

Glial Tümörlü Hastada Ameliyat Sonrası Erken Dönem Hemşirelik Bakımı

Postoperative Early Term Nursing Care in a Patient with Glial Tumor: Case Report

Esra UĞUR,^a
Sevim ŞEN^b

^aHemşirelik Bölümü,
Acıbadem Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi,

^bYeditepe Üniversitesi
Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğü,
İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 28.01.2016
Kabul Tarihi/Accepted: 28.02.2016

Yazışma Adresi/Correspondence:

Esra UĞUR
Acıbadem Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü, İstanbul,
TÜRKİYE/TURKEY
eugur1@gmail.com

ÖZET Glial tümörler beyin beyaz cevherinden kaynaklanan tümörlerdir. Hastalarda denge problemi, baş ağrısı, kusma, hemipleji gelişebilmekte ve psikolojik değişiklikler görülebilmektedir. Agresif formlarında cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi kombinasyonu ile tedaviye rağmen yaşam süresi oldukça kısadır. Cerrahi tedavide nörolojik komplikasyona yol açmadan dekompresyon yapılması hedeflenir. Operasyon sonrası hasta bakımında da benzer şekilde nörolojik sistemin bütünlüğünün korunması amaçlanmaktadır. Hemşirelik girişimlerinin sonucunda gerekli serebral perfüzyon basıncının korunması, arteriyel oksijenasyonun yükseltilmesi, konforun ve emosyonel desteğin sağlanması, komplikasyonların izlenmesi ve erken rehabilitasyonun başlatılması hedeflenir. Çalışmamızda glial tümör nedeniyle cerrahi tedavi uygulanmış bir hastada hemşirelik bakımı Yaşam Modeli doğrultusunda irdelendi.

Anahtar Kelimeler: Glial tümör, hasta bakımı, yaşam modeli

ABSTRACT Glial tumors are caused by the brain's white matter. Headache, vomiting, hemiplegia, balance problems and psychological changes may develop in the patients. Although combination of surgery, radiotherapy and chemotherapy; lifetime is limited in aggressive forms of the tumor. During surgical treatment the aim is decompression without development of neurological complications. Postoperative patient care similarly intends to protect the integrity of the neurological system. Protection of cerebral perfusion pressure, improving arterial oxygenation, providing comfort and emotional support, observing complications and starting earlier rehabilitation are expected with nursing interventions. In our study, nursing care in accordance to Living Model is evaluated in a patient who had surgical treatment for glioma.

Key Words: Glial tumor, patient care, living model

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2015;19(1):21-8

Glial tümörler, tüm beyin tümörlerinin %45-55'ini oluştururlar. Genellikle intraaksiyal yerleşimli olup beyaz cevherde uzun traktüsler boyunca yayılan ve komissural lifler boyunca karşı hemisfere geçebilen tümörlerdir. Kapsülsüz ve diffüz büyüme eğilimi gösteren bu tümörler tek tip hücreden gelişebildikleri gibi karışık yapılanma da gösterebilirler.¹ 2000 yılında Dünya Sağlık Teşkilatı, glial tümörleri astrositom, oligodendrogliom, ependimom, ve glioblastoma multiforme olarak sınıflandırmaktadır.¹⁻³ Glioblastoma multiforme 40-50, ependimoma 8-32, astrositom 35-40 ve oligodendrogliom 35-47 yaşları arasında en fazla sıklıkta görülmektedir. Glioblastome multiforme en sık temporal, frontal ve parietal

loblarda; malign astrositomlar frontal, temporal ve parietal loblarda; endimom frontal ve parietal loblarda; oligodendrogliomlar ise frontal, parietal ve temporal loblarda yerleşim gösterirler.⁴

Glial tümörlerin etyolojisinde genetik faktörler, radyasyon ve biyolojik faktörlerden bahsedilmekle birlikte önemli ve ispatlanmış bir ajan gösterilememiştir. Bazı glial tümörlerde cinsiyete özel yatkınlıktan söz edilmektedir. Glioblastoma multiforme erkeklerde iki kat daha fazla görülmekte, buna karşın astrositom ve ependimom ise kadınlarda hafif derecede fazla görülmektedir.⁴

Glial tümörlerin %55-80'i astrosit kökenlidir. Dünya Sağlık Teşkilatını yapmış olduğu son sınıflandırmada kaldırılmış olmakla birlikte literatürde sıklıkla glioma olarak adlandırılmaktadır. Dört evre olarak sınıflandırılır. Evre I ve II gençlerde görülen iyi huylu tümörlerdir. Evre III ve IV ise glioblastoma multiforme olarak adlandırılır ve merkezi sinir sisteminde yaygın olarak görülen öldürücü tiplerindedir.¹

Hastalarda genellikle mental epileptik nöbetler, disfazi, hemiparezi, kişilik değişimleri gibi bölgesel beyin hasar belirtileri ve baş ağrısı, kusma, bilinç bozukluğu gibi kafa içi basıncı artışı belirti ve bulgularına rastlanır.^{1,3} Belirtiler oldukça yavaş bir süreçte ortaya çıkar, haftalar, aylar, hatta yıllar içerisinde ağırlaşır. İlerleme hızı tümörün malignite derecesine bağlıdır.³

Tanıda iyi bir anamnez ve nörolojik muayenenin ardından kraniyografi, elektroensefalografi, sin-tigrafi, angiografi ve komputere tomografiden yararlanılır.⁴ Ancak kesin tanı için görüntüleme tek başına yetersizdir. Özellikle açık cerrahi uygulanmayacak hastalarda tümör tip ve derecesinin saptanması ve uygulanacak tedavinin seçimine rehberlik etmesi için biyopsiye gerek duyulur.³

Glial tümörlerin tedavisinde amaç, normal dokunun lezyonun daha fazla etkisine maruz kalmasını önlemek ve semptomları hafifleterek yaşam süresini mümkün olan en fazla süre uzatabilmektir.⁴ Steroid tedavisi, cerrahi tedavi (kraniyotomi), kemoterapi ve radyoterapi tercih edilebilecek tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır.^{1-3,5} Tümörün tedavisi lezyonun yerleşimi, kötülük derecesi, kafa

içi basınç artışının olup olmaması, işlev kaybının derecesi, görüntülemeye tümör özellikleri, hastanın yaşı ve hastanın kararına göre değişiklik gösterir.³ Kafa içi basınç artışı ve/veya bölgesel nörolojik belirtileri bulunan hastalarda deksametazon tedavisi tümör çevresi ödemi azaltarak hızlı bir düzelme sağlar. Cerrahi girişim öncesi bu tedavi zorunludur ve mortaliteyi önemli derecede azaltır.³ Cerrahi girişim, kemoterapi ve radyoterapinin birarada yürütüldüğü tedavi seçeneklerinde bile yaşam şansı birkaç ay ile birkaç yıl arasında sınırlıdır.¹ Tedavi ile şifa sağlanamayacağından, tedavi yöntemine karar verirken sağ kalım süresinin yanı sıra hastanın yaşam kalitesinin de göz önünde bulundurulması önemlidir.³ Ancak mevcut tedavi seçenekleri içerisinde en iyi sonuç cerrahi eksizyon ve postoperatif radyoterapi ile elde edilmektedir.⁴

Cerrahi tedavide nörolojik fonksiyon kaybı oluşturmadan dekompresyon sağlanması amaçlanır.¹ Bu nedenle kraniyotomi sonrası hemşirelik bakımının temel amacı operasyon öncesi bakımında olduğu gibi merkezi sinir sisteminin bütünlüğünün korunmasıdır. Hemşirelik girişimlerinin sonucunda gerekli serebral perfüzyon basıncının korunması, arteriyel oksijenasyonun yükseltilmesi, konfor ve emosyonel desteğin sağlanması, komplikasyonların izlenmesi ve erken rehabilitasyonun başlatılması hedeflenir. Bu hedeflerin başarılabilmesi, problemlerin tanımlanması ve komplikasyonlara hızlı müdahale edilebilmesi için sık aralıklarla nörolojik muayene yapılması önem taşımaktadır.⁵ 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 yönetimi temel başlıklardır. Ayrıca enfeksiyon belirti ve bulgularının yakından izlenmesi, hastanın eğitilmesi, ani gelişebilecek intrakraniyal hemorajinin tanınabilmesi için görme değişiklikleri, ani gelişen baş ağrısı ve baş dönmelerinin erken tanınması ve bildirilmesi önem taşır.^{6,7}

AMAÇ

Bu çalışmada bir olgunun ışığında glial tümörlü bir hastanın cerrahi operasyon sonrası erken dönem yoğun bakım takibinde hemşirelik bakım yakla-

şimlerinin sunulması amaçlandı. Glial tümörlü hastanın hemşirelik bakım planlarını oluştururken olguyu tüm boyutlarıyla ele almayı sağlayan Yaşam Modeli kullanıldı.

Hemşirelik eğitimi ve uygulama alanlarında en çok kullanılan modellerden biri olan Yaşam Modeli beş bileşenden oluşur. Bunlar; günlük yaşam aktiviteleri, yaşam süresi, bağımlılık-bağımsızlık dizgesi, günlük yaşam aktivitelerini etkileyen etmenler, yaşamda bireyselliktir.⁸⁻¹⁴ Günlük yaşam aktiviteleri, yaşam modelinin ana ögesidir. Roper ve arkadaşları 11'i yaşamsal olmak üzere 12 yaşam aktivitesi belirlemiştir. Solunum, beslenme, boşaltım, beden sıcaklığının kontrolü, hareket, uyku, güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi yaşamın idamesi ile ilişkili aktivitelerdir. Kişisel temizlik ve giyinme, iletişim, çalışma ve eğlenme, cinsellik, ölüm ise yaşam kalitesi ile ilişkili aktivitelerdir.¹⁴

GLIAL TÜMÖRLÜ OLGU VERİLERİ

57 yaşındaki erkek hasta, halsizlik, yorgunluk, nöbet şikayetleri ile polikliniğe başvurdu. Hasta öyküsünde, yaklaşık 3 ay önce halsizlik, yorgunluk hissini başladığını, sonrasında sol tarafında güçsüzlük hissini takiben nöbet geçtiğini belirtti. Yapılan tetkiklerinde sağ limbik sistem tümörü saptanan hasta, opere edilmek üzere nörolojik bilimler servisine yatırıldı. Tıbbi geçmişinde hipertansiyon ve aritmisi olan hastanın, fizik muayenesinde şuuru açık, koopere, oryante ır +/- kr +/- diğer kranial sinirleri intakt, serebellar testlerinde becerikli, sağ elini kullanabildiği ve sol hemiparezi olduğu görüldü. Duyu muayenesinde ve diğer sistem muayenelerinde herhangi bir özellik saptanmadı.

Hastanın preoperatif tetkiklerinde; açlık kan şekeri 110 mg/dl, BUN 14 mg/dl, Kreatinin 1,07 mg/dl, ALT 18 U/L, AST 16 U/L, Alkalen fosfatez 31 U/L, GGT 36 U/L, Sodyum 140 mmol/L, Potasyum 4,3 mmol/L, Klorür 101 mmol/L, Total protein 6,9 g/dL, albümin 4,60 g/dL, Trigliserid 69 mg/dL, koagülasyon testleri PT 14,1 saniye, %88, INR 1,09, aPTT 26,4 saniye ve fibrinojen 283 mg/dL olarak tespit edildi.

Hastanın laboratuvar sonuçları doğrultusunda endokrinoloji konsültasyonu alındı. Bu doğrultuda kan şekeri izleminin yapılması, steroid tedavisi son-

rasında kan şekeri yükselmesi olması ihtimaline göre kan şekerinin 4x1 izlemi önerildi, ek inceleme veya tedaviye ihtiyaç duyulmadı.

Hasta ameliyat sonrası yakın takip amaçlı ameliyathaneden yoğun bakıma transfer edildi. Hasta monitörize edilerek takip edildi, spontan solunumda maske ile 6 lt/dk oksijen alacak şekilde solunum desteklendi. Hastanın intravenöz kateteri, arter kateteri, idrar sondası mevcut olup, bası yarası ve ödemi yoktu.

HASTANIN SAĞLIK ÖYKÜSÜ'NÜN YAŞAM MODELİNE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ

Güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi:

Hasta kendisini halsiz ve yorgun hissettiğini ifade etti. Hasta tedavi planına uyduğunu ve ilaçlarını düzenli olarak aldığını belirtti. Hastanın düşme riski derecesi İtaki Düşme Risk Ölçeği ile "Yüksek Düzey" olarak değerlendirildi. Basınç ülseri Norton Risk Skalası doğrultusunda değerlendirilerek 14 puan bulundu ve basınç ülserinin önlenmesi için önlem alınması planlandı.

2. İletişim: Hasta hipertansiyon ve aritmi gibi kronik hastalıklarını kontrol etmekte zorlanırken, yapılan tetkiklerle sağ limbik sistem tümörünün ortaya çıkmasının iş ve özel yaşamını olumsuz etkilediğini bildirdi.

3. Solunum: Solunumu ve ritmi düzenli, solunum sayısı 19/dk, SaO₂ %96, kan basıncı 120/70 mm/Hg idi.

4. Yeme-İçme: Hasta üç öğün oral olarak besleniyordu. Diyeti az yağlı, günlük aldığı sıvı miktarı yaklaşık 2,5 litre idi. Beden kitle indeksi 26,64 kg/m² ölçüldü. Periferik değerlendirmede ödem bulgusu saptanmadı.

5. Boşaltım: Defekasyon alışkanlığı günde 1 kez veya gün aşırı normal kıvamdaydı. Bağırsak sesleri her dört kadranda 4-12 /dk arasında ve normal sınırlarda bulundu. İdrara çıkma sıklığı günde 4-5 kez olup, idrarını yapmada yanma, ağrı, zorlanma bulgusu saptanmadı. İdrar rengi açık sarı, berrak ve idrar pH'ı 5,5 mmol (normal) olup, olağandışı koku bulunmuyordu, makroskopik ve mikroskopik diğer bulguları normaldi.

6. Kişisel Temizlik ve Giyinme: Hastanın kişisel hijyeni ve günlük özbakım alışkanlıklarını devam ettirme isteğinde olup ancak desteğe ihtiyacı mevcuttu.

7. Beden Sıcaklığının Kontrolü: Hastanın vücut sıcaklığı 36,2°C ile 37°C arasındaydı.

8. Hareket: Hasta sol tarafında meydana gelen güçsüzlük nedeniyle günlük aktivitelerini yerine getirmekte zorlanıyordu. Günlük yaşam aktivitelerini yardım ile gerçekleştiriyordu.

9. Çalışma ve Eğlenme: Hasta eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşıyordu. Hastalığından dolayı çalışmadığını ve aile içi rollerini yerine getirmekte zorlandığını ve bunun ekonomik durumunu etkilediğini belirtti.

10. Cinselliği İfade Etme: Hasta bu konuda özel bir sorun belirtmemiş olup, cinsel kimliğini ifade etmede problem saptanmadı.

11. Uyku: Hasta baş ağrısı nedeniyle sık sık uyandığını ifade etti.

12. Ölüm: Hastanın ölüm korkusu nedeniyle anksiyete yaşadığı gözlemlendi.

Glial tümörlü hastada hemşirelik tanıları ve planlanan girişimler; hastalık durumunun getirdiklerine ve geleceğin belirsizliğine bağlı anksiyete (Tablo 1), uyku düzeninde bozulma (Tablo 2), öz bakım eksikliği (Tablo 3), beslenmede dengesizlik, gerektiğinden az beslenme (Tablo 4), fiziksel mobilitede bozulma (Tablo 5), akut ağrı (Tablo 6), operasyon sonrası hastalığın yönetimine ilişkin bilgi eksikliği (Tablo 7), sıvı volüm eksikliği gelişme riski (Tablo 8), kan şekerinde dalgalanma riski (Tablo 9), konstipasyon riski (Tablo 10), azalmış kan akımı ile ilişkili etkisiz serebral doku perfüzyonu gelişme riski (Tablo 11), hava yolu açıklığını sürdürmede yetersizlik riski (Tablo 12) olarak belirlendi.

TABLO 1: Anksiyete.

Hemşirelik Tanısı	Amaç	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme
Hastalık durumunun getirdiklerine ve geleceğin belirsizliğine bağlı anksiyete	Hastanın anksiyetesini gidermek. Beklenen hasta sonuçları: ■ Hasta korkularıyla ilişkili kendini ifade edecek. ■ Hasta psikolojik ve fizyolojik rahatlıkta artma olduğunu ifade edecek	■ Anksiyeteye neden olan faktörlerin incelenmesi ■ Hastanın anksiyete düzeyini gösteren davranışların belirlenmesi (varsa ölçek) ■ Hastanın hastalığına yüklediği anlam ve prognozu hakkındaki düşüncelerin öğrenilmesi ■ Hastanın yapılacak tedavi ve yan etkileri ve baş etme yöntemleri konusunda eğitilmesi ■ Endişe ve ikilemlerini paylaşmaya cesaretlendirilmesi ■ Yaşamdan sonrasına ilişkin inançları anlamak, hasta ile paylaşılması ■ Kişinin acı çekmeyi nasıl yorumladığı incelenerek buna yönelik iletişim kurulması ■ Düşünsel aktivitelere teşvik edilmesi (Dua etme, meditasyon, bir günlük yazma gibi) ■ Aile ve arkadaşlarını hastaya karşı mutlu ve sevgi dolu olmaya cesaretlendirilmesi ■ Ölümün anlamı hakkında duygularını anlatmasına izin verilmesi	Hasta psikolojik ve fizyolojik rahatlıkta artma olduğunu ifade etti. Hastanın korkularına ilişkin kendini ifade etmesi sağlandı.

TABLO 2: Uyku düzeninde bozulma.

Hemşirelik Tanısı	Amaç	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme
Post operatif yorgunluk ve baş ağrısıyla ilişkili uyku düzeninde bozulma	Hastanın yeterli sürede uyumasını sağlamak	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hastanın uyku alışkanlıklarının (saati, düzeni, süresi, uyuması için gerekli yardımcı faktörler) değerlendirilmesi ■ Ağrının değerlendirilmesi ■ Tedavi ve bakım girişimlerinin uyku saatleri dışında planlanması ■ Mümkün olduğunca, odasının sessiz, karanlık olmasının sağlanması ■ Hekim isteminde belirtilen ağrı kesicilerin uygulanması 	Hastanın ağrısı azaldı ancak 3 düzeyinde ağrısı mevcut. 4-5 saat uyku periyodu sağlandı.
Tanımlayıcı özellikler	Beklenen hasta sonuçları		
<ul style="list-style-type: none"> ■ Hastanın gece uykusunun sık sık bölündüğünü ifade etmesi ■ Baş ağrısı 	Hasta rahat uyuduğunu ve dinlendiğini ifade edecek.		

TABLO 3: Öz bakım eksikliği.

Hemşirelik Tanısı	Amaç	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme
Duyu-motor yetersizliklerine sekonder olarak günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememeye bağlı öz bakım eksikliği	<ul style="list-style-type: none"> ■ Öz bakımın devamlılığını sağlamak ■ Öz bakımı ile ilgili hastanın isteğini sağlamak ■ Öz bakıma katılımı sağlamak 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Öz bakımı kolaylaştırma ■ Öz bakım gereksinimlerini yerine getirmesine destek olma 	Hastanın öz bakım ihtiyacı günlük olarak belirlendi ve karşılamaya yönelik kendisine destek sağlandı.

TABLO 4: Beslenmede dengesizlik gereksiniminden az beslenme.

Hemşirelik Tanısı	Amaç	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme
Disfajiye ve yorgunluğa bağlı beslenmede dengesizlik gereksiniminden az beslenme	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hastanın vücut gereksinimi doğrultusunda beslenmesi sağlamak ■ Hastanın kilo almasını sağlamak 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Yemekten önce dinlenmesinin sağlanması ■ Yüksek kalorili besinler yemesini sağlanması ■ Yaş grubuna uygun kalori ve protein alımının sağlanması ■ Mukoz membran ve deri turgorunun değerlendirilmesi ■ Yeterli ve dengeli beslenme konusunda hasta ve ailesi eğitiminin yapılması ■ Gerektiğinde ve hekim isteği olduğunda oral dışı beslenme yöntemlerinin uygulanması ■ Yemek yemeyi teşvik edecek ortamın sağlanması ■ Yemeklerden önce ağırlı ya da hoş olmayan işlemlerin yapılmaması ■ Besin tüketimi miktarı ve tipi hakkında bireyin bilincinin artırılması ■ Diyetisyen ve hekimi ile görüşülerek diyet düzenlenmesi ■ Enteral beslenme uygulandığında rezidü takibinin yapılması ■ Kilo takibinin yapılması ■ Engel durum yoksa damak tadı ve kültürel alışkanlıklarına uygun beslenmenin desteklenmesi 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Diyetisyen ile görüşülerek hastanın gereksinimine uygun beslenme planlandı. ■ Post operatif erken dönemde oral beslenmeye geçmesi sağlandı.

TABLO 5: Fiziksel mobilitede bozulma.

Hemşirelik Tanısı	Amaç	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme
Duyu-motor yetersizliklerine bağlı fiziksel mobilitede bozulma	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hastanın aktivite süresini uzatmak ■ Hastanın aktivite toleransını arttırmak ■ Hastanın yatak kenarında oturmasını sağlamak ■ Hastanın destekle yürütülmesini sağlamak. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aktivite sırasında nabız solunum değerlerinin takibinin yapılması ■ Dinlenme sırasında nabız ve solunum değerlerinin takibinin yapılması ■ Yatak kenarında oturmasının sağlanması ■ Kısa mesafeli yürüyüşlerin yapılması ■ Hastanın sandalyede oturtulması ■ Ambulasyon süresi yaşamsal bulgularının takibinin yapılması ■ Aktivite öncesi hasta eğitiminin yapılması ■ Solunum egzersizlerinin yapılması ■ Yatak içi pasif hareketlerin yaptırılması ■ Aktivite intoleransını arttıran sebeplerin takibinin yapılması ■ Kontrol altında mobilizasyon ■ Aktivite sırasında solunum kontrolü teknikleri eğitiminin yapılması 	Hasta yardım ile mobilize edildi ve bu konuda teşvik sağlandı.

TABLO 6: Akut ağrı.

Hemşirelik Tanısı	Amaç	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme
Güvenli çevreyi sağlama Akut Ağrı	<p>Hastanın ağrısının kontrol alınmasını sağlamak.</p> <p>Beklenen hasta sonuçları:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Hastanın ağrısı VAS 3 puanın altında değerlendirilecek. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ağrının değerlendirilmesi ■ İlgili yönü değiştirme çalışmaları ■ Ağrı olan bölgeyi desteklenmesi ■ Sıcak uygulama ■ Soğuk uygulama ■ Ağrıyı azaltıcı nefes egzersiz eğitimi ■ Masaj uygulama ■ Hekim istemi doğrultusunda ağrı kesici uygulama ■ Pozisyon değiştirme/uygun pozisyon verme ■ Ağrıyı arttıran durumların öğrenilmesi ■ Ağrıyı azaltan durumların öğrenilmesi ■ Hastanın dinlenmesinin sağlanması 	Hastanın ağrısı VAS 2 puan olarak belirlendi.

TABLO 7: Bilgi eksikliği.

Hemşirelik Tanısı	Amaç	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme
Operasyon sonrası hastalığın yönetimine ilişkin bilgi eksikliği	<p>Hastanın operasyon sonrası hastalığın yönetiminde etkin rol almasını sağlamak</p> <p>Beklenen sonuçlar;</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Hasta ilaçlarını zamanında ve düzenli alacak ■ Enfeksiyon belirti ve bulgularını tanıyacak ■ Kendisi için belirlenen fizik tedavi programına uyum sağlayacak ■ İntrakraniyal basıncı arttıracak girişimleri tarif edecek ve kaçınacak 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hastaya rutin post operatif dönem hakkında bilgi verilmesi ■ Hastanın tedavisi ile ilgili ilaçlar, yan etkileri ve kullanımına ilişkin eğitim verilmesi ■ Enfeksiyon belirti ve bulguları hakkında eğitim verilmesi ■ İntrakraniyal basıncı arttıracak girişimler ile intrakraniyal basınç artışı belirti ve bulgularına ilişkin eğitim verilmesi ■ Hastanın rehabilitasyonuna ilişkin ilgili bölümlerle görüşmesinin sağlanması 	<p>Hasta ilaçlarını zamanında ve düzenli aldı.</p> <p>Enfeksiyon belirti ve bulguları görülmedi.</p> <p>Fizik tedavi programına katılmaya istekli olduğunu ifade etti.</p> <p>İntrakraniyal basıncı arttıracak girişimlerden kaçınıldı.</p>

TABLO 8: Sıvı volüm eksikliği riski.

Hemşirelik Tanısı	Amaç	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme
İntrakranial basıncın artmasına sekonder olarak kusmaya bağlı sıvı volüm eksikliği gelişme riski	Sıvı ve volüm eksikliği gelişiminin önlenmesi Beklenen hasta sonuçları; ■ Kan basıncı \geq 90/60 mmHg ■ Nabız 60-100 vuru/dk ■ Solunum 12-24 /dk ■ Kapiller dolma tam ■ İdrar atımı saatte \geq 30 ml/h	■ Aldığı çıkardığı takibinin yapılması ■ Günlük kilo takibinin yapılması ■ Mukoz membran ve deri turgorunun değerlendirilmesi ■ Laboratuvar sonuçlarının izlenmesi ■ Kan şekeri takibinin yapılması ■ Hastanın hayati bulgularının takibinin yapılması ■ Oral alımının kontrendike olmaması durumunda 24 saatte/1500 ml alması ■ Distal nabız kontrolü ■ Ekstremitte ısı kontrolünün yapılması	Sıvı desteği sağlandı, vital bulguları beklenen normal değerlerde seyretmesi sağlandı.

TABLO 9: Kan şekerinde dalgalanma riski.

Hemşirelik Tanısı	Amaç	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme
Kan şekerinde dalgalanma riski	Hastanın kan şekerinin düzenlenmesini sağlamak. Beklenen hasta sonuçları: Kan şekeri seviyesini 80-110 mg/dl sınırlarında olması sağlanacak.	■ 4x1 kan şekeri izleminin yapılması ■ Diyetisyen ile görüşülerek beslenme miktarlarını ve düzenini sağlanması	Kan şekeri beklenen değerlerde 80-110 mg/dl civarında seyretti.

TABLO 10: Konstipasyon riski.

Hemşirelik Tanısı	Amaç	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme
Konstipasyon riski	Konstipasyonu önleyecek beslenme düzeni sağlamak Beklenen hasta sonuçları: Hastanın düzenli olarak defekasyona çıkması sağlanacak.	■ Beslenme yönetiminin sağlanması (Danışmanlık, tedavi, uygulama, izleme) ■ Yeme bozuklukları yönetiminin sağlanması ■ Barsak eğitimi sağlanması	Hasta her gün defekasyona çıktı.

TABLO 11: Etkisiz serebral doku perfüzyonu gelişme riski.

Hemşirelik Tanısı	Amaç	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme
Azalmış kan akımı ile ilişkili etkisiz serebral doku perfüzyonu gelişme riski	Yeterli serebral doku perfüzyonunu sürdürmek ve perfüzyonda bozulmayı erken tanılamak Beklenen hasta sonuçları; ■ Hastanın kişi, yer ve zaman oryantasyonu tam olacak ■ Glaskow koma skalasının 13-15 puan arasında olması sağlanacak ■ Pupillar 2-3 mm/ışık refleksi pozitif olması sağlanacak ■ Baş ağrısı, bulantı ve kusma gelişmeyecek.	■ Hastanın yaşam bulgularının saatlik olarak kaydedilmesi ■ Hastada baş ağrısı, bilinç, pupil, kişi, yer ve zaman oryantasyonun değerlendirilmesi ■ Hastanın başı 30-45° olacak şekilde pozisyon verilmesi ve bu pozisyonun hasta bakım aktiviteleri ve yatak takımlarının değişmesi esnasında korunması ■ Hastanın ICP takibinin yapılması ■ Hastanın saatlik aldığı çıkardığı sıvı takibinin yapılması ■ Kusma ve öksürme gibi intrakraniyal basıncı arttıracak hareketlerin önlenmesi ■ Beynin metabolik ihtiyaçlarını arttıracak ve intrakraniyal basınç artışına neden olacak ateşin engellenmesi	Ateş 36,2-37°C arasında seyretti. Kan basıncı 120/70 mmHg Nabız 76/dk GKS 15 Saatlik idrar Solunum 19 /dk Kapiller dolma tam İdrar atımı saatte 65ml/h

TABLO 12: Hava yolu açıklığını sürdürmede yetersizlik riski.

Hemşirelik Tanısı	Amaç	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme
Bilinç düzeyi değişikliğine bağlı hava yolu açıklığını sürdürmede yetersizlik riski	Hastanın hava yolu açıklığını sürdürmek Beklenen sonuçlar; ■ Hastanın hava yolu tıkanıklığına bağlı bulgu gelişmeyecek ■ Akciğerin genişlemesi her iki tarafta tam ve eşit, solunum sessiz olacak	■ Solunum parametreleri ve oksijen saturasyonu değerlendirilecek ■ Aspirasyon gereksinimi olduğunda burundan aspirasyon yapılmayacak	Solunum 19 /dk Oksijen saturasyonu %96 Hastada sekresyon gelişmedi. Hava yolu açıklığı sağlandı.

KAYNAKLAR

- Karakovan A, Özbayır T. Sinir sisteminin dejeneratif ve onkolojik hastalıkları. Karadakovan A, Aslan FE. (Ed.) Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. 1. Baskı. Adana: Nobel Kitabevi; 2010.
- Carlson KK. AACN Advanced critical care nursing. Missouri: Saunders Elsevier; 2009.
- Lindsay KW, Bone I. Çeviri Ed: Topaktaş S. Resimlendirilmiş şekliyle nöroloji ve nöroşirurji. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.; 2008.
- Gökalp HZ, Erongun U. Nöroşirurji ders kitabı. Ankara: Mars Matbaası; 1988.
- Urden LD, Stacy KM, Luogh ME. Critical care nursing: Diagnosis and management. 6th Edition. Canada: Mosby, Elsevier; 2010.
- Guide to care of the patients with craniotomy post-brain tumor resection. American Association of Neuroscience Nurses Reference Series for Clinical Practice. Illinois; 2006. (<http://www.aann.org/pdf/cpg/aanncran-iotomy.pdf> Erişim tarihi: 21.01.2016)
- Cahill J, Armstrong T. Caring for an adult with a malignant brain tumor. Nursing 2011;41(6) 28-33.
- Babadağ K, Aştı T. Hemşirelik esasları uygulama rehberi. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2012.
- Bırol L. Hemşirelik süreci. 7. Baskı. İzmir: Etki Matbaacılık; 2005.
- Pearson A, Vaughan B. Nursing models for practice. Oxford: Heinemann Medical Books; 1988.
- Roper N, Logan WW, Tierney AJ. The elements of nursing: A model for nursing based on a model of living. Fourth Edition, New York: Churchill Livingstone; 1996.
- Sabuncu N, Babadağ K, Taşocak G, Atabek T. Hemşirelik esasları. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayınları No:225; 1991.
- Tomer AM. Nursing theorists of historical significance. In: Alexopoulos Y, editör. Nursing theorists and their work. United States of America: Mosby Elsevier; 2006.
- Veloğlu P. Hemşirelikte kavram ve kuramlar. İstanbul: Alaş Ofset; 1999.