

PS-01

**BEYİN VE SİNİR CERRAHİSİNDE RENKLERİN ROLÜ****Gülay Öztürk<sup>1</sup>, Dilek Yurt<sup>2</sup>, Alaattin Yurt<sup>1</sup>, Emel Yılmaz<sup>3</sup>**<sup>1</sup>S.B.Ü. İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği, İzmir<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Güzel Sanatlar Fakültesi, Tekstil ve Moda Tasarımı, İzmir<sup>3</sup>Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD, Manisa

**Giriş ve Amaç:** Beyin ve sinir cerrahisi kliniğine hastalar genellikle, beyin tümörü, beyin kanaması, omurilik yaralanması gibi bireyin yaşamını önemli derecede etkileyen ve yüksek derecede strese neden olan hastalıklar nedeni ile başvurmaktadır. Bu hastalıkların tedavisinde diğer bir stres faktörü olan cerrahi girişim uygulanması, fizyolojik olduğu kadar psikolojik olarak da hastayı tehdit eden bir deneyim olarak görülmektedir. Sağlık bakım ortamlarında renk kullanımıyla ilgili çalışmaların önemli, ancak henüz yetersiz oluşu bu alandaki literatür araştırmasını gerekli kılmıştır. Bu derlemede amaç beyin ve sinir cerrahisinde renklerin rolünü belirlemek amacıyla rengin insanlar üzerinde fizyolojik, psikolojik ve insan sağlığı üzerine etkisini belirleyerek renklerin sağlık bakım ortamları üzerindeki çıktılarını belirlemektir.

**Yöntem:** Tarama; Ulusal ve Uluslararası veri tabanlarında renk olgusu, cerrahi, hasta gibi anahtar kelimeler kullanılarak yapıldı. Tarama, 1980-2018 yılları arasında basım dili Türkçe ve İngilizce olan çalışmalarla sınırlıdır.

**Bulgular:** Sağlık bakım ortamlarında renklerin uygun kullanımı tıbbi hataların azaltılması, iyilik halinin artırılması, stresin azaltılması, hastaların uyku düzeni ve sirkadiyen ritminin iyileştirilmesi, hastanede kalış süresinin kısaltılması, hasta memnuniyetinin artırılması ve personelin moral, motivasyon ve verimliliğinin artırılması üzerinde olumlu etki yaratarak sağlık bakım ortamındaki sonuçların iyileştirilmesine katkıda bulunmaktadır. Bu düzeydeki fayda, tüm alanlar için sürdürülebilir olmayabilir, ancak iyileştirmelerin bir kısmının gerçekleştirilmesi, hastane ortamlarında, hastalar, ziyaretçiler ve personel üzerinde olumlu etkiler yaratacaktır.

**Tartışma ve Sonuç:** Renklerin sağlık bakım ortamlarında kullanımında hastaların, ziyaretçilerin ve sağlık personelinin refahlarını etkileyebilecek sosyo-kültürel, psikolojik ve fizyolojik faktörler gibi her grubun fonksiyonel ihtiyaçları dikkate alınmalıdır. Birincil hedef, hastalar, ziyaretçiler ve sağlık personeli için samimi, terapötik ve iyileşmeyi mümkün olduğunca teşvik eden bir atmosfer yaratmaktır. Aynı zamanda renklerin hastanelerde pratik ve fonksiyonel kullanımının sağlanması amaçlanmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Cerrahi, hasta, renk olgusu

PS-02

**BEYİN CERRAHİSİ OLGULARINDA PRE-POSTOPERATİF YAKIN HEMŞİRELİK TAKİBİNİN ÖNEMİ; SEREBRAL HERNİASYONA GİDEN İKİ OLGUNUN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ****Kübra Ceylan<sup>1</sup>, Burcu Erdem<sup>1</sup>, Alper Türkkan<sup>1</sup>, Turgut Kuytu<sup>1</sup>, Ahmet Bekar<sup>2</sup>**<sup>1</sup>VM Medical Park Hastanesi, Nöroşirürji Bölümü, Bursa<sup>2</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroşirürji Anabilim Dalı, Bursa

**Giriş ve Amaç:** Beyin parankimi kafatası gibi genişleme özelliği olmayan rijit bir yapıyla sınırlıdır. Ödem, kanama ya da kitle lezyonları gibi nedenlerle parankimal yapılar olması gereken kompartmandan diğerine itilebilir. Bu duruma serebral herniasyon adı verilir. Parankimal ve vasküler hasarla sonuçlanır. Subfalsin, transtentorial, eksternal, tonsiller, asendan tentorial herniasyon gibi farklı tipleri mevcuttur. İntrakranial yer kaplayan lezyon nedeniyle opere edilmiş veya edilecek olgularda yakın Glaskow koma skalası (GKS) takibi, pupil büyüklüğü, ışık reaksiyonu, ekstremitelerde motor ve duyu muayenesi serebral herniasyonun öncü belirtilerinin erken saptanmasını ve zamanında müdahaleyi sağlar.

**Yöntem:** Bu bildiride kliniğimizde kranial cerrahi geçiren ve takiplerinde yakın hemşirelik takibiyle serebral herniasyona gitmeden erken dönemde müdahale edilen 2 farklı olgu sunulmuş, bu tip olgularda hemşirelik takibinin hayat kurtarma açısından önemi vurgulanmıştır.

**Bulgular:** Olgu-1: 29 yaşında erkek hasta, araç içi trafik kazası sonrası sağ frontal intraserebral hematoma nedeniyle opere edildi. Postoperatif 3. günde sağda anizokori, GKS'inde gerileme olan hasta serebral ödeme bağlı çift gelişmesi üzerine reopere edilerek dekompresyon cerrahisi yapıldı. Takiplerinde anizokorisi ve şuur komponentleri düzeldi.

Olgu-2: 39 yaşında erkek hasta, nöks sol frontoparietal konveksite meningioması nedeniyle opere edildi. Postoperatif erken dönemde ek nörolojik defisiti izlenmedi. Postoperatif 6. saatte motor afazi ve sağda plejiye yakın hemiparezi gelişmesi üzerine acil operasyona alınarak kemik flep kaldırıldı. Postoperatif 7. günde konuşma bozukluğu düzelen ve 1. ayda motor defisiti tam düzelen hastanın kemiği yerine kondu.

**Tartışma ve Sonuç:** Kranial yer kaplayıcı lezyonu olan olgularda yakın hemşirelik takibi ile anizokori, GKS'de gerileme, motor ve/veya duyu kaybı, ışık reaksiyonunun alınamaması gibi serebral herniasyon öncü bulgularının erken saptanması zamanında müdahaleyi sağlayarak hayat kurtarıcı olacaktır.

**Anahtar Sözcükler:** Serebral herniasyon, yakın hemşirelik takibi, kranial yer kaplayıcı lezyon

PS-03

**BEYİN TÜMÖRÜ GİRİŞİMİ GEÇİREN HASTALARDA OLASI PEG DEN BESLENME KONTROLÜ VE AİLE EĞİTİMİ****Burcu Kömürcü***Kent Sağlık Grubu, Çiğli, İzmir*

PEG: Ağız yoluyla gıda alamayan hastaların beslenmesini sağlamak amacıyla karın duvarından geçirilen esnek bir tüpün mideye yerleştirilmesi işlemidir.

Beyin tümörlerinin büyük bir çoğunluğu, malign ve invaziv yayılım göstererek sınırlı bir alana sahip kafatası içinde, hızla büyür ve hastanın yaşamını tehdit eder. Tedaviye etkin yanıt alınamaması, hastalık sürecinin hızlı ilerlemesi ve ciddi nörolojik fonksiyon kaybı; birey/ailenin umutsuzluk yaşamasına ve yaşam kalitesinin hızla düşmesine neden olur. Tümör ameliyatlarından sonra olası kranial sinir fonksiyonlarında etkilenme nedeniyle aspirasyon riski artmaktadır. Bu nedenle hemşireler yutma ve öğürme refleksini değerlendirmeli, hasta yemek yerken dik oturtulmalı,

yumuşak bir diyet verilmeli ve aspirasyon açısından müdahaleye hazır olunmalıdır. Sık aralıklarla nörolojik muayene yapılmalıdır. Ameliyat sonrası dönemde tedavinin başarı ile yönetilebilmesi için hasta ve yakınlarına eğitim verilmesi gerekir. Eğitim konuları arasında yapılacak cerrahi operasyon, yara bakımı, nörolojik semptomların tanınması ve beslenme temel başlıklardır.

Olgu; 55 yaşında kadın daha önce sterotaksik bx ile glial tm ameliyatı geçirmiş RT KT almış bir hastadır. Hastanın çekilen kranium MR da tekrar kitle görülmesi üzerine ameliyata karar verilmiştir. Hastanın daha önce aldığı kemoterapi tedavisine bağlı olarak gelişen Trombositopeniden dolayı Havuz trombosit/kan transfüzyonu hazırlanmış, genel sistem muayenesi ve preop hazırlıkları ile ameliyata gönderilmiştir. Postop dönem de genel durumu olağan seyreden hastanın trombosit düzeyinin 50.000 üzerinde tutmaya çalışırken, nörolojik takip, mobilizasyon ve beslenme de eş zamanla kontrol altına alınmıştır. Sağ ileri hemiparetik olana olgu parenteral beslenme olarak başlayan tedavisine postop 1. ayın sonunda oral deneme sonrası solunum sıkıntısı olmasından dolayı Gastroenteroloji konsültasyonu istenerek PEG takılmıştır. 1. haftanın sonunda PEG beslenmeye tam uyum sağlayan hasta malzeme temini bakım ve ekipman raporu ile birlikte taburcu edilmiştir. Bakım sürecinin son 2 3 günü ailede bakıma katılmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Eğitim, glial tümör, kemoterapi, radyoterapi, Peg takılması

PS-04

#### NÖROŞİRÜRJİ HASTALARINDA PERİOPERATİF GLİSEMİ YÖNETİMİ

**Pervin Gökay<sup>1</sup>, Neslihan İlkaz<sup>2</sup>, Emine Arıcı<sup>2</sup>, Emine İyigün<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>SBÜ, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>SBÜ, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Ameliyathane Birimi, Ankara

<sup>3</sup>SBÜ, Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara

Perioperatif dönemde diyabet, cerrahi hastalarında mortalite ve morbidite oranlarını %50 artırır. Cerrahi stress ve buna bağlı salınan epinefrin, kortizol gibi katabolik hormonlar hiperglisemiye neden olmaktadır. Diyabetli hastalarda hiperglisemiyi yönetmek daha zordur. Hiperglisemi immüne fonksiyonları olumsuz etkilemektedir. Özellikle de lökosit-platelet fonksiyonlarını bozarak cerrahi yaranın iyileşmesinde geçikmelere neden olmaktadır. Hipergliseminin tüm bu olumsuz etkileri nöroşirürji hastaları için de geçerlidir. Hiperglisemi nöroşirürji hastalarında serebral ödemde artışa, beyin parankiminde metabolik asidoza, kan-beyin bariyerinde bozulmalara, nöbetlere, nöron hasarına, subaraknoid kanamalar sonrasında vazospazma ve enfeksiyona neden olmaktadır. Diğer taraftan glikozun beyin üzerindeki kritik rolünden dolayı hipoglisemi de nöroşirürji hastalarında çok kritik komplikasyonlara neden olabilmektedir. Perioperatif dönemde diyabetli hastalarda glisemik kontrolün yeterli sağlanamaması kardiyak ve enfektif komplikasyon riskini artırarak kısa ve uzun vadede mortaliteyi arttırmaktadır.

Diyabet tanısı olan ya da olmayan nöroşirürji hastalarında hiperglisemiye bağlı komplikasyonları önlemede, perioperatif glisemi yönetimi kritik bir öneme sahiptir. Bu kapsamda hastanın perioperatif bakımdan sorumlu

olan hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Literatürde, hipergliseminin yönetilmesi hakkında Amerikan Diyabet Birliği (ADA) ve Amerikan Klinik Endokrinologlar Birliği (AAACE) gibi önemli derneklerin yayınladığı rehberler bulunmaktadır. Rehberler doğrultusunda hemşirelerin hastayı preoperatif dönemde diyabet açısından değerlendirmesi, preoperatif açlık süreleri ve diyabet ilaçlarının kullanımı konusunda hastayı bilgilendirilmesi önemlidir. İntraoperatif dönem ve yoğun-bakım dönemi gibi kritik dönemlerde hastanın glisemi değerinin 140-180 mg/dl arasında sürdürülmesi, hastanın kendi diyabet ilaçlarına başlama aşamasında uygulanacak hemşirelik girişimleri, hiperglisemiye bağlı komplikasyonların önlenmesi ve bakım kalitesi için önemlidir. Bu kapsamda nöroşirürji hastalarının perioperatif dönemde ve sonrasında glisemik kontrollerini sağlamak için hemşire yönetimli protokollerin oluşturulması ve uygulanması hipergliseminin yönetilmesinde önemli bir strateji olacaktır.

**Anahtar Sözcükler:** Hemşirelik bakımı, hiperglisemi, nöroşirürji, perioperatif dönem

PS-05

#### NÖROŞİRÜRJİ AMELİYATLARINDA BASINÇ YARALANMALARI NASIL OLUŞUR? NASIL ÖNLENEBİLİR?

**Emine Arıcı<sup>1</sup>, Pervin Gökay<sup>2</sup>, Neslihan İlkaz<sup>1</sup>, Emine İyigün<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>SBÜ, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Ameliyathane Birimi, Ankara

<sup>2</sup>SBÜ, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

<sup>3</sup>SBÜ, Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara

Basınç yaralanması, basınç ya da sürtünme veya her ikisinin birlikte oluşturduğu basınç sonucu genellikle bir kemik çıkıntı üzerindeki lokalize deri ve/veya deri altı doku hasarıdır. Beyin cerrahi ameliyatları gibi uzun süren cerrahi girişimlerde, girişim süresince gerekli önlemler alınmadığında hastalar uzun süre hareketsiz kalmaya bağlı basınç yaralanması açısından risk taşımaktadırlar.

Ameliyathanede basınç yaralanmalarının oluşumunda hastaya ait risk faktörlerinin yanı sıra yanlış pozisyon verme, yetersiz destek ve koruma, pozisyon verme araçlarının yanlış kullanılması personele ait risk faktörlerindedir. Ayrıca, cerrahinin tipi, ameliyatın 2 saatten uzun sürmesi, anestezi sırasında kullanılan ajanlar, hemodinamik değişiklikler, hipotermi, uygulanan antiseptik solüsyonların deride birikmesi, personelin hastaya dayanması sonucu dokular üzerine aşırı basınç uygulanması gibi nedenler de risk faktörlerini oluşturabilir. Tüm bunlar ameliyathane sürecinde basınç yaralanması gelişimi riskini arttıran faktörlerdir. Hastaya ameliyat masasında uygun pozisyon verilmesi ve vücut boşluklarının uygun şekilde desteklenmesinden cerrahi ekibin tüm üyeleri sorumludur. Ameliyathane hemşiresi, her işlem için gereken pozisyonu, her pozisyona ilişkin riskleri ve önlemleri, ekipman ve destekleyici araçlar ile hastanın uygun pozisyonda kalması gereken zamanı bilmelidir. Rehberler basınç yararı gelişme riski olan tüm hastalarda ameliyat masası üzerinde basıncı dağıtan bir destek yüzeyi kullanılması gerektiğini, hastaya ameliyat sırasında basınç yararı gelişme riskini azaltacak şekilde pozisyon verilmesini, bacakların ağırlığı dağıtacak şekilde elevasyona alınmasını,

dizlerin hafif fleksiyonda olmasını önermektedir. Ayrıca, masa tespit bantları sıkı bağlanmamalı, kol ve bacaklar masadan sarkmamalı, hastanın başı başlıkla stabilize edilmelidir.

Basınç noktalarının doğru desteklenmesi ve ekibin bu konuda yeterli bilgiye sahip olması hem hastanın anestezi süresini kısaltabilir hem de ameliyat sonrası basınç yaralanması oluşumunu önleyerek hastanın iyileşme sürecini olumlu yönde etkileyebilir.

**Anahtar Sözcükler:** Ameliyathane, basınç yaralanması, hasta güvenliği

PS-06

### ÇİVİLİ BAŞLIK KULLANIMINDA HASTA GÜVENLİĞİ

**Neslihan İlkaz<sup>1</sup>, Emine Arıcı<sup>1</sup>, Pervin Gökay<sup>2</sup>, Emine İyigün<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>SBÜ, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Ameliyathane Birimi, Ankara

<sup>2</sup>SBÜ, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

<sup>3</sup>SBÜ, Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara

Ameliyathane hemşireliği, hastaların tüm bakım gereksinimlerini ameliyathane ortamında karşılayan özel bir hemşirelik alanıdır. Bu ortamda, hemşireler tarafından hasta güvenliğinin sağlanması oldukça önemlidir. Hastalara, tüm ameliyatlarda olduğu gibi beyin cerrahisi ameliyatlarında da ameliyat çeşidine uygun pozisyon verilmesi gerekmektedir. Bu tür ameliyatlarda baş pozisyonunu sabitlemek için özel kraniyal stabilizatörler kullanılmaktadır. Fakat bu sistemler ameliyat sürecini kolaylaştırırken, aynı zamanda hasta güvenliğini tehdit edebilmektedir. Literatürde konuya ilişkin çeşitli vaka sunumlarına ulaşılmıştır.

Lee ve arkadaşları 2009 yılındaki çalışmasında çivili kraniyal stabilizatörün, baş ve boyun immobilizasyonu sırasında bir ayağının kırıldığını fakat hastada herhangi bir komplikasyon gelişmediğini belirtmişlerdir. Oysaki bu gibi durumlar hastalar açısından ölümcül nitelikte olabilmektedir. Bu nedenle her kullanımdan önce hasta güvenliğini sağlamak amacıyla tüm aletlerin çalışabilirliği, sağlamlığı, uygun şartlarda steril edilip edilmediği yada bakımının yapıp yapılmadığı mutlaka değerlendirilmelidir.

Berry ve arkadaşları 2008, Chen ve arkadaşları ise 2014 yılında, farklı yaş gruplarındaki pediatrik vakalara ilişkin yayınladıkları makalelerinde, çivilerin yaptığı basınçların; kraniyal kırılma, beyin içi omurilik sıvısının sızması, epidural ve subdural hematoma gibi bazı olumsuz durumlara neden olduğunu belirtmişlerdir. Ameliyat esnasında ani gelişen hipertansiyon ve beyinde ödem oluşumu gibi komplikasyonların çivili başlıklara bağlı gelişebileceği düşünülmelidir. Bu noktada hem ameliyathane hemşireleri hem de cerrahlar dikkatli olmalıdır. Literatürde; çivili başlık basınçlarının tüm hasta gruplarında özellikle pediatrik vakalarda dikkatli ayarlanması, aniden sıkılmaması, preoperatif dönemde karvalyal kalınlık incelemesi yapılması, intraoperatif dönemde ise çivi yerlerinde basınca bağlı gelişebilecek kırıkların palpe edilerek kontrol edilmesi gerektiği belirtilmektedir.

Ameliyathane multidisipliner yaklaşım gerektiren özel ortamlardır. Bu ortamlarda hasta güvenliğini sağlamak hemşire ve doktorların içinde bulunduğu tüm ekibin sorumluluğundadır.

**Anahtar Sözcükler:** Ameliyathane, hasta güvenliği, çivili başlık

PS-07

### İNTRAKRANİYAL ANEVİZMA CERRAHİSİ UYGULANACAK HASTALARDA İNTRAOPERATİF HEMŞİRELİK BAKIMI

**Gözde Yalçın<sup>1</sup>, Nilgün Aksoy<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Antalya

<sup>2</sup>Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya

**Giriş ve Amaç:** İntrakraniyal anevrizma cerrahisi uygulanacak hastalarda intraoperatif hemşirelik bakımının önemini vurgulanmasıdır.

**Yöntem:** Derleme Pubmed, Google Akademi, EBSCO Host ve Türk Medline veri tabanları taranarak yürütülmüştür.

**Bulgular:** İntrakraniyal anevrizma genel toplumun %5-10'unu etkileyen mortalite ve morbiditesi yüksek bir sağlık problemidir. Serebral anevrizma her yaşta insanda görülebilir; ancak, çoğunlukla 35-60 yaş arası kişilerde görülür. Orta yaş grubunda stres sıklıkla etkilenen damarın rüptürüne neden olur. Anevrizma olguları, kanamış intrakraniyal anevrizma durumları referans alınarak kıyaslandığında kadınlarda erkeklere oranla üç kat daha fazla görülmektedir. Tüm intrakraniyal anevrizmaların sadece % 2'si çocuk yaş grubunda görülür.

**Sonuç:** İntrakraniyal Anevrizmada Hemşirelik Bakımı

- Perioperatif hemşireler, hasta ve aile üyelerine korku ve endişelerini ifade etme fırsatı tanımalı ve gerekli psikolojik desteği sağlamalıdır. Ameliyat öncesi hemşire, hastanın işlem prosedürünü değerlendirir ve ameliyat sonrası görüntüsü ve yapılacaklar ile ilgili bilgi vermelidir.
- Bilgilendirilmiş onam formlarının imzalanmasına tanıklık eder ve kontrol eder.
- Sirküle hemşire hastayı karşılar, ameliyat öncesi değerlendirme yapar ve sonrasında bu hastaya özgü bir bakım planı hazırlar.
- Sirküle ve steril hemşire operasyon öncesinde hasta için kullanılacak malzemelerin yeterliliğini ve sterilizasyonu değerlendirir ve gerekli hazırlıklarını yapar.
- Odada asepsinin sağlanmasından, hastanın güvenliğinden, mahremiyetinden ameliyathane hemşiresi sorumludur.
- Cerraha uzatılan her alet, mikroskopun görüş açısı kapatılmadan, cerrahin aleti kavradığından emin olduktan sonra bırakılmalıdır.
- Yıkama solüsyonları mutlaka vücut sıcaklığına yakın olmalıdır.
- Anevrizma görüldüğünde cerrahin isteğine göre uygun boyda ve şekilde anevrizma klibi seçilir, aplikatöre yerleştirilir.
- Ameliyatta kullanılan spançlar, dikişler ve tüm aletlerin sayımı sirküle ve steril hemşire tarafından yapılır, kaydedilir.
- Cerrahi işlem tamamlandığında, uygun pansumanla kapatılır.
- Sirküle hemşire hastanın bütün bulgularını, giriş-çıkış saatlerini ve yapılan işlemleri kaydeder.

**Anahtar Sözcükler:** İntrakraniyal anevrizma, ameliyathane hemşireliği, intraoperatif hemşirelik bakımı

PS-08

### SPİNAL KORD YARALANMALI HASTANIN HEMŞİRELİK BAKIMI: OLGU SUNUMU

**Gülay Öztürk<sup>1</sup>, Alaattin Yurt<sup>1</sup>, Emel Yılmaz<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>S.B.Ü. İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği, İzmir

<sup>2</sup>Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Manisa

**Giriş ve Amaç:** Spinal kord yaralanmaları (SKY) farklı klinik özellikler gösteren, mortalite ve morbidite açısından bireysel, sosyal, psikolojik ve ekonomik yaşamı olumsuz etkileyen patolojik bir durumdur. SKY'ları; omuriliği taşıyan omurların travmasıyla birlikte, spinal kordun baskı, kontüzyon ya da kesisi sonucu oluşmaktadır. SKY insidansı Türkiye'de milyonda 12.7'dir. Yapılan çalışmalarda, SKY'lı bireylerin %80'inin 40 yaşın altında olduğu ve bunun %50'sinin 15-25 yaş grubunda yoğunlaştığı belirtilmektedir. Günümüzde tıbbi gelişmelere bağlı olarak SKY'lı bireylerin ölüm oranları ciddi şekilde azalmaktadır.

**Yöntem:** Etkilenen omurilik seviyesi ve bunun sonucunda gelişen disfonksiyonun derecesine bağlı olarak erken ve geç dönemde tedavinin yoğun bakım şartlarında sürdürülmesi gerekebilir. Havayolu açıklığı sağlanırken karşılaşılabilecek ventilasyonda ve entübasyonda güçlükler, solunum kasları paralizine bağlı solunum yetersizlikleri, pnömoni ve ateletazi gibi sorunlar, otonom disfonksiyon, spinal şok ve venöz tromboemboli gibi kardiyovasküler etkilenmeler önemli morbidite ve mortalite nedenleridir. SKY'lı hastanın bakımında amaç, komplikasyonların önlenmesine yönelik profesyonel hemşirelik bakımının sağlanmasıdır.

**Bulgular:** 2017 Aralık ayında 44 yaşındaki erkek hastanın araç içi trafik kazası nedeniyle ambulans ile acil servise transferi yapılmış. Acil servise gelişte Glaskow koma skoru (GKS) E4M6V5 olan hastada kısa süre sonra solunum arresti gelişmiş ve endotrakeal entübasyonu gerçekleştirilmiş. Yapılan tetkikler ile C2-3 fraktürü saptanan ve santral kord hasarı olan hastanın nörolojik muayenesinde bilinç kapalı, GKS E1M1VE, bilateral pupiller dilate, IR bilateral minimal pozitif ve tetraplejik olarak değerlendirilmiş. Hastanın ileri tetkik ve tedavi amacıyla beyin ve sinir cerrahisi yoğun bakım ünitesine yatırılıp yapılmıştır.

**Tartışma ve Sonuç:** Yoğun bakımda 13 gün tedavi ve takibi yapılan hasta multiple organ yetmezliği nedeniyle exitus olmuştur. Bu çalışmada SKY nedeniye yoğun bakımda takip edilen hastaya uygulanan hemşirelik girişimleri ele alınmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Hemşirelik bakımı, spinal kord yaralanması, yoğun bakım ünitesi