



TÜRK NÖROŞİRÜRJİ DERNEĞİ

37. Bilimsel Kongresi

18. Nöroşirürji Hemşireliği Kongresi

18. Nöroşirürji Asistanlık Oturumu

18-21 Nisan 2024

Pine Beach Kongre Merkezi, Belek-ANTALYA



**HEMŞİRELİK PANEL
KONUŞMA ÖZETİ**

**Temel Teknikler ve Komplikasyonlar
“Güncel Bakış”**

www.tnd2024.com

PKÖ-01

KAFA TRAVMASINDA CERRAHİ YAKLAŞIM**Sait Kayhan***Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Ankara*

Acil servislere sık başvuru sebeplerinden biri olan kafa travması, Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırmaya göre her 21 saniyede 1 kişiyi etkilemektedir ve travmaya bağlı ölümlerin %50'sinden sorumludur. Kafa travmaları; skalp yaralanmaları, kafatası kırıkları (kafatası kırıkları, kafa kade kırıkları), intrakraniyal hematolar, vasküler yaralanmalar, künt kafa travmaları, çocukluk çağı kafa travmaları, pnömosefali ve BOS fistülleri olmak üzere 7 maddede özetlenebilir. Kafa travmalarının tarihçesi incelendiğinde, Kocher ve Cushing, 19. yüzyılın başlarında inatçı intrakraniyal hipertansiyon için kraniyal dekompresyonu bildiren ilk kişilerdir. Dekompresif kraniyektomi; travma, inme ve çok sayıda başka nedenlere bağlı intrakraniyal basıncın dirençli yükselmesi için uygulanan hayat kurtarıcı bir beyin cerrahisi prosedürüdür. Son zamanlarda yazarlar, dekompresif kraniyektominin beyin dokusu perfüzyonunu ve oksijenasyonunu artırarak, orta serebral arter enfarktisi ve travmatik beyin hasarı için uygulandığında hasta sonuçlarını iyileştirdiğini göstermiştir. Cerrahi gerektiren kafa travmalarından olan çökme kırıklarında ise cerrahi hedefler; yara kenarlarının debridmanı, kemik parçalarının kaldırılması, canlı olmayan beyin dokusunun debridmanı, dura laserasyonun onarılması, kafatasının yeniden şekillenmesi ve cilt kapanışı olarak sıralanabilir. Çökme kırıklarının dışında, cerrahi gerektiren travmatik intrakraniyal hematolar; epidural hematoma, subdural hematoma, subarahnoid hemoraji, intraserebral parankimal hematoma ve intraventriküler hematolar olarak sıralanabilir. Ayrıca son olarak kafa travmalarının cerrahi yönetiminde başarılı bir sonuç için hasta seçimi çok önemlidir ve ameliyat sırasında beyin hasarının boyutunun değerlendirilmesini ve olası fonksiyonel sonuçlar hakkında mümkünse hastanın kendisi değilse hastanın ailesinin bilgilendirilmesi önem arz etmektedir.

Anahtar Sözcükler: Dekompresif kraniyektomi, epidural hematoma, kafa travmaları, subdural hematoma

PKÖ-02

SPİNAL TRAVMALARDA CERRAHİ YAKLAŞIM**Beste Dalataban***Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi A.D., Muğla*

Gelişmekte olan ülkelerde en sık yüksekte düşme şeklinde görülürken gelişmiş ülkelerde motorlu taşıt kazaları ilk sırayı almaktadır. Mortalite ve morbidite açısından önemlidir. Omurga stabilizasyonu sağlamak adına eksternal ve internal fiksasyonlar kullanılmıştır. Bunlar arasında servikal ve torakolomber ortezler, çivi-klemp sistemleri, pedikül vidaları gibi sistemler sayılabilmektedir. Omurga yaralanmaları üst-alt servikal, torakolomber ve spinal kord yaralanmaları olarak ele alınmıştır. Üst servikal travmaların cerrahi yaklaşımı anatomik özellikleri nedeniyle diğer vertebra travmalarından farklıdır. İnstabilite kriterlerine yönelik çeşitli sınıflamalar kullanılarak cerrahi karar verilmektedir. Alt servikal travmalarında günü-

müzde en yaygın kullanılan sınıflama SLICS (Subaxial Cervical Spine Injury Classification) sınıflamasıdır. Torakolomber vertebra fraktürlerinde de TLICS (Torakolomber Spine Injury Classification) sınıflaması kullanılmaktadır. Her iki sınıflamada yaralanmaların morfolojisi, diskoligamentöz kompleksin durumu ve nörolojik durum şeklinde üç ana başlık ve her birinin alt başlıkları ve puantajları ele alınmıştır. Vertebra fraktürleri ile spinal kord yaralanmaları ve spinal şok da görülebilmektedir. Kord yaralanmaları prognoz tahmininde ASIA (American Spinal Injury Association Impairment Scale) skalası kullanılmaktadır. ASIS A komplek, ASIA B,C,D inkomplek, ASIA E normal olarak değerlendirilmiştir. Üst servikal travması olan bireylerde günlük yaşamlarında tüm hareketlerinde bağımlılık varken torakolomber yaralanmalarda alt ekstremitte ortezleri ile kendi ihtiyaçlarını giderebilmektedirler. Bu nedenle spinal travmalarda yaralanma seviyesi bireyin yaşamını oldukça etkilemektedir. ASIA A, servikal, torakal, penetran yaralanmaların prognozu daha kötü iken inkomplek yaralanmaların, lomber travmaların, künt cisim yaralanmalarının prognozu daha iyidir. Omurga travmaları yüksek mortalite ve morbidite görülmesi açısından oldukça önemlidir.

Anahtar Sözcükler: Spinal travma, spinal kord yaralanması, cerrahi sınıflamalar

PKÖ-03

KAVERNOM CERRAHİSİ**Emre Yağız Sayacı***Özel Medicana International Ankara Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği, Ankara*

Vasküler malformasyonlar; AVM (Arteriyovenöz Malformasyon), Kavernom, Kapiller telenjiyektazi, Venöz anjiom şeklinde 4 ana başlıkta sınıflandırılabilir. Kavernomlar, tüm vasküler malformasyonların %10-15 kadarını oluşturmaktadır. İnce duvarlı, kanla dolu sinüzoidal loküllerden (kavern) oluşan lezyonlardır. DSA (-), anjiyografik olarak sessizdir. AVM'lerden düşük akımlı ve düşük basınçlı sistem olmaları yönüyle ayrılırlar.

İnsidansı %0,5'tir. Konjenital veya edinsel, sporadik veya ailesel gelişim gösterebilir. Etiyolojide endotelial bütünlük, anormal anjiogenezle ilişkili CCM gen kümesinde defektler gösterilmiştir.

Çoğunlukla kanama ile prezente olurlar. Kanamaya meyil, lezyonun olgunlaşmamış anjiyojenik doğasının bir sonucu olarak ortaya çıkar. Lezyon natürel neoplastik olmamasına rağmen, rekürren kanama ataklarına sekonder, zamanla boyut artışı görülebilmektedir. Rekürren kanama ile biriken hemosiderin, çevre parankimde reaktif gliozise ve irritan etkiye sekonder epileptik nöbetlere sebep olabilmektedir.

BT görüntüleme hiperdens, düzgün sınırlı lezyon, spontan intraserebral hemoraji ile karışabilir. MR görüntüleme tanısaldır; T2 ağırlıklı görüntülerde karakteristik patlamış mısır görünümü izlenir. Zabramski klasifikasyonu, derecelendirilmesinde kullanılır.

Hasta yönetiminde günümüzde takip, cerrahi tedavi ve radyocerrahi olmak üzere üç seçenek mevcuttur. Asemptomatik, ilk kanama sonrası insidental saptanan derin yerleşimli, <1 cm lezyonlar takip edilebilir. Semptomatik olgularda lezyon lokalizasyonuna göre ilk tedavi seçeneği cerrahi olarak lezyonun eksizyonudur. Rekürren kanamalar, medikal olarak tedaviye dirençli epilepsi ve ilerleyen nörolojik defisit, temel cerrahi endikasyonları oluşturur. Lezyon etrafında genellikle iyi sınırlı olan gliotik

plan takip edilerek çevre gliotik dokunun da eksizyonu genellikle kür sağlar. Cerrahi sırasında loj, venöz anjiom gibi ek malformasyonlar açısından da gözden geçirilmeli ve varsa bunlar da eksize edilmelidir. Radyocerrahinin de cerrahi risk taşıyan olgularda yeniden kanama riskini azaltmak için tedavide yeri vardır.

Anahtar Sözcükler: Kavernoöz malformasyon, mikrocerrahi, radyocerrahi

PKÖ-04

ANEVRİZMAL SUBARAKNOİD KANAMADA KANITA DAYALI YAKLAŞIMLAR

Zahide Tunçbilek

Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Ankara

Subaraknoid kanamaların %85'i, intrakranial anevrizmaların rüptüre olması sonucu oluşur ve anevrizmal subaraknoid kanama (aSAK) adını alır. aSAK'ın dünya geneli görülme sıklığı $\approx 6,1/100.000$ kişi/yıl olup, küresel yaygınlığı 8,09 milyon vakadır. Ciddi morbiditeye ve mortaliteye neden olan aSAK'ın tedavi ve bakımında Amerika'da (2023), Avrupa'da (2013) ve Kore'de (2018) yayınlanan rehber önerileri göz önünde bulundurulmaktadır. Rehberlere göre, aSAK riskini azaltmak için tütün ve aşırı alkol tüketiminden kaçınılmalı, hipertansiyon tedavi edilmelidir. aSAK şiddeti ölçekler ile hızlı bir şekilde belirlenmelidir. Akut şiddetli baş ağrısı ile baş vuran hastaların tanılanmasında BTA/DSA altın standart olarak kabul edilmektedir. Hastalara tanı konulduktan sonra hastalarının bakımı, nöro-kritik bakım ünitelerinde multidisipliner ekip tarafından sağlanmalıdır. Ekibin bir üyesi olan hemşireler üniteye kabul ettikleri hastalarda ikincil sorunları önlemek için sık yaşamsal bulguları takip etmeli, sık nörolojik değerlendirme yapmalı, aspirasyonu önlemek için disfaji tarama protokolü kullanılmalı, fonksiyonel sonuçların iyileştirilmesi için hastayı erken mobilize etmelidir. aSAK sonrası yeniden kanamayı önlemek için kan basıncı kontrol altına alınmalı, hemostazı sağlamak için antikoagülasyonu geri dönüştürecek ajanlar kullanılmalıdır. aSAK başlangıcından itibaren 24 saat içinde hastaya cerrahi ya da endovasküler girişim uygulanmalıdır. aSAK sonrası görülebilecek komplikasyonlara yönelik rehberler, pulmoner komplikasyonlar için VİP önleme bakım paketinin kullanılması; intravasküler volüm ve elektrolit yönetimi için hedefe yönelik tedavi ile övoleminin sağlanmasını, mineralokortikoidlerin kullanılmasını; VTE riskini azaltmak için farmakolojik veya mekanik profilaksinin kullanılmasını; hiper/hipoglisemiden kaçınılmasını; vücut sıcaklığı artışına yönelik tedavilerin yapılmasını; serebral vazospazm ve gecikmiş serebral iskemi için erken oral nimodipin tedavisi ve düzenli nörolojik muayeneler; hidrosefali için BOS akışının yönlendirilmesini; nöbetler için profilaktik antiepileptikler önermektedir. Taburculuk sonrası izlem ve rehabilitasyon gerekebilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Anevrizmal subaraknoid kanama, kanıta dayalı uygulamalar, hasta yönetimi

PKÖ-05

ANEVRİZMAL SUBARAKNOİD KANAMA SONRASI HEMŞİRELİK BAKIMI: OLGU SUNUMU

Necla Bozkurt

Hacettepe Üniversitesi, Nöroşirürji Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş: İntrakraniyal anevrizmalar serebral damarlarının duvarında anormal bir genişlemeler olarak tanımlanmaktadır. Anevrizma rüptürü kanın subaraknoid boşluğa yönelmesine neden olur; kafaiçi basıncı artar ve perfüzyon basıncı düşer.

Olgu: Y.K., 66 yaş; HT, hiperlipidemi ve KOAH tanılı erkek hasta; baş ağrısı ve konuşma bozukluğu sonrası SAK tanısı almış, 112 aracılığıyla Hacettepe Üniversitesi Nöroşirürji Yoğun Bakım Ünitesi'ne kabul edilmiştir. BBTa ve DSA sonrası ACOM'da 3-4 mm çaplı sakküler anevrizma tespit edilen hastaya kraniotomi ile anevrizma kliplenmesi, EVD ve ELD takılması uygulanmış ve yoğun bakım izlemine başlanmıştır

Anevrizmal Subaraknoid Kanama Sonrası Hemşirelik Bakımı

Hemodinami: Vazospazmı önlemek ve yönetmek için önlemlerin uygulanması anevrizmal subaraknoid kanama hastalarının postoperatif izleminde büyük önem taşımaktadır.

Nöbet Profilaksisi: aSAH ile izlenen hastaların nöbet aktivitesini önlemek için uygun antiepileptik ilaçların uygulanması gerekmektedir.

Hidrosefali ve Kanama Riski: Semptomatik hastalarda EVD yerleştirilmesi endikedir. SAK sonrası kronik semptomatik hidrosefali hastalarına ventrikülöperitoneal şant yerleştirilmelidir.

İmmobilite: DVT ve PTE; immobilite ve nörolojik durumda gerileme nedeniyle SAK'dan sonra sık karşılaşılan bir komplikasyondur.

Bu sebeple hastanın DVT ve PTE açısından yakın takip edilmesi önemlidir. **Enfeksiyon:** Hastanın prognozunda olumsuz yönde etkili olması sebebiyle lokal ve sistemik enfeksiyon bulgularının takibi, laboratuvar bulgularının takibi enfeksiyon riskinin azaltılmasında önemlidir.

Ağrı Kontrolü: Ağrı değerlendirmesi, eşlik eden semptomların belirlenmesi ve uygun analjezik ile müdahale gerekmektedir.

Rehabilitasyon: Nörolojik defisiti bulunan hastalarda yoğun bakım ünitesinde fiziksel, mesleki ve konuşma terapisi yoluyla erken değerlendirme yapılmalıdır.

Sonuç: Hemşirelik bakımı; yakın nörolojik değerlendirme, hemodinamik stabilite, ağrı yönetimi ve psikososyal desteğe odaklanarak aSAH'lı hastaların yönetiminde çok önemli bir rol oynamaktadır. aSAH hastalarına yönelik kapsamlı bakımın sağlanması için multidisipliner işbirliği şarttır.

Anahtar Sözcükler: Anevrizma, anevrizmal subaraknoid kanama, aSAH, hemşirelik bakımı, sak, subaraknoid kanama hemşirelik bakımı

PKÖ-06

KAFA TRAVMASI CERRAHİSİNDE KANITA DAYALI UYGULAMALAR

Neriman Elibol

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı Kocaeli

Giriş: Kafa travmaları, hem yüksek mortalite oranları hem de ortaya çıkardığı sakatlıklar ve yetersizlikler nedeniyle ciddiyetle ele alınması gereken

travmalardandır. Çalışma kafa travmalı hastalarda kanıta dayalı uygulamaları gözden geçirerek bu hastalarda tedavi ve bakım yaklaşımlarını güncellemek amacıyla yapılmıştır.

Gereçler ve Yöntem: Verilerin oluşturulması amacı ile EBSCO, Pubmed, Cochrane, Google Scholar veri tabanlarından literatür taraması yapılarak konu ile ilgili hazırlanan kılavuzlara ve sistematik derlemelere ulaşılmıştır

Sonuç ve Tartışma: Ulaşılan kılavuzlarda kafa travmalı hastaya mevcut bilgiler ve literatür çerçevesinde yaklaşımlar değerlendirilmiştir. Bu çerçevede intrakraniyal basıncın izlenmesi, hiperozmolar tedavi, profilaktik hipotermi, beyin omurilik sıvısı drenajı, ventilasyon tedavileri, sedasyon ve analjezi, steroid kullanımı, beslenme, derin ven trombozu profilaksisi ve nöbet profilaksisine ilişkin kanıtlar değerlendirilmiştir. Bununla birlikte kafa travmalı hastada hastane kaynaklı akut bakım gerektiren hastane kaynaklı pnömoni, düşme, basınç yarası, tıbbi cihaz ilişkili basınç yarası, santral kateter ve üriner kateter kaynaklı enfeksiyonlar, kontraktür gibi bakım ile ilişkili konular ele alınmıştır.

Mevcut durumda kafa travmalı hastaya yaklaşımlarla ilgili kılavuzlar geliştirilmiş olmasına rağmen bu alanda kanıt değeri yüksek olan çalışmalar sınırlıdır. Ancak kafa travmalı hastalara yaklaşımlar mevcut bilgiler ışığında sürdürülmeye devam edilmelidir. Diğer yandan konu ile ilgili gelecek çalışmalarda güçlü ve kanıt değeri yüksek çalışmaların literatüre kazandırılması hasta tedavi ve bakımını da olumlu etkileyecektir.

Anahtar Sözcükler: Kafa travması, kanıta dayalı uygulama, hemşirelik bakımı, travmatik beyin yaralanması

PKÖ-07

DERİN BEYİN STİMÜLASYONU AMELİYATI'NDA HEMŞİRELİK BAKIMI

Dudu Uysal

Etilik Şehir Hastanesi, Ankara

Günümüzde Parkinson hastalığı tanısı almış birçok hasta mevcuttur. Tanı almış hastalar hastalığın tedavisi için birçok ilaç kullanmaktadır. Gelişen teknoloji ile birlikte artık günümüzde semptomların etkisini azaltan ilaç kullanım düzeyinde oldukça fark yaratan "Derin Beyin Stimülasyonu Ameliyatı" tetkik sonuçları ameliyata uyumlu gelen hastalara uygulanmaktadır. Bu tetkikler arasında rutin kanlar, anestezi onamı, BT, parkinson protokollü MR yer almaktadır.

Hasta uygun bulunursa servis hekimleri tarafından hastanın servise yatışı yapıp; ameliyat tarihi belirlenmektedir. Ameliyat öncesi akşam hastanın kafa ve göğüs traşı yapılmaktadır. Gece 00:00'dan sonra oral alımı durdurulmaktadır. Hastanın yasal izinleri kontrol edilip: hayati bulgu takibi, bileklik kontrolü yapılmaktadır. Ameliyat sabahı hastanın ilaçları atlanıp hasta ameliyata uygun giydirilmektedir. Hastanın açıklık durumu sorgulanıp güvenli cerrahi kontrol listesi doldurularak transfer formu, antibiyotik dozu ve doktor dosyası ile ameliyathaneye teslim edilmektedir.

Hasta ameliyattan sonra servise alınıp yakından vital bulgu takibi yapıp, hasta yakını eğitimi verildikten sonra doktor istemine göre tedavileri uygulanmaktadır. Bu süreçte bazı hastaların ameliyat sonrası; takılan pil açık olmasa bile lezyon etkisine bağlı ilaç dozları ayarlanmaktadır. Hasta ve yakınlarına ameliyattan sonra eğitim verilip 2-3 hafta sonra çağırılmak üzere taburculuğu yapılmaktadır. Hastanın iyileşme durumuna göre ye-

niden yatışı yapıldığında takılan pil açılıp ayarı yapılmaktadır. Yapılan pil ayarına göre hastanın ilaç dozları düzenlenmektedir.

Bu süreçte hasta ve yakınlarına eğitim verilmesi gerekmektedir. Bu eğitim konuları arasında: düşmelerin önlenmesi, ilaç dozlarının zamanında alınması, yeterli protein alımı ve ilaç emilim düzeyine etkisi konusunda diyetisyen ve hekim ile işbirliği yapılması, hastanın az az ve sık sık öğün tüketmesi, lifli gıda ve yeterli sıvı tüketimi, hareket kısıtlılığı açısından fizyoterapist ile işbirliği yapılması, hastanın kendini psikolojik ve fiziksel olarak yeterli görmesinin sağlanması, yara yerinde enfeksiyon belirti ve bulguları görüldüğü takdirde hastaneye başvurması yer almaktadır.

Anahtar Sözcükler: Ameliyat, ilaç dozu, pil

PKÖ-08

NÖRO-ONKOLOJİK ACİLLERDE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Özlem Topkaya

Anadolu Sağlık Merkezi, Medikal Onkoloji, Kocaeli

Giriş: Onkolojik aciller, kanser hastalarında yaşamı tehdit eden durumlar arasında yer alır. Beklenmeyen bir şekilde gelişebilirler ve zamanında tanı ve tedavi edilmezlerse kalıcı sakatlıklara veya ölüme yol açabilirler.

Onkolojik aciller, yapısal, metabolik ve tedaviye bağlı olmak üzere üç kategoriye ayrılır. Nöroonkolojik aciller, bu kategorilerden birini oluşturur ve KİBAS, spinal kord basısı ve nöbet gibi durumları içerir. Ayrıca, tedavi ilişkili aciller arasında febril nötropeni, tümör lizis sendromu, trombositopeni ve bulantı kusma önemli yer tutar. Nöro-onkolojik aciller genellikle beyin tümörleri ve sistemik maligniteler olan hastalarda görülür. Bu acillerin semptomlarını zamanında tanıyıp yönetmek, ciddi ve geri dönüşü olmayan komplikasyonları önlemek için önemlidir. Örneğin, spinal kord basısında sırt ağrısı, uyuşukluk ve mesane kontrol kaybı gibi semptomlar görülebilirken, KİBAS'ta baş ağrısı, bulanık görme ve bulantı-kusma gibi belirtiler ortaya çıkabilir.

Hastaların değerlendirilmesi, triajın önemli bir parçasıdır ve standart bir değerlendirme için kanıta dayalı ölçekler kullanılmalıdır. Bu ölçeklerden bazıları; Glasgow Koma Skalası, hastanın bilinç durumunu; Nöro-onkolojik Muayene (NANO) Ölçeği: Nörolojik belirtileri ve bulguları; Pupilla Takibi: Pupillerin boyutu, reaksiyonları; Ektremite Takibi (KPS-ECOG): Hastanın günlük işlevselliğini; Semptom Takibi (ESAS-RTOG): Semptomların şiddetini ve sıklığını; TLS Erken Tanıma Rehberi: Tümör Lizis Sendromu'nun erken tanınmasını sağlayan bir rehberdir.

Sonuç: Nöroonkoloji hastalarının sorunları, kanserin türü, derecesi ve semptomlarına bağlı olarak değişebilir. Bu nedenle, semptomları zamanında tanımlamak ve uygun yönetim stratejileri uygulamak hayati öneme sahiptir. Hemşirelik yaklaşımı, bireyin sağlık gereksinimlerini karşılamak, yaşam kalitesini artırmak ve multidisipliner bir yaklaşım sunmak için önemlidir. Hemşirelik bakımı, gözetim, semptom yönetimi, psiko-sosyal destek, iletişim ve eğitim, risk yönetimi ve sürekli bakım koordinasyonu gibi unsurları içerir.

Anahtar Sözcükler: Nöro-onkoloji, onkolojik aciller, hemşirelik bakımı, KİBAS, nöbet

PKÖ-09

KAVERNOM CERRAHİSİ SONRASI BAKIM - NEUMAN SİSTEMLER MODELİNE GÖRE OLGU SUNUMU

Asena Sayacı

Ankara Üniversitesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Ankara

Hemşireler, sağlığı korumak ve geliştirmek adına bireyin ya da toplumun gereksinimlerini belirlerken hemşirelik teorilerini temel alarak yol izlerler. Bunun için hemşirelik teorilerine dayandırılmış çeşitli hemşirelik bakım modellerinden yararlanırlar. Bu modellerden biride Neuman Sistemler Modelidir.

Hemşireliğin, yalnızca sağlık ya da hastalık değil insan odaklı bir holistik yaklaşıma sahip olduğunu, hastanın stresörleri ve stresör kaynaklarını algılamalarının önemini vurgulamış, tüm hedeflerin belirlenmesinde ve girişimlerin planlanmasında hasta ile işbirliğinin üzerinde durmuştur. Bu doğrultuda, Neuman Sistemler Modeli temel alınarak, kliniğimize kavernom tanısıyla yatırılan hastamızın içsel, kişilerarası, kişi dışı faktörlerin yarattığı stresler ve bu stresörlerden etkilenme düzeyi incelenmiş ve hemşirelik bakım planı oluşturulmuştur.

26 yaşında kadın hastanın JTK tarzı nöbet geçirerek uykudan uyanması üzerine yapılan tetkikler sonucu sağ geri parietal yerleşimli kavernom tanısı konmasıyla ameliyat planlaması yapılmıştır. Hastanın ameliyat sonrası dönemde yoğun bakıma kabul edilerek 3 günlük takibinden taburculuk sürecine kadar geçen süreç hastanın algıladığı, hemşirenin algıladığı stresörlerle ve elde edilen verilerle bakım planı oluşturulmuştur. Elde edilen veriler; içsel faktörler, kişilerarası faktörler ve kişi dışı faktörler olarak gruplandırdı. Bu bakım planına göre; insizyon yerine bağlı ağrı; invazif girişimler, insizyon yeri ve hastanede yatıyor olmasından kaynaklı enfeksiyon riski; hastanede yatıyor olmasından kaynaklı uyku düzeninde bozukluk; hastalık ve ilaçlar hakkında bilgi eksikliği hemşirelik tanıları konularak modellemeye göre bakım planları uygulandı. Son olarak taburculuk eğitimi verildi. Hasta yürüyerek aile yardımı ile taburcu edildi.

Sonuç olarak; bu model geleneksel hastalık kavramından, bütüncül bakımı kapsayan bir yaklaşımla hastayla ilgili detaylı veri toplama ve uygun hemşirelik tanılarının konulması konusunda iyi bir yol gösterici olmakla, beraber bakış açısıyla uygulanabilirliği rahat bir modeldir.

Anahtar Sözcükler: Kavernom cerrahisi, neuman sistemler modeli, hemşirelik bakımı

PKÖ-10

PARKİNSON HASTALIĞINDA DERİN BEYİN SİMÜLASYONU

Caner Unluer

Etlik Şehir Hastanesi, Ankara

Derin beyin stimülasyonu, beyine implante edilmiş bir elektrot aracılığıyla beynin kronik elektriksel stimülasyonunun terapötik kullanımınıdır. Derin beyin stimülasyonu cerrahisi nöroşirürjinin muhtemelen en hızlı gelişen alanıdır. Parkinson hastalığı, esansiyel tremor ve distonide etkinliği kanıtlanmıştır ve bir grup nörolojik ve psikiyatrik hastalıktaki kullanımı da araştırılmaktadır. DBS, ince elektrotların cerrahi olarak belirli beyin bölgelerine yerleştirilmesiyle gerçekleştirilir. Elektrotlar beyin aktivitesini düzenlemek için özel bir cihaza (genellikle beyin stimülatörü- pulse jeneratör olarak adlandırılır) bağlanır. Bu cihaz, elektriksel uyarılar göndererek beyindeki nöronları etkileyebilir, böylece belirli semptomların hafifletilmesine veya kontrol altına alınmasına yardımcı olabilir.

Anahtar Sözcükler: Derin beyin simülasyonu, parkinson, tremor