idiopatik skolyozu olan ve cerrahi

girişim geçiren hastaların demografik özelliklerinin yaşam kalitelerini nasıl etkilediğini incelediği çalışmada hastaların ağrı düzeyinin düşük olduğu bulunmuştur. Skolyozlu hastaların ameliyat öncesi yaşam kalitesinin kötü olduğunu vurgulanmaktadır (Cilli,2007). Mevcut çalışmada hastaların genel görünüm değerlendirme puanı $17,66 \pm 4,69$ olarak bulundu (Tablo 6.3). Bu yüksek değer de skolyoz ameliyatı sonrası hastaların görsel olarak kendilerinin daha iyi bulduğunu ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediğini gösterir. Yapılan bir çalışmada hastaların ameliyat olmasındaki etkenler değerlendirilmiş ve birinci sırada ve hastaların tamamında bulunan etkenin estetik kaygılar olduğu, diğer nedenlerin hastalar açısından ikinci planda kaldığı saptanmıştır (Salih,2007). Weinstein ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise tedavisiz kalan hastaları değerlendirdikleri zaman hastaların fiziksel fonksiyon açısından çok az derecede etkilense de yaşam kalitelerinin etkilendiği saptanmıştır (Barış,2009). Bu da hayat kalitesi açısından hastaların tedavi edilmesi gerektiğini desteklemesi açısından önemli bir bulgudur. Zira Weinstein ve arkadaşlarının çalışmasında cerrahi tedavi öncesi hayat kalitesini değerlendiren araştırmalarda hastaların yaşam kalitesi skorları düşük bulunmuştur. Şenköylü ve arkadaşları (2009) çalışmasında, Hibrid ve Pedikül Vidası Teknikleriyle skolyoz ameliyatı olan 31 hastayı değerlendirmiş ve genel görünümü değerlendirme puanını 20.7 ± 2.8 bulunmuştur.

Bazı omurga eğriliklerinin açısı ve yeri hastada omurga fonksiyonlarında azalmaya sebep olur, hareketlerinin kısıtlanması hastanın ruh sağlığını da etkiler. Ergenlik döneminde karşılaştığımız skolyoz gruplarının omurga eğriliğine bağlı hareketlerinde kısıtlanma olması, arkadaşları ve aileleriyle normal aktivitelerini gerçekleştirememesi; korse kullanmaları yaşam kalitelerini etkilemektedir (Verma,2010). Araştırmada omurga fonksiyonu puanı ‘yüksek’ ($20,25 \pm 3,64$) bulundu (Tablo 6.3). Bu yüksek değer skolyoz ameliyatı sonrası yaşam kalitesinin arttığını, günlük aktivelerine geri döndüklerini göstermektedir. Şenköylü ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında, omurga fonksiyonları puanı 22.1 ± 3.1 olarak bulunmuştur (Tablo 6.3). Benli ve arkadaşları (2007) çalışmasında, skolyoz ameliyatı olan 109 hastayı 10 yıl takip etmiş ve hastalarının eğitim, iş ve evlilik hayatlarının mükemmel şekilde devam ettiği belirtmiştir. Hastaların hem görünümünde bozukluklar olması hem ağrılarının olması onları psikolojik olarak etkilemektedir. Çalışmada ruh sağlığı puanı $19,46 \pm 2,91$ 'dir (Tablo 6.3). Bu sonuç

yaşam kalitesi ruhsal alt boyutunun yüksek olduğunu gösterir. Ameliyat sonrası görünümünün düzelmesi hastanın yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemiştir. Şenköylü ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında ruh sağlığı puanı 19.4 ± 2.5 belirtilmiştir. Kahanovitz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (1989), 12-16 yaş arası skolyoz hastalarının ameliyat sonrası aileleriyle olan ilişkilerini incelemiş ve skolyoz hastalarının psikolojik durumları ve sosyal fonksiyonlarının ebeveynlerden etkilendiği belirtmiştir. Bulgumuz diğer çalışma sonuçları ile uyumludur.

Araştırmada tedaviden memnuniyet puanı $9,26 \pm 1,01$ olarak yüksek bulunması, skolyoz ameliyatı olan hastaların tedaviden oldukça memnun kaldığı ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği söylenebilir (Tablo 6.3). Şenköylü ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında tedaviden memnuniyet puanı 9.1 ± 1.1 'dir. Mevcut çalışmanın yaşam kalitesi genel toplam puanı ise $88,47 \pm 10,58$ olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 6.3). Şenköylü ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında genel toplam puanı 90.9 ± 11.8 'dir. Bulgumuz ve diğer çalışmalar bir arada değerlendirildiğinde skolyozlu hastaların yaşam kalitesinin cerrahi girişim sonrası oldukça iyi olduğu söylenebilir.

Hastaların yaş dağılımlarına göre yaşam kalitesi ölçek puanları incelendiğinde aralarında anlamlı bir korelasyon saptanmadı (Tablo 6.4.) ($p > 0,05$). Bu bulgu beklenen bir sonuçtur. Korelasyon olmaması yaş ortalamasının düşük olması, hastaların bir ebeveyn desteğine sahip olmaları ve başa çıkmalarını kolaylaştırılmış olması nedeniyle açıklanabilir.

Literatürde vurgulandığı gibi tedavi gerektiren eğrilik derecelerindeki skolyoz hastalığı, kadınlarda erkeklerden daha sık görülmektedir (Salih,2007). Araştırmada hastaların %78,8 'ini kadın hastalar oluşturmaktadır (Tablo 6.1). Başar (2001) Edirne/Havsa Merkez ilköğretim öğrencilerinde skolyoz görülme sıklığını incelemiş, çalışmasında kızlarla erkekler arasında skolyoz açısından anlamlı bir fark olmadığını tespit etmiştir. Mevcut çalışmada sadece genel toplam ve omurga fonksiyonu alt ölçeğinde kadın hastaların erkek hastalara göre puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo.6.5). Bunun sebebinin erkek hastaların eğriliklerinin daha fazla olması ve daha geç dönemde daha rahat hareket etmesi olabilir. Salih'in (2007) çalışmasında da, erkek hastalarda daha rijit ve daha yüksek

eğrilik paterni ile karşılaşılmış, erkeklerdeki ameliyat öncesi ortalama eğrilik derecesi daha yüksek ve tedavi sonrası korelasyon oranları daha düşük bulunmuştur.

Aile tipine göre yaşam kalitesi toplam ve alt ölçek puan ortalamaları aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü. ($p>0,05$) (Tablo.6.8.). Anlamlı olmasada genel toplam ve ruh sağlığı puanları geniş aile tipinde daha yüksektir. Çünkü parçalanmış ailelerde çocuğun psikolojik olarak etkilenmesi söz konusu olabilmekte, bu ruhsal durumun üzerine görünümünde de bozukluklar olması yaşam kalitesini ruhsal yönden etkilemektedir. Verma ve arkadaşlarının çalışmasında da (2010) aile tiplerinin, omurga fonksiyonları puan ortalamaları arasında pozitif bir anlamlılık görülmektedir ($p<0,005$). Bulgu diğer çalışmayla uyumludur.

Akraba evliliğinin omurga deformitelerine neden olan etkenlerden birisi olarak düşünülmektedir (Başar,2001). Çalışmada hastaların anne ve babası arasında akrabalık olup olmadığı araştırılmış ve hastaların akraba evliliğinin oldukça düşük oranda olduğu (%2) dolayısıyla yaşam kalitesi ile akraba evliliği arasında anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür ($p>0,05$)(Tablo 6.9). Literatürde de benzer sonuçlar yer almaktadır. Örneğin Başar (2001) ve Çilli (2007) çalışmalarında akraba evliliklerinin omurga deformitelerini etkilemediğini bulmuşlardır. Yabancı literatür genellikle genetik faktörlerin omurga deformitesi oluşumunda rol oynayabileceğini; idiyoPATİK skolyozun X'e bağlı geçişli olduğunu savunmaktadır (Barış,2009). Miller ve arkadaşları 1996 da yaptıkları çalışmada skolyoz da FBN1 adlı genle geçişli savunmuşlardır.

Çalışmamızda hastaların yaşadıkları yere göre yaşam kalitesine bakıldığında, anlamlı bir farklılık gözlenmedi (Tablo 6.10). Skolyoz hastalarının kasaba veya büyükşehirde yaşamaları yaşam kaliteleri üzerine etkili değildir. Hastaların yaşadığı ortam skolyozun eğriliğini arttırmadığı için, görünüm ve ruh sağlığını etkilememektedir. Zhao ve arkadaşları (2007), Çinli skolyozlu hastalar üzerinde SRS-22 güvenilirlik ve geçerlilik analizini yapmış; kırsal kesim ve kentsel alan arasında farklılıklar bulunmuştur; kırsal alanda yaşayan hasta sayısı %80'dir. Kırsal kesimde yaşayan hastalar korse ile daha uyumlu, kentsel alanda yaşayanlar ise daha

gergindir. Mevcut çalışmada ise hastaların tamamına yakınının kentsel alanda yaşaması, aralarında anlamlı ilişki olmadığına sebep olmuş olabilir.

Yaşam kalitesinin hastaların sahip oldukları sağlık sigortası tipine göre anlamlı derecede farklı olduğu görüldü ($p<0,05$) (Tablo 6.11) Hastaların sağlık sigortası durumuna göre yaşam kalitesi ölçek puanları ile yapılan ileri analiz de SSK'lı hastaların ruh sağlığı alt boyut puanları, bağkur ve ücretli hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$)(Tablo 6.11). SSK güvencesi olan skolyozlu hastaların tedavi masraflarının büyük çoğunluğu sigorta kurumu tarafından karşılanmaktadır. Diğer sağlık sigortalarında ise hastaların skolyoz ameliyatı masraflarının karşılanmasında kısıtlamalar bulunmaktadır. Tedavi masrafları hasta için endişe kaynağıdır. Buda hastaların ruh sağlığını etkilemektedir. Verma ve arkadaşlarının (2010) yapmış olduğu çalışmada da hane gelirinin yaşam kalitesi üzerinde puan ortalamasında olumlu etkisi olduğu gösterilmiştir ($p<0,05$).

Skolyoz olan hastaların yaşam kalitesi hareket edebilme durumuna göre incelendiğinde, tedaviden memnuniyet alt ölçeği dışındaki tüm boyutlarda ve toplam puanda yaşam kalitesi anlamlı derecede daha yüksek bulundu (Tablo 6.12). Hareketlerinde hiçbir kısıtlama olmayan hastalar kendilerini psikolojik açıdan daha olumlu hissetmektedir. Omurga fonksiyonlarında kısıtlama olmadığı için ihtiyaçlarının tamamını rahatlıkla karşılayabilmektedir.

Anne ve babada skolyozun bulunması, çocuklarda görülme riskini yaklaşık 50 kat kadar artırır (Cilli, 2007). Araştırmamız da vakaların %9,1'inin ($n=9$) akrabalarında skolyoz olduğu görülmektedir (Tablo6.2). Ailelerinde skolyoz bulunma durumuna göre yaşam kalitesi incelendiğinde, omurga fonksiyonu alt boyutu ve ağrı alt boyutunun puanlarının akrabalarında skolyoz olmayan hastalarda anlamlı derecede daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$) (Tablo 6.13). Ailelerinde skolyoz olması, skolyoz eğriliklerinin fazla olabileceğini, bu nedenle de ağrılarının fazla olduğunu düşündürmüştür. Bulgularımız literatürle uyumludur.

Skolyoz tedavisi konservatif ve cerrahi tedavi şeklinde uygulanmaktadır. Konservatif tedaviye ilk alçı uygulamasıyla başlanmış, 1970'lerde şu anda kullanılan modern korseleme şeklini almıştır. Korseleme, eğriliğin ilerlemesini

kontrol altına almakta etkilidir. Korse tedavisinde başarı sağlanamaması, torasik lordoz, solunum problemlerinin başlaması, kontrol edilemeyen sırt ve bel ağrılarının olması diğer cerrahi endikasyonları oluşturur. Cerrahi tedavi de amaç ise, eğriliği azaltmak ve ilerlemeyi durdurmaktır (Erdem,2008). Araştırmamızda hastaların %27,3'ü daha önce konservatif tedavi görmüştür. %72,7'si direk cerrahi tedaviyi tercih etmiştir (Tablo 6.2). Hastaların tedavi tipine göre yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde , daha önce skolyoz ile ilgili hiçbir tedavi görmeyenlerin genel görünümünü değerlendirme, omurga fonksiyonları ve ruh sağlığı istatistiksel anlamda daha iyi bulunmuştur. (Tablo.6.14). Zhao ve arkadaşlarının çalışmasında (2007), korsenin yaşam kalitesi üzerinde büyük bir olumsuz etki yarattığını göstermiştir. Salih'in (2007) çalışmasında 45 hastadan 14'üne korse ile konservatif tedavi uygulanmış, ancak konservatif tedavinin başarısız olması nedeni ile cerrahi tedaviye geçilmiştir. Korse tedavisine uyumun zorluğu, tedavi süresinin uzunluğu, adölesan dönemde hastaların bu tedaviye karşı olan önyargıları göz önüne alındığında sonuçlar dikkate değerdir. Ayrıca konservatif tedavinin başarısızlığı sonucu tekrar cerrahi tedaviye geçilmesi, hastaları direk cerrahi tedaviye yöneltmiştir.

Hastaların yaşam kalitesini ameliyat öncesi spor yapmalarına değerlendirdiğimizde, istatistiksel anlamda farklılık bulunmamıştır (Tablo 6.16). Skolyoz eğriliklerinin çok hızlı ilerlememesi için konservatif tedavinin yanında, hastalara yüzme, plates ve fiziksel egzersizler önerilir (<http://www.formed.com.tr/skolyoz.html>). Skolyoz olmaları hastaların ameliyat öncesi spor yapmalarına engel olmadığı için yaşam kalitesini etkilememiştir.

SRS-22 genel toplam puanı ile tedaviden memnuniyet alt boyutu hariç tüm alt boyutlarda pozitif anlamlı bir ilişki olduğu görüldü (Tablo 6.17). Tüm boyutların birbirini olumlu yönde etkilenmesi genel yaşam kalitesine olumlu yansımaktadır. Tedaviden memnuniyet alt boyutu ile anlamlı bir korelasyon olmaması ise çalışmanın ameliyat sonrası yapılmasıyla ilişkili olmasından kaynaklanabilir. Ameliyat sonrası ağrılarının bir süre daha devam etmesi bunu etkilemiştir. Yaşam kalitesi bireyin biyo, psiko ve sosyal boyutlarını etkiler.Tedavinin yeni olması beraberinde ağrının henüz devam etmesini gösterir. Yaşam kalitesi genel toplam

puanı, tedaviden memnuniyet alt boyutunun düşük olmasına rağmen yüksek çıkmıştır. Skolyozda cerrahi tedavi yaşam kalitesini artıran bir girişimdir. Çalışmamızda elde edilen veriler de yapılan cerrahi tedavinin skolyoz hastalarının yaşam kalitelerini olumlu şekilde etkilediğini göstermektedir.

8.SONUÇ VE ÖNERİLER

Skolyoz ameliyatı olan hastaların, yaşam kalitelerini değerlendirmek amacıyla yapılan araştırmada skolyoz ameliyatı olan hastaların demografik ve hastalık özelliklerinin yaşam kalitelerine etkileri incelendi.

Hastalar 8-28 yaş aralığında ve çoğunun kadın (%78,8) olduğu ; %97'sinin serbest olarak hareket edebildiği; %90,9 'un akrabalarında skolyoz bulunmadığı saptandı.

Skolyoz hastaların yaş, eğitim durumları, aile tipleri ve yaşadıkları yerlere göre yaşam kalitesini etkilemediği,

Hastaların daha önce skolyoz tedavisi görmesinin, sahip oldukları sağlık sigortası durumunun, hareket düzeylerinin yaşam kalitesini etkilediği,

Bütün veriler ışığında omurgadaki eğriliğin hastaların hayatlarını kötü etkilediği belirlendi ve skolyoz ameliyatının yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin iyi olduğu sonucuna varıldı.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Akrabalarında skolyoz olan hastaların skolyoz durumlarını, hasta üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmaların yapılması,
- Skolyoz ameliyatı sonrası hemşirelik girişimlerinin hastaların yaşam kalitelerini nasıl etkilediği konusunda çalışmaların yapılması,
- Bu çalışmanın skolyoz ameliyatı öncesinde ve sonrasında olacak şekilde tekrarlanması önerilebilir.

9.KAYNAKLAR

Acaroğlu, E. (2002). Adölesan İdiopatik Skolyozda Genel Değerlendirme ve Konservatif Tedavi. TOTBİD dergisi; 1 (1), 10-14.

Ahmadi H. (2008). Erken Başlangıçlı Skolyoz Tedavisinde Füzyonsuz Seçeneklerin Güvenirlik ve Etkinliği. Uzmanlık Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı. Danışman: Prof. Dr. Muharrem Yazıcı.

Alıcı E. (1991). Omurga Hastalıkları ve Deformiteleri. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları, İzmir, 271–349

Akgöl, T.(2011) .Erken Başlangıçlı Omurga Eğrilikleri. Uzmanlık Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı. Danışman: Prof.Dr. Ünsal Domaniç

Akyol, A. (1992). Hemolize Giren Hastaların Yaşam Kalitesinin Saptanması ve Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımlarının Yaşam kalitesine olan Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Danışman:Doç.Dr. Kamile Ergin.

Alanay, A.(2005).Reliability and Validity of Adapted Turkish Version of Scoliosis Research Society-22 (SRS-22) Questionnaire.Spine.2464-2468

Anter M. (1995). Çeşitli Spinal Cerrahi Enstrumantasyonlarında Kullanılan Pediköl Çengellerinin Vertebradan Kurtulma Dayanıklılıklarının İnsan Kadavra Omurgaları Üzerinde Biyomekanik Olarak Araştırılması. Uzmanlık tezi, İstanbul.

Aykaç B. (2009). Enstrumantasyonlu Posterior Dekompresyon Yapılan Lomber Dar Kanal Olgularında Ameliyat Sonrası Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi,Edirne.

Balderston RA, Albert TJ, McIntosh T, Wong L, Dolinskas C. (1998) Magnetic resonans imaging of lomber disc changes below scoliosis fusions. Spine; 23(1):54-8.

Baldus, C.(2011). The Scoliosis Research Society Health-Related Quality Of Life (SRS-30) Age-Gender Normative Data: An Analysis of 1346 Adult Subjects Unaffected by Scoliosis.Spine.545-50.

Barış F. (2009). Ankara İli Sincan İlçesinde Bir İlköğretim Okulu ve Bir Lisede Öğrenim Gören Öğrencilerde Skolyoz ve Kifoz Sıklığının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Danışman: Yard.Doç.Dr.Yeter Kitiş.

Başar, P. (2001). Edirne/Havsa Merkez İlköğretim Öğrencilerinde Skolyoz Görülme Sıklığı. Yüksek Lisans Tezi. Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Danışman: Prof.Dr.Ahmet Saltık.

Benli, İ.T. ,Ateş B. , Akalın S. , Çitak M, Alanay A. (2007). Minimum 10 years follow-up surgical results of adolescent idiopathic scoliosis patients treated with TSRH instrumentation. Spine 16(3): 381-391.

Birgili, B. (2007). Servikal Vertebra Pediküllerinin Cerrahi Anatomisi: Bir Kadavra Çalışması. Uzmanlık Tezi. Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirürji Anabilim Dalı. Danışman: Yrd. Doç. Dr. Cumhuri KILINÇER

Bradford DS, Lonstein JE, Moe JH. (1987) Moe's textbook of scoliosis and other spinal deformities. 2. ed. WS Saunders Company. 1-5, 41-58, 191-4, 369.

Bridwell KH. (2004). Selection of instrumentation and fusion levels for scoliosis: where to start and where to stop. J Neurosurg (Spine 1); 1: 1-8.

Bridwell KH. (1999). Surgical treatment of idiopathic adolescent scoliosis. Spine ;24(24):2607-16.

Brosnan H.(1991) Nursing Menegement of The Adolescent with Idiopathic Scoliosis. Nurse Clin ; 26(01): 17-31.

Canale ST. (2003). Campbell's operative orthopaedics. Tenth edition ; pp 1781-1807.

Cilli K. (2007). Sivas İli Merkez İlköğretim Okullarında Skolyoz Taraması.Uzmanlık tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı. Danışman: Doç.Dr. Gündüz Tezeren

Corona, J. (2011). Measuring quality of life in children with early onset scoliosis: development and initial validation of the early onset scoliosis questionnaire. J Pediatr Orthop. 180-5

Çalıkılıgı, G. (1978).Ortopedi ve Travmatoloji. Ankara. Yargıcıoğlu Mat. 25-81.

Çoban G. (2006). Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Danışman: Doç. Dr. Mağfiret Kaşıkçı.

Çorbacı, N. (1992). İdiopatik Skolyoz Olgularında Cerrahi Tedavinin Vital Kapasite Üzerine Etkisinin Araştırılması. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü. Danışman: Prof.Dr. Müjgan Sıdal

Ege, T. (2008). Konjenital Skolyozda Posterior Enstrumantasyonun Yeri ve Önemi. Uzmanlık Tezi. Ankara: Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Başkanlığı. Danışman: Prof. Tbp. Kd. Alb. Ali Şehirlioğlu.

Erdem, MN. (2008). Lenke Tıp 3C,5C ve 6C Eğrilikleri Olan Adolesan İdiopatik Skolyozun Cerrahi Tedavisinde Distal Füzyon Seviyesini L4 yerine L3'te Durma Kriterleri. Uzmanlık Tezi. İstanbul: Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı. Danışman: Prof.Dr.Mehmet Tezer

Ergün,FŞ. (1998). Perkütan Transluminal Koroner Anjiyoplasti Uygulanan Hastalara Yönelik Geliştirilen Standart Hemşirelik Bakım Modelinin Hastanın Yaşam Kalitesine ve Bakım Yeterliliğine Olan Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Eser, E. (2008). Çocuklar İçin Genel Amaçlı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kid-KINDL) Türkçe Sürümünün Psikometrik Özellikleri. Türk Psikiyatri Dergisi, 19(4); 409-417.

Glassman SD. (1992). Hook pattern selection in the treatment of spinal deformity. Spine: State of the Arts Reviews ;6:331-46.

Gürsoy, D. (2003). Adölesan Dönem Skolyoz Olgularında Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Dönemde Beden İmajı ve Benlik Saygılarının Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Danışman: Prof. Dr. Hatice PEK

Güvendik, G.İ. (2007). Adölesan İdiopatik Skolyozlu ve Sağlıklı Çocuklarda Denge ve Postür Parametralerinin Karşılaştırılmalı Olarak İncelenmesi. Uzmanlık Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü.

Haher TR, Gorup JM, Shin TM, Homel P, Merola AA, Grogan DP, Pugh L, Lowe TG, Murray M. (1999). Results of the Scoliosis Research Society instrument for evaluation of surgical outcome in adolescent idiopathic scoliosis. A multicenter study of 244 patients. Spine. (14):1435–40.

Hamzaoğlu A, Ozturk C, Tonbul M, Saka G, Enercan M, Kara AN. (2008). The role of traction radiographs taken under general anesthesia in surgical decision making of treatment of adolescent idiopathic scoliosis. 15th International Meeting on Advance Spine Techniques, Hong kong.

Herring, J. (2002). Tachdjian's pediatric orthopaedics

İbişoğlu, Y. (2009). İzmir İli Bornova İlçesi İlköğretim Okullarında Okuyan 12-14 Yaş Grubu Çocuklarda Skolyoz Prevalansının Hesaplanması. Uzmanlık Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı. Danışman: Prof. Dr. Arzu ON

Kahanovitz, N. (1989) The psychological impact of idiopathic scoliosis on the adolescent female. A preliminary multi-center study. Spine 14(5):483-5.

Karataş, M. (2010). İdiopatik Skolyozun Cerrahi Tedavisinin Geç Dönem Sonuçları. Uzmanlık tezi, Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı. Danışman: Prof. Dr.Çetin Önder

Katz DE, Richards BS, Browne RH, Herring JA. (1997). A comparison between the Boston brace and the Charleston bending brace in adolescent idiopathic scoliosis. Spine; 22(12):1302-12.

Kaya, H. (1997). Selim Prostat Hiperplazili Hastalarda Uygulanan Ameliyat Öncesi Bakım ve Eğitimimn Ameliyat sonrası Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Danışman: Doç.Dr.Neriman Akyolcu

Kaya, N. (2002). Romatoid Artritli Bireylerde Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi. Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Danışman: Prof.Dr.Kamerya Babadağ.

Leelapattana, P. (2011). Reliability and validity of an adapted Thai version of the Scoliosis Research Society-22 questionnaire. J Child Orthop.35-40

Nachemson AL, Peterson LE. (1995).Effectiveness of treatment with a brace in girls who have adolescent idiopathic scoliosis. A prospective, controlled study based on data from the Brace Study of the Scoliosis Research Society. J Bone Joint Surg Am.;77(6):815-22.

Marketos SG, Skiadas PK, Galen. (1999). A pioneer of spine research. Spine; 24(22):2358-62.

Miller, N.H. (1996). Genetic Analysis of Structural Elastic Fiber and Collagen Genes in Familial Adolescent Idiopathic Scoliosis, J Orthop Res. Vol. 14, No. 6.

Monticone, M. (2010). Development of The Italian Version of the Revised Scoliosis Research Society -22 Patient Questionnaire, SRS-22r-I. Spine (24) :E1412- E1417.

Müler, C.(2011). Prospective evaluation of physical activity in patients with idiopathic scoliosis or kyphosis receiving brace treatment. Eur Spine J.

Öner, C. Yenerkol, B., Batmaz, F. (1997) Eskişehir Merkez İlkokullarında Skolyoz Taraması. Ege Tıp Rehabilitasyon Dergisi, 203-207.

Özer,S. (2002).Kalp Yetmezliğinde Sağlık Davranışları ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.Danışman: Prof.Dr.Gülümser Argon.

Polly DW, Sturm PF. (1998). Traction versus supine side bending. Which technique best determines curve flexibility? Spine; 23: 804-8.

Richards BS, Herring JA, Johnston CE, Birch JG, Roavh JW. (1994) Treatment of adolescent idiopathic scoliosis using Texas Scottish-Rite Hospital instrumentation. Spine 19:1598-1605.

Salih M. (2007). Skolyoz Nedeniyle Cerrahi Tedavi Gören Hastaların Hayat Kalitelerinin Araştırılması. Uzmanlık tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı. Danışman: Prof.Dr.Nafiz Bilsel.

Suk S, Lee SM, Chung ER,(2003). Determination of distal fusion level with segmental pedicle screw fixation in single thoracic idiopathic scoliosis. Spine; 28: 484-91.

Surat, A. (2010). İdiopatik Skolyoz. The Journal of Turkish Spinal Surgery; 21(3);279-290.

Şenköylü, A. , Taşkesen A. , Ataoğlu B. , Özer M. , Altun N. (2009). Hibrid ve Pedikül Vidası Teknikleri Arasında SRS-22 Anketi Açısından Fark Yok. The Journal of Turkish Spinal Surgery; 20(3);31-38.

Şendir,M. (2000). Total Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Hasta Eğitiminin Ameliyat Sonrası Fiziksel Uyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Danışman: Prof.Dr.Kamerya Babadağ.

Tümer, Y. (1992) Skolyoza genel bakış. In “ Vertebra “. Ed. Ege R. Türk Hava Kurumu basımevi, Ankara. 499-571.

Verma, K. , Lonner B, Hoashi J.S. , Lafège V. , Dean L.(2010). Demographic Factors Affect Scoliosis Research Society-22 Performance in Healthy Adolescents. Spine (24) :2134-2139.

Zhao, L. (2007). The Scoliosis Research Society-22 questionnaire adapted for adolescent idiopathic scoliosis patients in China. Spine.

<http://www.anh.gov.tr> erişim tarihi:16.06.10

http://www.cna-nurses.ca/cna/documents/pdf/publications/CERT_Ortho_2009e.pdf

erişim tarihi: 06.08.10

[http://www.cw.bc.ca/library/pdf/pamphlets/BCCH1051_Scoliosis%20Surgery_2010](http://www.cw.bc.ca/library/pdf/pamphlets/BCCH1051_Scoliosis%20Surgery_2010.pdf)

[.pdf](http://www.cw.bc.ca/library/pdf/pamphlets/BCCH1051_Scoliosis%20Surgery_2010.pdf) erişim tarihi:06.08.10

<http://www.hastaneciyiz.files.wordpress.com> erişim tarihi:10.08.10

<http://www.indyspinemd.com/Normal/index.asp> erişim tarihi:11.05.10

<http://www.fsmhastanesi.com> erişim tarihi:06.08.10

<http://www.saglikdanis.com> erişim tarihi:02.04.10

<http://www.srs.org/support/> erişim tarihi:16.06.10

10.EKLER

Ek 1: DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1.Hastanın Adı Soyadı:

2.Yaşı:

3.Cinsiyeti:

4.Kilo:

5.Boy:

6.Kardeş Sayısı:

7.Aile Tipi:

1-Çekirdek () 4-Diğer ()

2-Geniş ()

3-Parçalanmış (anne -baba ayrı) ()

8.Akraba Evliliği:

1-Var ()

2-Yok ()

9.Yaşadığı Yer:

1-Köy-Kasaba ()

2-Şehir ()

3-Büyükşehir ()

10.Öğrenim Durumu:

- 1-Okur-yazar değil ()
- 2-Okur-yazar ()
- 3-İlköğretim ()
- 4-Ortaöğretim ()
- 5-Yükseköğretim ()

11.Sağlık Sigortası:

- 1-SSK ()
- 2-Emekli Sandığı ()
- 3-Bağ-Kur ()
- 4-Ücretli ()
- 5-Yeşil Kart ()

12.Hareket Durumu:

- 1-Serbest ()
- 2-Kısıtlı ()
- 3-Kısmen Kısıtlı ()

13.Birinci dereceden akrabalarında aynı hastalık var mı:

- 1-Var ()
- 2-Yok ()

14.Daha önce hastalığı nedeni ile tedavi gördü mü:

- 1-Evet ()
- 2-Hayır ()

15,Daha önce hastalığı nedeni ile hastaneye yattı mı:

- 1-Evet ()
- 2-Hayır ()

16.Kronik Hastalığınız var mı?

1-Evet ()

2-Hayır ()

Cevabınız “evet” ise lütfen boşluğa hastalığınızı belirtiniz.

17.Yapmış olduğunuz bir spor var mı?

1-Evet ()

2-Hayır ()

Cevabınız “evet” ise lütfen boşluğa hastalığınızı belirtiniz.

Ek 2

SRS-22r Hasta Anketi

Hasta Adı : _____
Ad Soyad

Doğum Tarihi : ____/____/____
Gün Ay Yıl

Bugünün Tarihi : ____/____/____ Yaş : ____ + ____
Gün Ay Yıl Yıl Ay

Dosya Numarası : _____

Bu anket ile sırtınızın ve belinizin şu andaki durumunu değerlendirmek istiyoruz. Bu nedenle **bu soruları bizzat kendinizin yanıtlaması bizim için çok önemli**. Lütfen tüm sorularda kendinize **en uygun olan cevabı daire içine alınız**.

1 . Aşağıdaki cevaplardan hangisi son 6 ay süresince sizin yaşadığınız ağrıyı en iyi şekilde tarif eder ?

- Hiç
- Hafif
- Orta
- Orta-Şiddetli
- Şiddetli

2 . Aşağıdaki cevaplardan hangisi son 1 ay süresince sizin yaşadığınız ağrıyı en iyi şekilde tarif eder ?

- Hiç
- Hafif
- Orta
- Orta-Şiddetli
- Şiddetli

3 . Son 6 ay boyunca çok sinirli bir kişi miydiniz ?

- Hiçbir zaman
- Çok nadir
- Bazen

Çoğu zaman
Her zaman

4 . Eğer hayatınızın geri kalanını beliniz veya sırtınızın şu andaki şekli ile geçirecek olsanız, bu konuda kendinizi nasıl hissederdiniz?

Çok mutlu
Mutlu
Ne mutlu ne de mutsuz
Mutsuz
Çok mutsuz

5 . Şu anda ne kadar hareket edebiliyorsunuz ?

Yatağa/ Tekerlekli sandalyeye bağlı olarak
Tek başıma hareket edemiyorum
Hafif işler, ev işleri yapabiliyorum
Orta ağırlıkta işler ve yürüyüş, bisiklet sürme gibi hafif sporlar yapabiliyorum
Hiçbir kısıtlama olmaksızın her hareketi yapabiliyorum

6 . Kıyafetinizin içinde kendinizin nasıl görüldüğünü düşünüyorsunuz ?

Çok güzel
Güzel
Orta güzellikte
Kötü
Çok kötü

7 . Son 6 ay içerisinde hiçbirşeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar moraliniz bozuk oldu mu ?

Çok sık
Sık
Arada sırada
Çok ender
Hiçbir zaman

8 . İstirahat sırasında bel veya sırt ağrınız oluyor mu ?

Çok sık
Sık
Arada sırada
Çok ender
Hiçbir zaman

9 . Şu anda iş ya da okulda ne kadar hareket edebildiğinizi düşünüyorsunuz ?

%100 normal hareket ediyorum
%75 normal hareket ediyorum

- %50 normal hareket ediyorum
- %25 normal hareket ediyorum
- %0 normal hareket ediyorum

10 . Aşağıdaki cevaplardan hangisi gövdenizin görünüşünü en iyi şekilde tarif eder ?

- Çok güzel
- Güzel
- Orta güzellikte
- Kötü
- Çok kötü

11 . Aşağıdakilerden hangisi beliniz veya sırtınız için kullandığınız ilaçları en iyi şekilde tarif eder ?

- Hiç ilaç kullanmıyorum
- Uyuşturucu özelliği olmayan ağrı kesicileri haftada bir veya daha az kullanıyorum.(Örn:*Aspirin, Novalgin, Parol, Voltaren, Apranax, Naprosyn, Viox*)
- Uyuşturucu özelliği olmayan ağrı kesicileri günlük kullanıyorum.
- Uyuşturucu özelliği olan ağrı kesicileri haftada bir veya daha az kullanıyorum. (Örn:*Morfin, Dolantin*)
- Uyuşturucu özelliği olan ağrı kesicileri günlük olarak kullanıyorum.

12 . Beliniz veya sırtınızdaki problem ev içinde yaptığınız işlere engel oluyor mu ?

- Hiçbir zaman
- Çok ender
- Arada sırada
- Sık sık
- Çok sık

13 . Son 6 ay boyunca kendinizi ne kadar süre sakin ve huzurlu hissettiniz ?

- Her zaman
- Çoğu zaman
- Bazen
- Çok ender
- Hiçbir zaman

14 . Beliniz veya sırtınızın durumunun başka insanlarla olan ilişkilerinizi etkilediğini düşünüyor musunuz?

- Etkilemiyor
- Biraz etkiliyor
- Orta derecede etkiliyor
- Sıklıkla etkiliyor

Çok fazla etkiliyor

15 . Beliniz veya sırtınızdaki problem sizin veya ailenizin ekonomik sıkıntılar çekmesine neden oluyor mu ?

Bu problem ailemin ekonomik sıkıntılar çekmesine :

- Çok fazla neden oluyor
- Sıklıkla neden oluyor
- Orta derecede etkiliyor
- Biraz etkiliyor
- Hiç etkilemiyor

16 . Son 6 ay içerisinde kendinizi hiç mutsuz ve kederli hissettiniz mi ?

- Hiçbir zaman
- Çok ender
- Arada sırada
- Sık sık
- Çok sık

17 . Son 3 ay içinde işten/ okuldan hiç bel/sırt ağrısı nedeniyle izin aldınız mı ? Eğer aldıysanız kaç gün ?

- 0 gün aldım (hiç almadım)
- 1 gün aldım
- 2 gün aldım
- 3 gün aldım
- 4 veya daha fazla gün aldım

18 . Beliniz veya sırtınızın durumu, arkadaşlarınız ya da ailenizle dışarı çıkmanızı kısıtlıyor mu ?

- Hiçbir zaman
- Çok ender
- Arada sırada
- Sık sık
- Çok sık

19 . Beliniz veya sırtınızın şu anki haliyle kendinizi çekici buluyor musunuz ?

- Evet, kendimi çok çekici buluyorum
- Evet, kendimi oldukça çekici buluyorum
- Ne çekici ne değilim
- Hayır, pek fazla değilim
- Hayır, kendimi hiç çekici bulmuyorum

20 . Son 6 ay içinde mutlu bir insan mıydınız ?

- Hiçbir zaman
- Çok ender

Bazen
Çoğu zaman
Her zaman

21 . Bel veya sırtınıza uygulanan tedavinin sonucundan memnun kaldınız mı ?

Çok memnun kaldım
Memnun kaldım
Ne memnunum, ne de değilim
Biraz hayal kırıklığı oldu
Tamamen hayal kırıklığı oldu

22 . Şu anki değerlendirmeniz sonucunda, aynı hastalık için size yine aynı tedavi önerilseydi kabul eder miydiniz ?

Kesinlikle evet
Muhtemelen evet
Emin değilim
Muhtemelen etmezdim
Kesinlikle etmezdim

EK 3



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAYI : B.30.2.HAL.0.42.00.00-29

KONU:

22.02.2011

ÖZEL DOĞAN HASTANESİ
HEMŞİRELİK HİZMETLERİ DİREKTÖRLÜĞÜ' NE

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Dilara BAKIN'ın Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı *“Skolyoz Ameliyatı Olan Hastaların Postoperatif Hemşirelik Bakımı ve Hayat Kalitelerinin Araştırılması”* konulu çalışmasının anketlerini hastanenizde uygulayabilmesi için gerekli iznin verilmesini saygılarımla arz ederim.

Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Enst. Müdürü

Ek(1):Anket Formu

Doç.Dr. Ergun ESKİOĞLU
Başhekim
Diy. Tescil No:49380
Özel Doğan Hastanesi
SSK KODU: 12340345



11. ÖZGEÇMİŞ

1986 yılında İstanbul'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini İstanbulda, liseyi ise Tekirdağ'da tamamladı. 2008 yılında Haliç Üniversitesi'nden mezun oldu. Hemen cerrahi servis hemşiresi olarak görevine başladı. 2009'da İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı'nda ameliyathane hemşiresi oldu. Haziran 2011'den beri Medipol Hastanesi'nde Ortopedi ve Travmatoloji ameliyat hemşiresi olarak devam etmektedir.