

PS-01

CERRAHİ YARA BAKIMINDA NEGATİF BASINÇ TEDAVİSİ UYGULANMASI**Başak Karıncalı***Amerikan Hastanesi, Nöroşirürji Anabilim Dalı, İstanbul*

Giriş: Günümüzde nitelikli postop yara bakımı; enfeksiyon etkenleri, travma, zarar verme olasılığı yüksek ajanlar ile ilişkisinin kesilmesidir. Cerrahi yara yerinin enfeksiyon nedenleri, beslenme bozukluğu, immun sistem bozukluğu, diyabet dokuda kanlanmayı bozan hastalıklardır. Negatif basınç tedavisi (Vacum Assited Closure) cerrahi yara enfeksiyonlarında kullanılmaya başlayan akut ve kronik yaralarda iyileşmeyi hızlandırmak amacıyla yara üzerine kontrollü ve lokalize negatif basınç uygulanması sağlayan bir yöntemdir.

Gereç ve Yöntem: Günümüzde VAC uygulaması, poliüretan köpük bir sünger, bağlantı tüpü, toplama kabı, emme basıncı ayarlanabilir bir vakum uygulama aracından oluşmaktadır. Basınç 100-150 mm/hg uygulanır. Pansuman 48-72 saat arasında değiştirilmelidir.

Bu çalışma kliniğimizde geriye dönük rastgele seçilen 10 spinal enfeksiyon hastasını içermektedir. Negatif basınç uygulaması ile tedavi edilen 5 hastanın (1 kadın, 4 erkek) yaş ortalaması 72,2'dir. Negatif basınç tedavisi hastalara ortalama 28 gün uygulanmıştır.

Negatif basınç uygulanmayan hastaların (4 kadın, 1 erkek) yaş ortalaması 61,2'dir. Uygulama esnasında yara yeri %0,9'luk NaCl solüsyonu ile yıkanarak, kurutulup aseptik koşullara uygun pansumanı yapılmıştır. Hastaların açık pansuman uygulaması 47 gün sürmüştür. Her gün pansuman yapılmıştır.

Sonuç: Negatif basınç tedavisi yapılan yaraların, açık yara yeri pansumanlara göre enfeksiyonları daha hızlı tedavi ettiği, yaraların boyutlarının küçüldüğünü, dokularda kanlanmayı artırdığı dolayısıyla yara iyileşmesini kısa sürede gerçekleştirdiği görülmüştür.

Tartışma: Postop dönemde cerrahi yara bakımının amacı, canlı dokuları korumak, travmaya uğrayan bölgede daha fazla doku yıkımını ve enfeksiyon gelişimini önlemek, iyileştirmeyi hızlandırmak, yaralanmış bölgenin fonksiyonunu artırmak, cilt bütünlüğünü, koruyuculuğunu ve diğer organ sistemlerde oluşabilecek komplikasyonları önlemektir.

Negatif basınç tedavisi, yara çevresinde oluşan ödemi ve kronik yara eksudasını uzaklaştırmak, yarada bulunan bakteri sayısını azaltmak, yara bölgesinde yeni kan damarlarının oluşmasına yardımcı olmak, hücrel çöğalmayı hızlandırmak amacıyla kullanılabilir.

Anahtar Sözcükler: Yara, negatif, basınç, pansuman, bakım

PS-02

NÖROŞİRÜRJİDE AKUT POSTOPERATİF DELİRYUM: HEMŞİRE LİDERLİĞİNDE PREOPERATİF ÖNLEME PROGRAMI**Aysel Özşaban, Rengin Acaroğlu, Yeliz Çulha,****Gülsün Özdemir Aydın***İstanbul Üniversitesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İstanbul*

Deliryum; hızlı başlayan, dalgalı seyir gösteren, çok farklı nedenlerden dolayı ortaya çıkan, bilinç, algılama ve davranışın ileri derecede

bozulduğu, geçici, organik mental sendromdur. Geçici olmakla birlikte kontrol altına alınmadığında mortalite ve morbiditeyi artıran, kalıcı hasarlara neden olabilen önemli bir sorundur. Deliryumun özellikle cerrahi ile ilişkili etkenlere bağlı olarak postoperatif dönemde görülme riski artmaktadır. Nitekim yapılan araştırmalarda postoperatif dönemde %50'ye varan oranlarda deliryum geliştiği saptanmıştır. Cerrahi işleme bağlı deliryum riskinin artmasının yanı sıra, nöroşirürji alanına özgü hastalıklar, hasta bireyde algı ve bilinç düzeyinde değişiklikler, iletişim sorunları, motor ve duyu fonksiyonlara bozulma deliryum riskini artıran önemli sorunları da beraberinde getirmektedir. Ayrıca postoperatif dönemde nöbet geçirme, sıvı-elektrolit dengesizlikleri, sekonder beyin yaralanması gibi komplikasyonlar da riski artırmaktadır. Bu nedenle nöroşirürji kliniğinde yatan hastalar için yaşamsal risk oluşturan deliryumun önlenmesi ve olumsuz sonuçlarının en aza indirilmesi oldukça önemlidir. Nöroşirürji hastalarında deliryum riskinin preoperatif dönemde tanınması ve hemşirelik girişimlerinin uygulanması bakımın önemli bir parçasıdır. Hemşire liderliğinde uygulanacak bir önleme programı, girişimlerin sistematik olarak uygulanması ve izlenmesinde hemşirelere rehberlik edecektir. Bu derlemede önerilen preoperatif önleme programı 3 aşamalıdır. Program, hemşirelerin deliryum tanılama ve önlemeye ilişkin eğitimi, risk faktörlerinin belirlenmesi, risk düzeyinin tanılama araçları ile düzenli olarak tanınması ve önlenmesi amacı ile hasta bireyin yaşam aktivitelerine yönelik gereksinimlerinin karşılanması, güvenli çevrenin sürdürülmesi, uykunun düzenlenmesi, duyu ve sosyal desteğin sağlanmasını içerir. Sonuç olarak; preoperatif dönemde hemşire liderliğinde uygulanan deliryum önleme programının deliryum gelişiminin önlenmesi ve kontrol altına alınmasında yararlı olacağı düşünülmektedir. Bu bağlamda, nöroşirürji hemşirelerinin hizmet içi eğitim programları ile eğitilmesi ve farkındalıklarının artırılması önerilebilir.

Anahtar Sözcükler: Deliryum, nöroşirürji hemşireliği, postoperatif deliryum

PS-03

OMURGA CERRAHİSİNDE İNFEKSİYON KONTROLÜNE YÖNELİK ÖNLEMLER**Güllüzar Uluğ, Münif Servet Alan, Ramazan Sarı***Memorial Sağlık Grubu*

Amaç: Omurga cerrahisi günümüzde gelişen teknoloji ile çok daha zor olan ameliyatların daha az invaziv yapılabilir hale getirmiştir. Bu grup cerrahilerde yoğun implantasyon malzemesi kullanılması, cerrahinin enfeksiyonlara açık hale gelmesini sağlamaktadır. Bu nedenle bir dizi tedbir uygulanarak, enfeksiyonların gelişmesinin önlenmesi düşünülmektedir.

Gereç: Kasım 2014- Şubat 2017 tarihleri arasında hastanemiz beyin cerrahisi tarafından ameliyat edilen (65 Kadın, 20 Erkek) 85 hasta çalışmaya alındı. Ortalama yaş 64 idi. Ameliyatların 30 uzun segment, 55 tanesi kısa segmenttir. Enfeksiyon saptanan 3 hasta ilk ameliyatını başka merkezde olmuştur. 1 hasta hastanemizde ameliyat edilmiş ve post operatif enfeksiyon gelişmiştir. % 1,1 oranında enfeksiyon görülmüş olup literatür ışığında değerlendirildiğinde normal sınırlardadır.

Yöntem: Hastanemizde omurga cerrahisi ameliyatlarında infeksiyonu engellemek için standart olarak yapılan işlemler:

1. Ameliyat öncesi ayrıntılı tetkik
2. Ameliyat sırasında ve sonrasında antibiyotik (sefuroksim) profilaksisi
3. Aynı ekip ile ameliyata girilmesi
4. Tek kullanımlık cerrahi sarf ürünlerinin kullanılması
5. Cerrahi ekibin el hijyeni için cerrahi yıkama ve el dezenfektanı kullanılması
6. Ameliyat sonrası antibiyoterapinin üç günden uzun tutulmaması
7. Ameliyat esnasında kullanılan ileri teknoloji sayesinde, kanamanın az olması, cerrahi sürenin kısa olması

Sonuç: Omurga cerrahisi zor ve invaziv işlem olması nedeni ile infeksiyonlara açık bir tedavi şeklidir. Özellikle günümüzde ileri yaş hastalarda oluşan dejeneratif rahatsızlıkların tedavi ediliyor olması, komplikasyon riskini artırmaktadır. İyi bir ekip koordinasyonu ile bu grup hastalarda infeksiyon riskinin ciddi şekilde düşürülebileceği kanaatindeyiz.

Anahtar Sözcükler: Omurga cerrahisinde infeksiyon, dejeneratif omurga hastalıkları, infeksiyon önleme yöntemleri

PS-04

CİDDİ BEYİN YARALANMALARI SONRASI ORGAN VERİCİSİ OLABİLECEK HASTALARIN BAKIMI

Ahmet Karaman¹, Şerife Gözde Tohumat¹, Nevin Kanan¹, Neriman Akyolcu²

¹*İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul*

²*İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Emekli Öğretim Üyesi, İstanbul*

Travma, subaraknoid kanama ya da beyin tümörü gibi nedenlerle ciddi beyin yaralanmaları olan hastalar, hemşireler tarafından yoğun izlem altında tutulur. Hemşire çoğunlukla, beyin sapı reflekslerinin geri dönüşsüz kaybının belirtilerini tanıyan, hastanın potansiyel bir organ vericisi olup olmadığını belirleme sürecini başlatan sağlık profesyonelidir. Hemşire, hastanın beyin ölümü açıklandığı andan itibaren, hemodinamik dengeyi koruyarak hastanın organlarının bir başka bireye nakledilebilecek şekilde organ işlevlerinin korunmasını sağlamanın yanı sıra, beyin ölümünün saptanması ve sonrasında bakım önceliklerinin belirlenip karşılanmasında, yaşamsal role sahiptir.

Beyin ölümü gerçekleşikten sonra bireyin, yasal olarak yaşamını kaybettiği ve organ vericisi olabileceği dikkate alınarak, uygulanacak tedavi ve bakımda, hasta odaklı yaklaşımdan çok, organ koruyucu yaklaşım esas alınır. Beyin ölümü sonrası kalp ve damar sistemine yönelik bakım sürecinde, hemodinamik stabilize sağlanarak, organların metabolik gereksinimleri karşılanır ve organ iskemisi önlenir ya da azaltılır. Akciğerlerde başlayan inflamatuvar süreç nedeniyle savunmasız hale gelen akciğerleri korumak amacıyla, infeksiyonun önlenmesi, yeterli ve etkili aspirasyon ve pozitif basınç uygulaması ile yeterli oksijenasyonun sağlanması, CO2 retansiyonunun önlenmesi gibi girişimler uygulanır; organ perfüzyonunu sağlamak açısından sıvı ve elektrolit dengesini sürdürülür. Beyin ölümü gerçekleşen bireyde, endokrin sorunlara bağlı gelişen hemodinamik sorunların yönetiminde, direktife edilen uygun sıvı

replasmanları ve farmakolojik tedavi uygulanarak gerekli izlemler yapılır; organ işlevlerine zarar verebilecek hipotermiye önlenmesine yönelik hemşirelik girişimleri uygulanır.

Sonuç olarak hemşirelerin, ciddi beyin yaralanmaları sonrası gelişebilecek beyin ölümü sonrası organ bağıışı olasılığına yönelik organ işlevlerinin korunması amacıyla, beyin ölümünün nasıl belirlendiğini, beyin ölümü sonrası hastada oluşabilecek fizyolojik değişiklikleri ve bu değişikliklere ilişkin uygulanacak hemşirelik girişimlerini bilmeleri ve uygulamaları, yararlı ve önemli bir yaklaşım olacaktır.

Anahtar Sözcükler: Beyin ölümü, donör bakımı, ciddi beyin yaralanması, hemşire

PS-05

ANEVRİZMA AMELİYATI SONRASI VAZOSPASZM TEDAVİSİNDE KAN BASINCI TAKİBİNİN ÖNEMİ

Kadriye Duralioğlu, Merve Nur Artar

Osmangazi Üniversitesi, Nöroşirürji Anabilim Dalı, Eskişehir

Giriş: Gelişen vazospazm tedavisinde hipertansiyon takibinin önemi ve yeri.

Amaç: Vazospazm serebrovasküler klinikte 4. sırayı alan SAK sonrası görülen beyin tabanındaki büyük arterlerin geç dönem daralmasıyla oluşur. SAK sonrası gelişen serebral vazospazm hastaların %30-70'inde görülüp geç mortalite ve morbiditenin en sık sebebidir. Amaç vazospazm sonrası klinik takipte tansiyonun istenilen aralıkta tutmak için önerilen takip, tedavi ve bakıma dikkat çekmektir.

Yöntem: 2014-2016 yılları arasında Esgü Tıp Fakültesi hastanesinde yapılmış olan 89 anevrizmal SAK ameliyatı sonrası meydana gelen vazospazmik komplikasyonlar ve tedaviye yönelik öncelikler gözlemlenerek belirlenmiş ve kayıt altına alınmıştır.

Bulgular: SAK sonrası vazospazm 3-14 gün arasında gelişir. Semptomatik olarak konfüzyon, baş ağrısı, ense sertliği, şuurda bozulma, inkontinans, hemiparezi, ve afazi gözlenir. Bu durumda BT acil endikedir. Radyolojik olarak da DSA yapıldığında arterial daralma saptanır. Vazospazm ilk düşünüldüğünde normal vital takibinden çok kliniğe özel yakın vital takip ve şuur takibi gerekmektedir. Belirlenen TA aralığında seyir etmeye çalışılıp GKS'de gelişebilecek ekstremitate hareketliliğindeki değişikliğe, dizfazi, pupil dilatasyonuna, oryantasyon durumuna ve ense sertliğine dikkat edilir.

Vazospazmın sebep olacağı hipo/hipertansiyon, nöbet olasılığına karşın ve hipovolemik açıdan önlemler alınmalıdır. Yatak istirahati ile yatakbaşı 30 derece olup TA: 150-160 arası istenilen aralıkta tutulmalıdır. Hekim istemiyle sıvı totali belirlenip %0,9 NaCl ile desteklenmeli, kalsiyum kanal blokörleri hipertansiyon tedavisinde etkili olduğu gibi analjezikler, sedatifler, antikonvülsanlar, antiemetik asitler ve ek olarak laksatif gurubu ilaçlar uygulanmalıdır. Tedavi ve takip sonucu kayıt altına alınmalıdır.

Tartışma: Bulguda yer alan bu gözlemler sonrası vazospazm hastaların %7'sinde ölüme sebep olduğu gibi %7'sinde de ağır sekilli kalmasıyla sonuçlanıyor. Erken dönemde başlanılan doğru tedavi ve takip ile hastaların %52'sinde herhangi bir hasar kalmadan ya da hafif sekiller ile taburcu ediliyor.

Anahtar Sözcükler: Vazospazm, tansiyon takibi, hemşirelik bakımı

PS-06

PEDİATRİK HASTALARDA VENTRİKÜLOPERİTONEAL ŞANT VE BAKIMI**Seher Ünver, Zeynep Kızılcık Özkan, Ümmü Yıldız Fındık***Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Edirne*

Giriş: Hidrosefali tedavisinde günümüzdeki en geçerli yöntem olarak beyin omurilik sıvısının drenajını sağlayan şant sistemleri kullanılmaktadır. Ventriküloperitoneal şant (VPŞ) bu sistemlerin içerisinde en etkili ve sık kullanılan yöntem olmasına rağmen, nöroşirürji ameliyatları arasında içerisinde komplikasyon oranları oldukça yüksektir. Bu komplikasyonların yaygın olanlarından biri şant enfeksiyonları olup, literatürde %5-22 arasında değişen oranlarda gerçekleştiği bildirilmektedir. Bu derlemenin amacı, pediatrik hastalarda VPŞ enfeksiyonlarına ve önlenmesine yönelik önlemleri sunmaktır.

Tartışma: Şant enfeksiyonlarına neden olan kaynağın en olası nedeninin cilt florasında bulunan mikroorganizmaların cerrahi işlem sırasında veya yara iyileşmesi sürecinde şanta bulaşması olduğu bildirilmektedir. Bu durumu açıklayıcı şekilde literatürde, şant enfeksiyonlarının çoğunluğunun ameliyat sonrası 6gün-1ay sonrasında görüldüğü bildirilmektedir. Şanta bağlı gelişebilecek enfeksiyonlarının önlenmesinde alınacak ilk önlemler cerrahi sürece bağlı olmakla birlikte, bu önlemler arasında; şant takılacak çocuğun ilk sıraya alınması, şanti tecrübeli hekimin takması, dikkatli bir cerrahi tekniğin olabildiğince kısa sürede uygulanması yer almaktadır. Literatürde bu gibi önlemlere rağmen enfeksiyon gelişebildiği bildirilmektedir. Bu durum, cerrahi girişim sonrası dönemde verilen bakımın da önemli olduğunu göstermektedir. Şantlı çocukların ebeveynlerinde yapılan bir çalışmada, şant komplikasyon belirti ve bulgularını bilen anne-babaların çocuklarındaki şant revizyon oranlarının daha düşük olduğu bildirilmiştir. Bir diğer çalışmada ise şant takılan çocukların ailelerinin %14.7'sinin yara yerine ilişkin problemlerle karşılaştıkları ve bunların başında kızarıklık, şişlik ve ağrı olduğu saptanmıştır. Ailelerin %63.6'sının yara bakımı hakkında bilgi eksikliğinin olduğu belirlendiğinden, taburculuk sırasında eğitim verilmesinin gerekliliği vurgulanmıştır.

Sonuç: Şant enfeksiyonlarının önlenmesi ya da erken evrede tanınması, enfeksiyonun en aza indirilmesi ve revizyon oranının azaltılması açısından büyük önem taşımaktadır. Bu konuda verilecek iyi bir bakımın yanı sıra hasta ailesinin eğitimi de önem taşımaktadır.

Anahtar Sözcükler: Hidrosefali, pediatri, ventriküloperitoneal şant

PS-07

İNTRADİSKAL OZON TERAPİ TEDAVİSİNDE AĞRI SKALASININ TUTULMASI VE OZON DOZUNUN AYARLANMASI**Arzu Özgiray, Mustafa Kılıç, Burak Özdemir, Levent Aydın, Ahmet Murat Müslüman, Adem Yılmaz***İstanbul Şişli Hamidiye Etfal E.A.H., Beyin Cerrahisi Kliniği, İstanbul*

Giriş: İntradiskal ozon terapi genellikle 10-15 dakikalık tek veya çift seansın yeterli olduğu, lokal anestezi ile yapılabilen, "kimyasal

diskektomi", "kimyasal nükleotomi", "nükleolizis" olarak tanımlanabilen, son 15 yıl içerisinde uygulama sayısı giderek artan, tek başına veya steroid, anestetik veya intradiskal radyofrekans termokoagülasyon kombinasyonları ile %60-90 oranında klinik başarı bildirilen bir yöntemdir.

Yöntem: Medikal ozon terapi uygulamak için saf oksijenden jeneratör yardımı ile ozon-oksijen karışımı elde edilir. Kabul edilen terapötik doz aralığı: (%5 O₃) + (%95 O₂) = 100 µg/ml Ağırlıklı olarak kullanılan sistemik tedavi doz aralığı 20-80 µg/ml'dir. Şişli Etfal E.A.H Beyin Cerrahisi Kliniğinde 2016 Temmuz ile 2017 Ocak arasında lomber diskopatiye bağlı ağrısı olan 72 hasta ozon tedavisi uygulanarak tedavi edilmiştir.

Bulgular: Hastaların VAS skorunda işaretlenen lokasyon alanlarında %68 azalma görülmüştür. En çok fayda gören hasta grubu özellikle 25-35 yaş aralığındaki bireylerdir.

Sonuç: Ozon tedavisi, uygulama kolaylığı, tedavideki başarı oranları ve düşük yan etki profili sayesinde cerrahi endikasyonu olmayan, bel ve bacak ağrısı olan ve ekstrüde sekestre diski olmayan hastalarda başarılı bir tedavi sağlar. Bu nedenle ozon tedavisi konvansiyonel ve cerrahi tedavi yöntemlerinin yanında integratif bir tedavi yöntemi olarak kabul görmektedir.

Anahtar Sözcükler: İntradiskal ozon terapi, ozon dozu, ağrı skalası

PS-08

DİFFÜZ AKSONAL YARALANMA VE HEMŞİRELİK BAKIMI: OLGU SUNUMU**Emel Arslan, Gülay Öztürk, Ayşe Ayazlı, Özlem Bülbül, Alaaddin Yurt, Alper Tabanlı, Şeyda Şahika Mutlu***İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Servisi, İzmir*

Diffüz aksonal yaralanma (DAY), subdural hematomlardan sonra en fatal seyreden ikinci travmatik klinik tablodur. Tüm fatal kafa travmalarının %30'unu oluşturmaktadır. DAY, genellikle motosiklet ve otomobil kazalarına bağlı ölümcül seyreden travmatik beyin yaralanmalarındandır. Akselerasyon-deselerasyon ve şiddetli rotasyonel kuvvetlerle oluşur. Morbidite ve mortalitesi yüksek olan bu tablo genellikle bazal ganglionlar, pons, korpus kallozum gibi beyin derin bölgelerinde görülür. BT ya da MRG ile tanı konur. İyileşme aksonal yaralanmanın ciddiyetine bağlıdır. Olgu sunumumuzda 2014 kasım ayında 18 yaş erkek hastanın motor kazası sonucu kafa travması ile acil servise transferi yapılmış. İlk muayene bulgularında bilinç kapalı, kooperasyon yok, IR +/- pupiller izokorik, glaskow koma skalası (GKS) E1M2V1 olarak değerlendirilen hasta entübe edilmiş. İleri tetkik ve tedavi amacıyla beyin ve sinir cerrahisi yoğun bakım ünitesine yatışı yapılan hastaya diffüzyon MRG ile DAY kesin tanısı konulmuştur. Yoğun bakımda 4 ay 10 gün tedavi ve takibi yapılan hasta multiple organ yetmezliğine bağlı exitus olmuştur. Yatağa bağımlı, trakeostomi ve perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) hasta; kontraktür, basınç yarası, pnömoni gibi komplikasyonların önlenmesi ve tedavisi açısından hemşirelik girişimleri uygulanmıştır. Hastanın yakınlarına psikososyal destek verilerek ailenin hasta bakımında etkin rol alması sağlanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Diffüz aksonal yaralanma, hemşirelik bakımı, kafa travması

PS-09

NÖROONKOLOJİDE AMELİYAT SONRASI BAKIM**Hatice Kaya, Gülsün Özdemir Aydın, Nuray Turan***İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İstanbul*

Beyin tümörleri ya da spinal tümörler hasta, ailesi ve bakım veren bireyler için önemli bir sağlık sorunudur. Hastalar genellikle yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyen fiziksel, bilişsel ve psikososyal fonksiyonlarında bozulmayı içeren progresif kötüleşme ile yüz yüze kalırlar. Ameliyat olacak nöroonkoloji hastasında bakımın amacı, bireyin biyo-fizyolojik psikolojik, sosyal fonksiyonlarını optimum düzeyde gerçekleştirebilmesini sağlamaktır. Bir hemşirelik modeli doğrultusunda ameliyat öncesi ve sonrası yapılan kapsamlı tanılama ile hemşireler bireyin gereksinimlerini saptayabilir, sorunlara yönelik planlama yapabilirler. Hemşirelerin ameliyat sonrası dönemde ortaya çıkabilecek hemşirelik tanımlarını bilmesi ve buna göre bakımını yönlendirmesi ameliyat sonrası oluşabilecek bazı komplikasyonların önlenmesini sağlayabilir. Ameliyat sonrası sıklıkla karşılaşılan hemşirelik tanımları; serebral doku perfüzyonunda değişim, gaz alışverişinde değişim, duyuşsal algıda değişim, beden imajında bozulma, ağrı, konstipasyon, sıvı volümünde değişim, sözel iletişimde bozulma, deri bütünlüğünde bozulma riski, fiziksel harekette bozulma, anksiyete, vücut sıcaklığında değişim riski, enfeksiyon riski, yaralanma riskidir. Bu sorunları önlemeye yönelik; serebral doku perfüzyonunu ve gaz alışverişini sürdürme, duyuşsal algı yönetimi, ağrı yönetimi, vücut sıcaklığının düzenlenmesi, beden imajının düzeltilmesi, boşaltım yönetimi, beslenme ve sıvı tedavisi, hareket, ilaç yönetimi, hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi ve gereksinimlerinin desteklenmesi önemli konulardır.

Anahtar Sözcükler: Nöroonkoloji, ameliyat sonrası bakım, hemşirelik

PS-10

TRAVMATİK BEYİN HASARI SONRASI İYİLEŞME DÖNEMİNDE AJİTASYON VE BAKIM YÖNETİMİ**Özlem İbrahimioğlu, Elif Lale Aktürk, Cansel Onay, Eda Akyol***Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul*

Travmatik beyin hasarı (TBH), insidans ve prevalansının giderek artması nedeniyle nöroşirürji hemşireliğinin önemli ve öncelikli konuları arasındadır. TBH geçirmiş bir kişide fiziksel, bilişsel, psikososyal ve motor defisitlerin kaybı birlikte olabilir. Nörolojik bulguların yoğunluğu ve defisitlerin şekli, lezyonun yeri, yaygınlığı ve şiddetiyle ilişkilidir. Ajitasyon; ciddi travmatik beyin hasarı sonrası iyileşme döneminde hastalarda sık görülen ve klinik olarak önemli bir sorundur. Ajitasyona neden olan fizyopatolojik mekanizma tam olarak bilinmese de bu tabloda bilişsel fonksiyonu, davranışları ve ruhsal durumu düzenleyen asetilkolin, dopamin ve GABA (γ aminobütirik asit) gibi nörotransmitterlerin etkilendiği bilinmektedir. Ortaya çıkan tabloda yapısal ve damarsal bozukluklar sonucu beyinde yaygın fonksiyon kaybı görülmektedir. Nöroşirürji hemşireleri; bireyselleştirilmiş, holistik ve etkili farmakolojik olmayan girişimleri geliştirmek ve uygulamak için diğer rehabilitasyon

ekip üyeleriyle rehabilitasyon süresince ilişki içerisindeydirler. Bu önlemler uygun tıbbi tedaviyle bağlantılı olup ajitasyonun zararlı etkilerini azaltmak ve hasta sonuçlarını iyileştirmek için hemşirelere izin verir.

Nöroşirürji hemşireliği, travma sonrası akut rehabilitasyonda, çok yönlü değerlendirmeleri gerçekleştirmek ve etkili bireyselleştirilmiş bakımı uygulamak için kanıt temelli uygulamaları kullanır. Ajitasyonun uygun şekilde ele alınması ve yönetilmesi için hemşirelerin risk faktörleri, değerlendirme ve bakım uygulamaları ile ilgili derinlemesine bilgi ve beceri sahibi olması gerekmektedir. Bu amaçla eğitimli interdisipliner ekip ile yoğun bakımlarda ağrı, ajitasyon ve deliryumu kontrol altına almaya yönelik rehberler ve protokollerin kullanımı; gece verilen uyarıların en aza indirilip çevre koşullarının düzenlenerek hastanın uykusu döngüsünün desteklenmesi yüksek kanıt düzeyinde önerilmektedir.

Bu makale, ciddi travmatik beyin hasarı sonrası gelişen ajitasyonda hemşirelik bakım yönetimi ile ilgili klinik derleme oluşturmak amacıyla planlanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Travmatik beyin hasarı, ajitasyon, hemşirelik

PS-11

SPİNAL CERRAHİ SONRASI TABURCULUK EĞİTİMİ VE EVDE BAKIM**Gülşay Öztürk, Emel Arslan, Özlem Bülbül, Ayşe Ayazlı,****Alaaddin Yurt, Alper Tabanlı, Şeyda Şahika Mutlu***İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Servisi, İzmir*

Günümüzde sağlık bakım sisteminin yapısı değişmekte, hastaların hastanede yatış süreleri giderek kısalmakta, hasta ve ailesinin özbakımla ilgili sorumlulukları artmaktadır. Sağlık bakım sistemindeki tüm bu değişim ve gelişmeler ise profesyonel hemşirenin sağlığını geliştirilmesi, sürdürülmesi ve hastalıkların önlenmesine, yeniden kazanılmasına ve rehabilitasyona yönelik etkinliklerinde eğitici rolünün öne çıkmasına neden olmaktadır. Taburculuk planlamasına hastanın hastaneye kabulü ile başlanır, birey, aile ve diğer sağlık profesyonelleri ile işbirliği içinde yürütülür. Bu derleme hemşirelerin spinal cerrahi sonrası taburculuk eğitimi ve evde bakım hizmetlerini planlayabilmelerine rehberlik etmek amacıyla literatür ve mevcut klinik rehberler doğrultusunda 2000-2016 yılları arasında ulusal ve uluslararası veri tabanlarından elde edilen bilimsel yayınlar incelenerek oluşturuldu. Ameliyat olan hastalara verilecek eğitim temel olarak ağrı kontrolü, yara bakımı, ilaç kullanımı, korse kullanımı, gelişebilecek komplikasyonlar, ameliyat sonrası kontroller, beslenme, boşaltım, banyo, giyinme, vücut mekaniklerinin kullanımı, uyku, işe dönüş, araba kullanımı, doktora başvurulması gereken durumlar, egzersiz ve cinsel yaşam konularını içermelidir. Taburculuk eğitimi verilen hastaların, öz bakım yeteneklerine paralel olarak kendilerine güvenlerinin arttığı, hastaneye veya polikliniğe tekrarlı başvuruların azaldığı, yaşam kalitesinin yükseldiği vurgulanmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Evde bakım, spinal cerrahi, taburculuk eğitimi, yaşam kalitesi

PS-12

NÖROŞİRÜRJİ HASTALARINDA UZUN SÜREN ATEŞ VE HEMŞİRELİK BAKIMI**Nuray Turan, Hatice Kaya, Yeliz Çulha, Gülsün Özdemir Aydın***İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İstanbul*

Ateş, nöroşirürji ameliyatı sonrası beynin iyileşmesini olumsuz yönde etkilemekte ve hastanın nöroşirürji yoğun bakım ünitesinde yatış süresini uzatmaktadır. Bu nedenle nöroşirürji hastasında, bakım ve tedavinin bireye özgü planlanması ateş yönetimi açısından oldukça önemlidir. Hemodinamik parametrelerin yönetimi, hemşirelik girişimlerinden biridir. Fizyolojik işlevlerdeki değişimler, yaşam bulgularını etkilemektedir. Ateş hemodinamik parametreleri doğrudan etkilemektedir. Beden iç sıcaklığı 37°C'den 39°C'ye yükseldiğinde oksijen, enerji tüketimi %10-25 oranında artmaktadır. Bu artışta oksijen ve enerji tüketilmesinin nedeni, kortizol, norepinefrin salınımı ve bununla ilişkili olarak arteriyel kan basıncı, nabız, solunum sayısı değişikliğinin ortaya çıkmasıdır. Ateş, nöroşirürji hastalarının %70'inde görülmektedir. Schwarz ve ark. (2000), intraserebral hemorajili hastaların %91'inde hastaneye yattıktan sonraki ilk 72 saat içinde ateş görüldüğünü belirtmektedirler. Kilpatrick (2000) çalışmasında, kafa travmalı hastaların %47'sinde, her ateşli hasta bireyde ortalama 4, 7°C ateş atağı yaşadıklarını göstermiştir. Ateşin bir türü olarak uzun süren ateş, bakım ve tedavi gerektirmesi nedeni ile hasta/ailesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu bağlamda, ateş nöroşirürji hemşirelerinin sık karşılaştığı bir durum ve ateş yönetimi nöroşirürji hemşiresinin sunduğu bakımının hayati bir bileşeni olarak belirtilebilmektedir. Ateşi düşürmek için farmakolojik ve farmakolojik olmayan çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Ateş yönetiminde, hastanın genel durumu ve hemodinamik parametrelerin doğru, dikkatli bir şekilde ölçülmesi, karşılaştırılması ve değerlendirilmesi komplikasyonların önlenmesinde rol oynamaktadır. Hastada ateş varlığında, nöroşirürji hemşiresi hekime bilgi vererek ateş takibi yapmalıdır. Gerekli durumlarda hipotermi battanisi, ılık banyo vb. uygulamalar ile ateş düşürülmektedir. Soğutma battanisi kullanıldığında, vücut sıcaklık istenilen düzeyin yaklaşık 1°C üzerindeyken, battaniye ile uygulanan soğutma girişimi bitirilmeli, bu sırada vücut sıcaklığı aşama aşama düşürülmelidir. Hekim ordurına göre antipiretikler uygulanmaktadır.

Nöroşirürji ameliyatı sonrası bakımın temel amacı, hastanın iyileşmesini sağlamakla beraber ortaya çıkabilecek komplikasyonların önlenmesidir. Uzun süren ateş, nöroşirürji hemşireleri açısından erken dönemde hızlı ve etkili karar vererek çözümlenmesi gereken yaşamsal bir sorundur. Bu nedenle nöroşirürji hemşirelerinin uzun süren ateş konusunda farkındalıkları artırılmalı ve hizmet içi eğitim programları düzenlenmelidir.

Anahtar Sözcükler: Ateş, nöroşirürji hastası, hemşirelik bakımı, nöroşirürji hemşiresi

PS-13

HİPOFİZ ADENOMLU HASTALARDA PREOPERATİF HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI**Asena Boyacı, Ayşe Keskin, Oğuz Gökşen***Ankara Üniversitesi, Ankara*

Giriş ve Amaç: Hipofiz bezi, sella tursikada yerleşmiş, beyin tabanında orta hatta bulunan bir bezdir. Hipofiz adenomları ise hipofiz bezinin adenohipofizden kaynaklanan, hipofizin en yaygın benign tümörleridir. İntrakranial tümörler içinde görülme sıklığı %10-15'dir. Amacımız hipofiz adenomlarında preoperatif hemşirelik bakımının önemini vurgulamaktır. **Yöntem:** Kliniğimizde 2016 yılında takip edilen 48 hastaya preoperatif eğitim ve ameliyat sonrası karşılaşılabilecekleri semptomlara yönelik bilgi verildi.

Bulgular: Kliniğimize yatan hastaya klinik işleyiş ve tanısıyla ilgili gerekli bilgilendirmeler yapılarak, hastanın bilgi eksikliğine bağlı oluşabilecek anksiyetesi en aza indirilir. Rahatça soru sorması sağlanır. Hipofiz adenomlarının klinik muayenesi ve laboratuvar sonuçları önem taşır. Preoperatif dönemde semptom ve bulgular iyi takip edilmelidir. Hastada; vizyon kaybı, baş ağrısı, rinore, hipopitüiterizm, halsizlik, yorgunluk, kilo artışı, konstipasyon, cilt kuruluğu, kadınlarda amenore ve infertilite, erkeklerde ise libido kayıplarına sebep olduğu bilinmelidir. Ameliyat öncesi hastaya uygulanacak yöntem (transkranyal, transsfenoidal) hakkında bilgi verilir. Bacaktan fasya ve yağ dokusu alınarak sella tabanına yapılandırılacağı, burun ya da kafa pansumanının yanı sıra bacağına da pansuman ve ağrı olabileceği, takibinin yoğun bakım ünitesinde yapılacağı, eğer girişim transsfenoidal ise burnunda tamponla çıkacağı buna bağlı ağız kuruluğu ve nefes almakta zorluk çekebileceği, tamponlar çıkarıldıktan sonra şeffaf bir akıntı (BOS) gelmesi durumunda hemşireye bildirmesi gerektiği, öksürmek, hapsiirmek ve ıkınmak gibi hareketlerden kaçınması gerektiği konusunda eğitim verilir. Planlanan cerrahi transsfenoidal ise burun temizliği yapılır. Addison protokollü mayisiyle ameliyata gönderilir.

Tartışma ve Sonuç: Etkili bir preoperatif hemşirelik yaklaşımı hastanın klinik sürecini olumlu yönde etkilerken hipofiz cerrahisinin de başarısını artırır.

Anahtar Sözcükler: Hipofiz adenomu, preoperatif bakım, hemşirelik

PS-14

NÖROŞİRÜRJİ AMELİYATHANE HEMŞİRELİĞİNDE TEKNOLOJİNİN YERİ**Elif Biçer, Duygu İnce, Süheyla Umut, Ümmühan Dirican, Ramazan Sarı***Memorial Hizmet Hastanesi, İstanbul*

Giriş: Gelişen teknoloji modern yaşamın bir parçası haline gelmiştir. Her alanda olduğu gibi sağlıkta da ilerleme ve gelişme kaydetmektedir. Bu ilerlemeler ışığında sağlık sektörü yeniden şekillenmeye devam edecektir. Gelişen teknoloji ile hemşirelik uygulamaları da giderek karmaşık ve eğitim gerektirir bir hal almıştır. Bu gerçek, nörolojik bilimlerin alanında görev alan ekip üyelerinin de özelleşmesi ihtiyacını doğurmuştur.

Amaç: Nöroşirürjide pratiğe dahil olan yeni teknolojik yapıların önemini ve bu alanda görev alan hemşirelerin yetiştirilmesi gerekliliğini vurgulamaktır.

Yöntem: Grubumuzda yapılan cerrahi girişimler sırasında kranial cerrahilerde nöronavigasyon, nöromonitörizasyon, perop MRI, ultrasonografi ve gelişmiş mikroskop teknolojileri kullanılırken spinal cerrahide perop BT, C kollu skopi gibi teknolojiler kullanılmaktadır. Bu alanda görev almaya istekli hemşirelerin hizmet içi eğitim konuları

ele alınmıştır. Gelişen teknolojinin önemi ve sahaya olan etkileri vurgulanmıştır. Nöroşürji ameliyathane hemşirelerinin bu alanda farkındalık yaratmaları gerektiği belirtilmektedir.

Sonuç: Nöroşürji ameliyathaneleri teknolojik cihazların sıklıkla kullanıldığı kompleks birimlerdir. Bu birimlerde çalışan hemşireler, cihazları aktif olarak kullanabilmeli, kriz durumlarında hızlı bir şekilde karar vererek müdahale edebilmelidir. Bu alandaki teknolojik gelişmeleri takip etmeli ve koordinasyonu sağlamalıdır. Nöroşürji ameliyathane hemşiresi gerektiğinde diğer ekip çalışanlarına eğitim verebilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Ameliyathane hemşireliği, nörolojik birimler, nöroteknoloji

PS-15

AMELİYAT SAHASINDAKİ TÜY-HAV MİKTARININ AZALTILMASI

Ece Göçmen¹, Mehmet Seçer², Kudret Türeyn¹

¹Özel Muayenehane Beyin Cerrahisi, Bursa

²Özel Medicabil Hastanesi, Bursa

Sorun: Operasyonlarda cerrahi alana tüy ve hav bulaşması.

Amaç: Cerrahi alana giren tüy ve hav miktarını sıfıra indirmek.

Yöntem: Özellikle beyin cerrahisi operasyonları sırasında cerrahi aletlere bulaşan tüy-hav postoperatif dönemde yabancı cisim reaksiyonu ve enfeksiyon açısından risk oluşturmaktadır. Çalışmamızda cerrahi alana giren tüy-havin kaynağını ve engellenmesini araştırdık. Bonewax'ın yanlış yerde olduğunu (örtü üzerinde) teyit ettikten sonra, metal içine konuldu. Sorunun hala devam etmesi üzerine cerrahi alana giren tüy-havin kullanmış olduğumuz disposable cerrahi örtü setinden ve nemli steril spançlardan kaynaklandığını gözledik.

İlk olarak mayo masa örtüsünün üzerine ikinci bir kat steril naylon mayo masa örtüsü giydirdik. Cerrahi alana giren tüy miktarının azaldığını gözlemledik. Ancak bu azalma tüy-havin kaynağının yalnızca disposable örtü seti kaynaklı olmadığını gösterdi.

Sonrasında nemli olarak kullandığımız spanç markasında değişikliğe gidildi ve cerrahi alana giren tüy-hav miktarının (hekim görüşüne göre %95 oranında) azaldığı gözlemlendi.

Sonuç: Ameliyatlarda mayo masasının naylon ikinci bir poşet ile örtülmesi ve iyi kalitede nemli steril spanç kullanılması cerrahi aletlerden ameliyat alanına bulaşan tüy-hav miktarını azaltır.

Anahtar Sözcükler: Mikrocerrahi, enfeksiyon, mayo masası

PS-16

POSTOPERATİF İNTRAKRANİAL ANEVİZMA SONRASI GÖRÜLEN KOMPLİKASYONLAR VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Oğuz Gökşen¹, Tuğba Gökşen², Asena Boyacı¹

¹Ankara Üniversitesi, Ankara

²Hacettepe Üniversitesi, Ankara

Giriş ve Amaç: İntrakranial anevrizma beyindeki atar damar çeperinin zayıflaması sonucu ortaya çıkan bir balonlaşmadır. Bu çalışmadaki amacımız postoperatif intrakranial anevrizma sonrası gelişebilecek

komplikasyonların öğrenilmesi ve doğru hemşirelik izlenimleri ile hastaya erken müdahale edilebilmesidir.

Yöntem: Kliniğimizde 2016 yılında opere edilen 35 hastaya komplikasyon gelişme riski açısından uygun postoperatif hemşirelik bakımı verildi.

Bulgular: %20-30 görülme sıklığı ile tekrar kanama ilk beklenen komplikasyondur. Kanama ihtimalinin en yüksek olduğu zaman dilimi ilk 24saattir. 2.kanamada mortalite %60'tır. İntraventriküler veya subaraknoid mesafedeki kanama nedeniyle beyin omurilik sıvısının dolaşımının engellenmesi sonucu hidrosefali gelişebilmektedir. Postoperatif dönemde en sık görülen komplikasyonlardan vazospazm yavaş gelişen semptomlarıyla 3.günde başlar, 4. ile 12.günler arasında şiddeti üst düzeye ulaşır. %30 oranında görülen vazospazmın semptomları; şiddetlenen baş ağrısı, bilinçte bulanıklık, artan meningismus, ateş ve fokal nörolojik bulgulardır. Vazospazmı önlemek veya mevcut vazospazmı tedavi etmek amacıyla hastalarda hiperdinamik "3H" tedavisi [hipertansiyon (diyastolik 140-180mmHg), hipervolemi, hemodilüsyon] uygulanmaktadır. %40 oranında görülen metabolik komplikasyonlar ve bunlar içerisinde en sık görülenleri; anemi, hipertansiyon (diyastolik 180mmHg), aritmi, karaciğer enzimlerinde yükselme, elektrolit bozuklukları, atelektazi, pulmoner ödem ve pnömonidir. Postoperatif dönemde hastaların glaskow koma skalası değerlendirilir. Oküler ve vital bulguları yakından takip edilir. Beyin ödemi ve iskemiyi artıran; hiponatremi, hiperglisemi, hipoksi ve hipertermi açısından dikkatli olunmalıdır.

Sonuç: Anevrizma tedavi edildikten sonra ortaya çıkabilecek medikal ve nörolojik komplikasyonlar açısından hasta yakın takip edilmelidir. Komplikasyonların erken dönemde tespit edilerek tedavi edilmesi morbidite ve mortalite oranlarını büyük oranda düşürmektedir.

Anahtar Sözcükler: İntrakranial anevrizma, postoperatif yaklaşım, hemşirelik

PS-17

ENDOSKOPIK HİPOFİZ ADENOMU CERRAHİSİNDE AMELİYATHANE HEMŞİRESİNİN ROLÜ

Derya Sülçe

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Antalya

Kafa içerisinde en sık görülen tümörlerden birisi olan hipofiz adenomları hormon salgısı yapan ve yapmayan olmak üzere iki şekilde izlenmektedir. Fazla miktarda hormon salgısı yapan adenomlar; cushing hastalığı, hiperprolaktinemi gibi hastalıklara neden olurken büyük adenomların çevre anatomik yapılara baskı yapmaları sonucu görme bozukluğu, baş ağrısı gibi klinik bulgular izlenmektedir. Tedavide radyoterapi, stereotaktik radyocerrahi, prolaktinoma için tıbbi tedavi ve engel yoksa genellikle cerrahi tedavi tercih edilmektedir. Son yıllarda giderek artan minimal invaziv cerrahi teknikler içinde en önemlilerinden birisi de endoskopik hipofiz cerrahisidir. Bu minimal invaziv cerrahi tekniğinde, işinde uzman nöroşürji ameliyathane hemşirelerine ihtiyaç duyulmaktadır. Endoskopik hipofiz cerrahisinde ameliyathane hemşiresinin amacı; preoperatif dönemde cerrahi ekiple ameliyat sürecini ve hemşirelik girişimlerini sistematik bir yaklaşımla planlayarak iş yükünü azaltmak, ameliyat sırasında konfor sağlamak, cerrahi masa hazırlığı, ameliyatta kullanılacak cihazların ve diğer malzemelerin denetimi, sterilizasyonunun sürdürülmesi ve hasta güvenliğini sağlamaktır. Endoskopik hipofiz

cerrahisinde ameliyathane hemşiresi ameliyatta kullanılacak setleri ve endoskop malzemelerini hazırlar. Hasta anestezi ekibi tarafından uyutulur. Hasta uyutulduktan sonra uygun pozisyon verilir, çivili başlığa alınıp nöronavigasyon cihazının bağlantıları ve ayarları yapılır. Bu aşamada hemşire cerrahi masa hazırlığı yapar, cerrahi alan tekniğe uygun boyanır ve steril örtülür. Cerrahi ekip ameliyattaki yerlerini alır, endoskop cihazına kamera ve ışık kaynağı bağlantıları yapılır. Ameliyat sırasında burun pasajları yolu ile sfenoid sinüs arka duvarında bulunan hipofiz bezini bulunduran sella bölgesine ulaşarak hipofiz küretileri ile tümör çıkartılır. Pansuman yapılır işlem bitirilir. Cerrahi ekip açısından hemşirenin donanımlı olması ameliyatın her aşamasında gelişebilecek komplikasyonları azaltır ve dolayısıyla rahat bir çalışma ortamı sağlar. Bu bilgiler ışığında sunumumuzun amacı; endoskopik hipofiz cerrahisinde ameliyathane hemşiresinin görev ve sorumluluklarını anlatmak, aynı zamanda fotoğraflar eşliğinde ameliyat öncesi, ameliyat süreci ve ameliyatta kullanılan malzemeleri tanıtmaktır.

Anahtar Sözcükler: Hipofiz, cushioning, hipofiz adenomu

PS-18

KİFOPLASTİ UYGULANAN HASTALARDA ENOKSAPARİN SODYUM PROFİLAKSİNİN VE ERKEN MOBİLİZASYONUN ÖNEMİ

Emine Ekiz, Gökçe Karaokur, Mustafa Ertuğrul Darıkuşu

SBÜ Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği, İstanbul

Kifoplasti vertebra fraktürlerinde sıklıkla kullanılan, vertebral kolonun stabilitesini ve ağrı kontrolünü sağlayan, minimal invaziv bir cerrahi yöntemdir. İşlem sırasında uygulanacak vertebra korpusuna, ameliyathane şartlarında skopi görüntüleme altında perkütan olarak pediküler yolla girilerek polimetilmetakrilat enjeksiyonu yapılmaktadır. Literatürde işlem sırasında pulmoner emboli riskinin arttığı bildirilmiştir. Kliniğimizde, pulmoner emboli riskine karşı rutin uygulamada hasta yatışından mobilizasyon sürecine kadar anti-emboli çorabı kullanılmakta olup kontrendikasyon olmadıkça preoperatif subkutanöz yolla enoksaparin sodyum uygulaması yapılmaktadır. Ek olarak hastalar, postoperatif dönemde ise korse ile 2. saatte mobilize edilmektedir. Hastalar, kontrol bilgisayarlı tomografi görüntüleri incelendikten sonra ertesi gün taburcu edilerek günlük yaşam aktivitelerine kısa sürede geri dönmektedir. Bu güne kadar kliniğimizde kifoplasti uygulanmış olan hastalar arasında pulmoner emboli vakası saptanmamıştır. Bu çalışmamızda kifoplasti cerrahisi uygulanan hastalarda enoksaparin sodyum profilaksisi ve erken mobilizasyonun önemi vurgulanmak istenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Kifoplasti, enoksaparin sodyum, erken mobilizasyon

PS-19

STEREOTAKTİK BEYİN BİYOPSİSİ PROSEDÜRÜNDE KLİNİK HEMŞİRESİNİN ROLÜ

Hülya Funda Yanık¹, Burcu Erdem¹, Turgut Kuytu¹, Alper Türkkan¹, Ahmet Bekar²

¹VM Medical Park Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği, Bursa

²Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroşirürji Anabilim Dalı, Bursa

Giriş: Stereotaktik beyin biyopsisi, beyin tümörlerinin tanı ve tedavisinde kullanılan cerrahi bir teknik uygulamadır. Uygulama tanı koymaya yöneliktir. Bu yazıda özel ve yüksek teknolojik donanım gerektiren bu cerrahi prosedür tartışılmış ve klinik hemşiresinin rolü üzerinde durulmuştur.

Yöntem: Bu yazıda VM Medical Park, Bursa Hastanesi'nde nöroşirürji kliniğinde stereotaktik beyin biyopsisi yapılan hastalarda klinik hemşiresinin standardize edilmiş yaklaşımı ve sürecin takibi aktarılmaya çalışılmıştır. Hasta, klinik hemşiresi tarafından yatış sırasında bilgilendirilerek hekim tarafından order edilmiş tedavisi başlanır. Başlık takılması aşamasında gerekli steril şartlar ve ekipmanlar işlem öncesinde hazırlanır. Cilt bloğu yapılarak başlık takılır, bu aşamada hemşire hekimini asiste eder. Takiben hasta, hemşire eşliğinde tomografi ünitesine alınır. Ölçüm sırasında hastaya eşlik ederek, ölçüm sonrasında hastayı ameliyathane ekibine teslim eder. Postoperatif hasta yine hemşire tarafından teslim alınarak order edilmiş tedavisi başlanır, yakın şuur ve vital bulgularının takibi, yara yeri takibi, çivili başlığın giriş yerlerinin kontrolünü yapar, anormal bir durum tespit ederse hekime haber verir. Aksi söylenmedikçe postop 1. günün sabahında rutin kranial BT çekimi yapılır. Komplikasyon gelişmeyen hastalar postoperatif 1. günde klinik hemşiresi tarafından 10 soruluk bir anket yapılarak taburcu edilir.

Tartışma ve Sonuç: Stereotaktik beyin biyopsisi özel hedefleme başlığı ve bilgisayar programları kullanılarak yapılır. Hastalar çoğunlukla lokal anesteziyle uyanık olarak ameliyat edilirler. Tanı koyma oranı %95'in üzerindedir. Riski düşük bir uygulama olmakla birlikte, beyin içi kanama, enfeksiyon ve sinir sisteminde hasara bağlı kötüleşme olasılığı mevcuttur. Özellikle başlık takılması aşamasında gerekli önlemler alınmaz ve uygun girişimler yapılmazsa hasta şiddetli ağrı duyabilir, tedirginlik ve huzursuzluk yaşayabilir. Bu yüzden uygulamanın tüm süreçlerinde hemşire takibi önemlidir.

Anahtar Sözcükler: Stereotaktik, biyopsi, hemşirelik

PS-20

SANTRAL SİNİR SİSTEMİ TÜMÖRÜ CERRAHİSİ SONRASI HASTA BAKIMINDA YAŞAM AKTİVİTELERİNE GÖRE SINIFLANDIRILMIŞ HEMŞİRELİK TANILARI

Özlem İbrahimoğlu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Sinir sisteminin tümörlerle çeşitli ilişkilerini inceleyen bir bilim dalı olan nöro-onkolojinin kapsamı içinde primer sinir sistemi tümörlerinin yanı sıra sistemik kanserlerin nörolojik etkileri (metastaz, lokal yayılım, radyoterapi veya kemoterapi yan etkileri, tümörün hematolojik-metabolik uzak etkileri) yer alır. Nöro-onkoloji hastalıkları genelde, beyin ve spinal tümörler olmak üzere iki başlıkta incelenmektedir.

Kanser hastasına bakım veren hemşirelerin; hastalık, bakım ve tedavinin neden olduğu komplikasyon ve yan etkileri, bu komplikasyon ve yan etkilerin önlenmesine ve ortaya çıkan sorunların çözülmesine yönelik bakım girişimlerini iyi bilmesi gerekmektedir. Sinir sistemine ilişkin sorunları olan bireyden veri toplama, ilk karşılaşmada başlar ve aralıksız devam eder. Hemşirelik sürecinin tüm aşamalarına temel olabilmesi için verilerin doğru ve eksiksiz toplanması çok önemlidir. Bireyin tüm

boyutlarına yönelik sorunları ile ilgili veri sistematik bir şekilde elde edilmeli, bu amaçla seçilen hemşirelik modeline uygun veri toplama formatları oluşturulmalı ve elde edilen verilerin analizi ile tüm hemşirelik tanıları belirlenebilmelidir.

Bu makale, santral sinir sistemi cerrahisi sonrası hasta bakımında yaşam aktivitelerine göre sınıflandırılmış NANDA-I hemşirelik tanıları ile ilgili klinik derleme oluşturmak amacıyla planlanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Santral sinir sistemi, tümör, hemşirelik tanısı

PS-21

VERTEBROPLASTİ AMELİYATLARINDA HEMŞİRENİN ROLÜ

Zeliha Çolak, Dilek Dede, Büşra Akal, Büşra Tunçbilek, Osman Türkmenoğlu

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin Cerrahisi Kliniği, İstanbul

Vertebroplasti, vertebra korpus kırıklarının tedavisinde kullanılan, minimal invaziv bir cerrahi tekniğidir. Klinikimizde 2002 yılından itibaren kullanılan, hastalarımızın çok memnun kaldığı bir yöntemdir. Servikal, torakal, lomber bölgelerdeki, osteoporotik vertebra kırıkları, multipl myeloma, hemonjioma ve osteolitik metastazlar, vertebroplasti endikasyonlarıdır.

Omur gövdesi içine polimetilmetakrilat (çimento) denilen bir madde, floroskopik (röntgen) kontrolle, cilde açılan 3-4 milimetrelilik delikten perkütan olarak verilir. Nadir olarak hastalarda sement kaçağı sonrası omurga hasarı, pulmoner emboli gibi komplikasyonlar görülebilir. Özellikle sement kaçağının önlenmesinde hemşirenin rolü büyük önem taşımaktadır. Bu işlem esnasında ameliyathane hemşiresi kullanılan çimentonun hazırlığına doktora sorarak başlamalıdır, çimentonun kıvamının olması gerekenden daha sıvı veya katı olması yukarıda bahsettiğimiz komplikasyonlara neden olabilir. İşlemi görüntülemeye kullanılan skopi cihazı ile çok sayıda görüntü alınmasından dolayı, ortamdaki X ışınlarının zararından korunmak için cerrahi ekip ameliyattan önce ışın geçirmeyen gömleklerini, boyunluklarını ve gözlüklerini takmalıdır. Ameliyatın yapıldığı salonun fiziki şartlarında bunun için uygun olmalıdır. Havalandırma iyi çalışmalı, duvarlar ışın geçirmez olmalıdır. Ameliyatta kullanılacak malzemelerin kontrolü, fiziki şartların uygunluğu hemşirenin kontrolünde olduğu için eksikliklerinde doktoru bilgilendirmedir.

Sonuç olarak; minimal invaziv bir yöntemdir, lokal anestezi kullanıldığı için hasta erken ayağa kalkar, genel anestezi risklerinden korunmuş olur. Hasta kısa sürede günlük hayatına geri dönebilir. Hastaların şikayetleri kısa sürede sona erer.

Anahtar Sözcükler: Vertebroplasti, PMMA, hemşire, dikkat, kontrol

PS-22

NÖROŞİRÜRJİ AMELİYATLARINDA KULLANILAN TEMEL POZİSYONLAR VE HEMŞİRENİN ROLÜ

Dilek Dede, Zeliha Çolak, Kadir Altaş, Büşra Akal, Büşra Tunçbilek

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

Beyin cerrahisi ameliyatlarında kullanılan pozisyonlar; kraniyal, spinal ve periferik sinir ameliyatlarını kapsamaktadır. Temel olarak supine, prone, park-bench ve semi fawler pozisyonları kullanılmaktadır. Ameliyat öncesi anestezi ve cerrahi uygulamalara olanak sağlamak için hastanın yaşı, boyu, kilosu ve kardiyopulmoner durumu verilecek pozisyon açısından büyük önem taşır. Pozisyonlar anestezi ekibi, cerrahi ekip ve sirküle hemşire işbirliğiyle verilir. Pozisyon verilirken dikkat edilmesi gereken durumlar; gözleri basınç, kimyasal yanık ve korneal gerginlikten korumak, yüzeysel sinirler ve damarlar üzerine hiçbir basınç yada gerilim olmadan anatomik pozisyonu sürdürmek, drenajın sağlanması için gerilme ve bükülme olmadan foley kateteri kontrol etmeyi kapsamaktadır. Pozisyonların özelliklerine göre vücut uzuvlarına baskı oluşmasını engellemek amacıyla silikon pedlerle pozisyona destek verilir. Pozisyonu sabitlemek ve hastanın düşme riskini önlemek için silikon kemerle hasta masaya sabitlenir. Hastanın ameliyathaneye girmesiyle başlayan ve ameliyathaneden çıkmasıyla son bulan süreçteki tüm aşamalarda cerrahi ve anestezi ekibinin olduğu kadar ameliyathane hemşirelerinin de sorumluluğu altındadır.

Anahtar Sözcükler: Hemşire, pozisyon, sorumluluk, ameliyathane

PS-23

BEYİN CERRAHİ SERVİSLERİNDE ÇALIŞAN PERSONELİN ACİL DURUMLARLA İLGİLİ BİLGİLENDİRİLMESİ

Sergül Sarı, Betül Yaman, Öznur Günaydın, Mehmet Kalan, Erdal Reşit Yılmaz, Esra Çimendağ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği, Ankara

Diğer kliniklerden farklı olarak beyin cerrahi servislerinde hasta ile ilgili acil durumlar farklılık arz etmekte ve bu durumların acil müdahalesi gerekmektedir.

Hastalar ile ilgili acil durum olarak nöbet geçirme, bayılma, düşme ani şuur kayıpları, hava yolu tıkanmaları gibi ölümcül olabilecek sorunlar beklenebilmektedir.

Bu gibi durumlar acil tedavi ve önlem gerektirmektedir.

Beyin cerrahi servislerinde özellikle nöbetlerde en az bir hemşire nöbetçi olmaktadır. Yatan hastalarda gelişebilecek ani durumlarda hemşireye ulaşılması ve gelmesi zaman alacağından, yardımcı olunması için çalışan personelin de acil durum eğitimi alması ve bu eğitimin sürekliliği gerekmektedir.

Klinikimizde bu amaçla 2016 tarihinden itibaren çalışan personele (temizlik işçileri, hastane personeli, yemek dağıtım elemanları vs) gerekli eğitimler verilmektedir. Bu eğitimler sonucunda ilgili personel acil durumlar karşısında en azından acil durumlar karşısında nasıl davranılacağını öğrenmiştir.

Bu sayede uzman sağlık personeli gelene kadar acil tedbirlerin alınması ve zaman kazanılması amaçlanmıştır.

Sonuç olarak acil durumlarda müdahale ekibinin koordinasyonu ve gerekli tedbirleri zaman kaybetmeden alması önemlidir. Bu nedenle beyin cerrahi kliniklerinde çalışan bütün personelin acil konusunda eğitimi hasta sağlığı açısından önemlidir.

Anahtar Sözcükler: Beyin cerrahi, acil durumlar, personel eğitimi

PS-24

STERİOTAKTİK AMELİYAT HEMŞİRELİĞİ**Mehmet Savran, Seray Kaya, Mustafa Barutçuoğlu***Celal Bayar Üniversitesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, Manisa***STERİOTAKTİK AMELİYAT HEMŞİRELİĞİ**

Steriotaktik cerrahi, beyindeki belirli merkezlere yönelik, özel ekipmanlarla 3 boyutlu koordinatlar kullanılarak yapılan bir ameliyat şeklidir.

Hastanın ameliyat hazırlığı 5 adımı içerir, Bunlar;

- 1- Hastadan tüm onamların alınması,
- 2- MRG görüntülerinin alınması sonrasında frame takılması ve BT alınması.
- 3 boyutlu koordinat hesaplanması,
- 3- Hastanın pozisyonu ve sedasyonu,
- 4- Ameliyat malzemelerinin hazırlığı,
- 5- Frame setinin hazırlığıdır.

Ameliyat hemşireliği:

Bir beyin ameliyatından farklı olarak avantajı;

- 1- Büyük insizyon yapılmaması, kemik flep çıkartılmaması,
- 2- Daha az malzeme, set kullanılarak yapılması,
- 3- Cerrahi müdahalenin daha kısa sürmesidir.

Dezavantajı;

- 1- Frame başlık ve kordinat ayarlarının uzun sürmesi,
- 2- Hastanın uyanık olmasından dolayı ekip iletişiminde daha az sözlü kanalın kullanılması,
- 3- Yüksek konsantrasyon ve kordineli çalışma gerektirmesi,
- 4- Salonda sürekli sessizliğin sağlanması ve giriş çıkışların sınırlandırılması,
- 5- Her an açık cerrahiye girecekmiş gibi setlerin açık ve hazır bekletilmesidir.

Hastaya faydaları;

- 1- Hasta genel anestezi almaz. Ameliyat lokal anestezi ile yapılır,
- 2- Beyinde ulaşılacak istenen bölgeye en az zararla en doğru şekilde ulaşılır,
- 3- Daha az komplikasyon ve daha az ağrı oluşur.

Sonuç: Özel bir ameliyattır. Kendine has ekipman, bilgi ve deneyim gerektirir.

Anahtar Sözcükler: Bilgi ve deneyim, koordineli çalışma, steriotaktik

PS-25

HASTALARIN VE HASTA YAKINLARININ BİLGİLENDİRİLMESİ: HEMŞİRELİK UYGULAMALARI**Sergül Sarı, Betül Yaman, Şehriban Yaman, Öznur Günaydın, Erdal Reşit Yılmaz***Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği, Ankara*

Beyin cerrahi servislerinde hasta bilgilendirilmesi klinik doktorları tarafından yapılmaktadır. Kliniklerde iş yoğunluğu nedeni ile hastaya ayrılan süre son derece kısıtlıdır.

Kliniğimizde bu konu ile ilgili olarak 2016 yılında yapılan anket çalışmasında hastaların büyük çoğunluğunun hastalığı ile ilgili bilgilendirmeyi yeterli bulmadığını ifade etmiştir.

Bu nedenle yatan hasta ve refakatçilerine klinik tanıtımı ve hemşirelik gözlemi alınırken hastalığı ile ilgili bilgiler verilmesi ve sorulacak soruların sadece bu süre sırasında değil de her zaman hemşireye iletebileceği söylenmiştir. Bu sayede hastaların doktoruna sormadığı konular bile hemşire tarafından rahatlıkla aydınlatılmaktadır.

Sonuç olarak hasta bilgilendirilmesi hasta ve yakınlarının yasal hakkıdır. Uygun bir şekilde yapılabilmesi klinik doktorunun görevidir ve hemşire de gereğinde tedavi ve hastane, hasta bakımı ile ilgili bilgileri verebilmektedir. Klinik sorumlu hemşireleri tarafından da hastaya sorularak takibin yapılması önemlidir.

Anahtar Sözcükler: Eğitim, hasta bilgilendirilmesi, beyin cerrahi

PS-26

BEYİN CERRAHİ KLİNİKLERİNDE CERRAHİ ÖNCESİ HASTA TEMİZLİĞİ VE HEMŞİRE SORUMLULUĞU**Sergül Sarı, Betül Yaman, Nuray Çağan, Selina Demiral, Erdal Reşit Yılmaz, Büşra Soysal***Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği, Ankara*

Hasta yoğunluğu ve alt yapı koşullarının çoğu yerde uyum olmaması nedeni ile cerrahi öncesi hastaların genel temizliği, yıkanması işlemi çoğu yerde yapılmamaktadır. Bu eksikliğin enfeksiyon oranını artmasına ve hasta taburculuğunun uzamasına yol açacağı muhakkaktır.

2015-2016 yılları arasında kliniğimizde konu ile ilgili olarak sabah ameliyat olacak hastaların temizliği ve hazırlığı bir gün önce nöbetçi olan hemşire ve personele verilmiş ve sorumlu hemşireler tarafından takipleri yapılmıştır.

Hazırlık olarak hastanın personel veya yakını tarafından vücut temizliğinin yapılması, traş olması, temiz çamaşır değiştirilmesi gibi işlemler uygulanmıştır.

Kliniğimizde hasta yıkanma ve temizlenme yerleri uygun hale getirilerek cerrahi öncesi hastanın hazırlığının tam olarak yapılması sağlanmış ve bu işlemlerin yapılıp yapılmadığı sorumlu hemşire tarafından kontrol edilmiştir.

Sonuç olarak basit bir hijyen kuralının işler hale getirilmesi ile cerrahi alan ve klinik enfeksiyon oranlarında ciddi bir azalma olduğu tespit edilmiştir. Bu enfeksiyon azalmasının hasta taburculuk süresinin kısalmasına ve tedavi maliyetinin azalmasına olan katkısı tartışılmazdır.

Anahtar Sözcükler: Hasta temizliği, beyin cerrahi, enfeksiyon

PS-27

BİR NÖROŞİRÜRJİ YOĞUN BAKIMINDA ANEVRİZMALI HASTAYA YAPILAN HEMŞİRELİK BAKIMI: OLGU SUNUMU**Cansel Onay, Eda Akyol, Özlem İbrahimoğlu, Elif Lale Aktürk***Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Haydarpaşa Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul*

Orta serebral arter (MCA), internal karotid arterin (İKA) terminal iki dalından birisidir. Anevrizma, kelime olarak damar genişlemesi anlamına

gelir. Arterin bir noktasından dışarıya tomurcuklanması veya bir segmentin balonlaşması ile gerçekleşir.

Yoğun bakım ünitesinde fiziksel durumu ağır, yaşam fonksiyonları için destek gereken, kendi gereksinimlerini karşılayamayan ve özel bakım gerektiren hastalar yatmaktadır.

Yoğun bakım hemşiresi, multidisipliner ekip içinde etkin ve kritik bir görev almak ile sorumludur. YB ünitelerinde, tedavi ve bakım alan hastaların üniteye yatış süresince, bireyselleştirilmiş kaliteli bakım almaları doğrultusunda hemşirelere önemli ve kritik sorumluluklar düşmektedir. Bu nedenle YB hastalarında bakım uygulamaları için kanıt temelli yaklaşımlara gereksinim vardır. Hemşire, bireyin her davranışını çok iyi değerlendirmeli, fiziksel muayene yöntemlerini kullanmalı, laboratuvar bulgularını analiz etmeli ve değişiklikleri düzenli bir şekilde kayıt etmelidir. Ayrıca bireyselleşmiş hemşirelik bakımının planlanmasında hemşirenin gözlemleri de önem taşımaktadır.

YBÜ'de verilen hemşirelik bakımının kalitesini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bireye yönelik hemşirelik planlarının yapılması, uygulanması ve değerlendirilmesi, üniteye hemşire hasta oranına göre yoğun bakım hemşireliği eğitimi ve iyi bir iletişim eğitimi almış hemşire bulundurulması, hemşire devirlerinin önlenmesi, bası yarasının açılmaması hastanın iyileşme sürecini ve yoğun bakım ünitesinde kalış sürecini kısaltıcı yönde etki eden en önemli faktörlerin başında gelmektedir.

Anahtar Sözcükler: Hemşirelik bakımı, nöroşirürji, nöroşirürji yoğun bakım

PS-28

BEYİN CERRAHİ SERVİSİNDE SPİNAL CERRAHİ SONRASI HASTA TAKİBİNDE HEMŞİRE GÖZLEMİNİN ÖNEMİ

Sergül Sarı, Betül Yaman, Nuray Çağan, Betül Akyürek, Erdal Reşit Yılmaz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği, Ankara

Beyin cerrahi servislerinde ameliyattan gelen hastalar servis hemşiresi tarafından kabul edilip vital bulguları takip edilir. Hastaların genel durumu, tansiyon, nabız, ateşi, aldığı çıkardığı miktarları, damar yolları ve varsa drenleri kontrol edilir.

Kliniğimizde 2015 tarihinden itibaren klinik hemşireleri postoperatif hasta bakımı konusunda servis içinde sürekli eğitim almaktadırlar.

Bu eğitimlerde hastaların vital bulgularının yanında genel muayenesi, nörolojik olarak ekstremit motor ve duyu muayenesi ve batin içi kanama riski nedeni ile batin muayenesinin yapılmasının önemi ve neler yapılması gerektiği anlatılmaktadır.

Ameliyattan çıkan hastanın doktor muayenesi dışında hemşire tarafından da saat başı muayene edilmesi hasta komplikasyonlarının önlenmesi açısından önemlidir. Kliniğimizde yapılan eğitimler sonunda spinal cerrahi sonrası erken dönem gelişebilecek problemler zamanında tedavi edilmiş ve herhangi bir mortalite-morbidite gözlenmemiştir.

Anahtar Sözcükler: Spinal cerrahi, muayene, eğitim

PS-29

BEYİN CERRAHİ KLİNİĞİNDE POSTOPERATİF CERRAHİ ALANA SOĞUK UYGULAMASI VE ANALJEZİK İHTİYACININ AZALTILMASI

Sergül Sarı, Betül Yaman, Büşra Soysal, Şehriban Yaman, Erdal Reşit Yılmaz, Esra Çimendağ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği, Ankara

Beyin cerrahi kliniğinde özellikle spinal cerrahi sonrası hastalarda cerrahi alan ağrısı yaygın görülmektedir. Bu ağrının azaltılması ve hasta konforunun artırılması için hastalara bazen yüksek dozlarda analjezik verilmektedir.

Cerrahi alana soğuk uygulaması ağrının azaltılmasında son derece etkili ve ucuz bir yöntemdir. Yapılan klinik çalışmalarda güvenilirliği ve etkinliği kabul edilmiştir.

Beyin cerrahi servislerinde cerrahi sonrası ağrıların azaltılması için soğuk uygulaması klinik hemşiresi gözetiminde oldukça ucuz bir şekilde ağrı kontrolünü sağlamaktadır. Bu uygulamadaki en büyük problem soğuk yanıklarına neden olmadan gerekli hipotermi sağlanmasıdır. Bu problem en basit şekilde doktor ve hemşirelerin bu konuda eğitim almalarıyla çözülebilir.

Bu nedenle tedavi maliyetinin azaltılması ve hasta konforunun artırılması için bu uygulamanın yaygın bir şekilde kullanılması gerekmektedir.

Anahtar Sözcükler: Analjezik ihtiyacı, soğuk uygulama, hasta konforu

PS-30

BEYİN CERRAHİ SERVİSLERİNDE KESİCİ DELİCİ ALET YARALANMALARINDA SIK EĞİTİM VE KONTROLÜN ÖNEMİ

Sergül Sarı, Betül Yaman, Neslihan Sarıkaya, Betül Akyürek, Büşra Soysal, Erdal Reşit Yılmaz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği, Ankara

Her cerrahi klinikte olduğu gibi beyin cerrahi kliniğinde de pansumanlar ve hasta günlük tedavileri hasta yatağında yapılmaktadır.

Hasta yoğunluğu, çalışan sayısının azlığı gibi iş yükünü artıran nedenlerden dolayı çalışan yaralanmaları sık görülmektedir. Özellikle bulaşıcı hastalıklar açısından bu konu önem arz etmektedir.

Kliniğimizde bu yaralanmaları azaltmak için çalışan personel, hemşire ve doktorlar 2016 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı'nın rutin uygulaması dışında düzenli olarak servis içi eğitime alınmaktadır.

Eğitim dışında tedavi ve pansuman işlemi bir sorumlu tarafından da takip edilmektedir.

Sonuç olarak bu basit ama etkili tedbirler sayesinde kliniğimizde son bir yıllık dönem içerisinde doktor, hemşire ve personel içerisinde bildirilen kesici delici alet yaralanmaları görülmemiştir.

Bu nedenle bu eğitim programının bütün cerrahi kliniklerde de uygulanması uygun olmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Kesici-delici alet, beyin cerrahi, eğitim