

KİFOZLU HASTADA HEMŞİRELİK BAKIMI: OLGU SUNUMU

NURSING CARE OF A PATIENT WITH KYPHOSIS: CASE REPORT

Uzm.Hmş. Burcu TOTUR* Doç.Dr. Meryem YAVUZ Prof.Dr. Mehmet ZİLELİ*****

*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı

**Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

***Serbest Hekim

Olgu, 4. Nöroşirurji Hemşireliği Kongresi'nde (18-20 Nisan 2008, Antalya) sözel bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZET

Kifoz, spinal kırıklar sonrasında, doğumsal vertebra anomalilerinde, ankilozan spondilitte ya da idiyopatik kifoskolyozlu hastalarda görülmektedir.

Bu yazıda servikotorasik kifoz tanısı ile ameliyat edilen bir hastanın hemşirelik bakımı ve hemşirelik süreci incelendi.

Ankilozan spondilit tanısı alan 57 yaşındaki bayan hasta servikotorasik kifoz nedeniyle iki aşamada ameliyat edildi. İlk aşamada torakal 4, 6, 8 ve 11 (T4, T6, T8, ve T11) posterior osteotomi ve posterior enstrümantasyon yapıldı, ikinci aşamada ise servikal 6-7, servikal 7-torakal 1 ve torakal 2-3 (C6-7, C7-T1 ve T2-3) posterior osteotomi ve fiksasyon uygulandı. Olguya, ikinci ameliyat sonrasında halo traksiyon uygulaması yapıldı.

Olgunun hemşirelik sürecinde hava yolları açıklığında yetersizlik, ağrı, beslenme yetersizliği, diyare, deri bütünlüğünde bozulma riski, deri bütünlüğünde bozulma, enfeksiyon riski, hareket kısıtlılığı, anksiyete, bakım ve tedavilere uyumsuzluk gibi hemşirelik tanıları yer almaktadır.

Anahtar sözcükler: Kifoz, ankilozan spondilit, hemşirelik bakımı

ABSTRACT

Kyphosis may be observed after spinal fractures, in patients with ankylosing spondylitis, as a congenital vertebral abnormality or idiopathic kyphoscoliosis. This report presents the nursing care and nursing process of a patient who underwent surgery for cervicothoracic kyphosis.

A 57 years old female with ankylosing spondylitis who underwent surgery in two stages for cervicothoracic kyphosis: First stage thoracic 4, 6, 8 and 11 (T4, T6, T8, ve T11) posterior osteotomy and posterior instrumentation, second stage cervical 6-7, cervical 7-thoracic 1 and thoracic 2-3 (C6-7, C7-T1 ve T2-3) posterior osteotomy and posterior fixation have been performed. After the second operation a halo traction is applied.

In terms of nursing diagnosis, we have been dealt with nursing problems such as insufficiency of air ways, pain, inability to eat, diarrhea, disruption of skin integration, risks of infection, limited mobility, anxiety and noncompliance to care and treatments.

Key Words: Kyphosis, ankylosing spondylitis, nursing care

GİRİŞ

Ankilozan spondilit (AS), dünya genelinde %0.1-1.1 oranında görülmektedir (Saougou ve ark. 2010). Kafkasyalılarda AS prevalansı %0.1-1.4'tür. Japonya ve Yunanistan gibi ülkelerde AS prevalansı azalmakta ancak Haida ve Bella Hintlilerinde prevalans %6.1'e ulaşmaktadır (Ehrenfeld 2010).

AS, HLA-B27 geni ile ilgili olan ve etiyolojisi kesin olarak bilinmeyen kronik inflamatuvar bir hastalıktır (Payer 2006, Pham 2008). Hastalığın etiyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte, bazı enfeksiyon ajanları, kalıtım, allerji, travma ve psişik faktörler üzerinde durulmaktadır (Kirnap ve Güler 1992).

AS'nin klinik belirtileri daha çok 15-40 yaşları arasında (Payer 2006) en fazla ilio-sakral bileşkede ve aksiyel iskelette aynı zamanda periferel eklemlerde de görülmektedir (Payer 2006, Mansour ve ark. 2007, Saougou ve ark. 2010) . En az üç ay süreyle devam eden sırt ağrısı ve egzersiz ile geçmeyen sabah katılığı ile karakterizedir (Dakhil-Jerew ve Derry 2008). Epidemiyolojik olarak erkeklerde görülme sıklığı kadınlardan 2-3 kat daha fazladır (Mansour ve ark. 2007).

Kifoz, AS'de en sık görülen deformitedir (Royen ve ark. 1998, Atalar ve ark. 2007). Kifoz (kifotik deformite), omurganın arka tarafında dışbükey şekilde görülen açısız eğrilik olarak tanımlanmaktadır (Ball ve ark. 2009). Kifoz, AS'in yanı sıra torakolomber kırıklar sonrasında, doğumsal vertebra anomalilerinde ya da idiyopatik kifoskolyozlu hastalarda görülmektedir (Piet ve ark. 2006).

Kifoz açısı, yaş ile birlikte artmaktadır ve kifoz açısındaki en hızlı artış 50-60 yaş arasında görülmektedir (Ball ve ark. 2009). Kifoz, omurgayı etkilemekle birlikte, akciğer fonksiyonlarının bozulmasına, komşu omurgalarda kırık riskinin artmasına, sindirim sistemi problemlerine, depresyona, fiziksel aktivitelerin kısıtlanmasına ve ölüm oranında artışa da neden olmaktadır (Islam ve Köse 2008).

İlerlemiş AS olgularında belirgin kifoz geliştiğinde (Gülşen ve ark. 2008) ve ikincil nörolojik komplikasyonlar gözlenmeye başlandığında, spinal kolonun sagittal dengesini düzeltmek amacıyla cerrahi tedavi planlanmaktadır (Payer 2006, Atalar ve ark. 2007).

Bu makaledeki olgunun belirgin servikotorasik kifozu vardı. Geniş bir alana cerrahi müdahale yapılması, çok seviyeli posterior enstrümantasyon uygulanması ve cerrahi riskleri yüksek bir ameliyat sonrasındaki kapsamlı hemşirelik bakımı gereksinimleri bu olgunun önemini vurgulamaktadır. Bu makalede olguya, beyin ve sinir cerrahisi kliniğindeki ameliyat öncesi ve sonrası uygulanan, tıbbi tedavi ve hemşirelik bakımı ele alındı.

Bu makalenin yazılabilmesi için olgudan bilgilendirilmiş onam alındı.

OLGU SUNUMU

Onbeş yıldır AS öyküsü olan, 57 yaşındaki bayan olgu, son 10 yıl boyunca giderek ilerleyen servikotorasik kifoz şikayeti nedeniyle kliniğimize yatırıldı. Olgu, ayakta iken karşı tarafı görememekten ve karşıya düz bakışı sağlayabilmek için sandalyenin en uç

noktasına oturarak, sırtı yarı yatar pozisyonda oturmaktan yakınıyordu. Ayrıca karın organlarındaki basınç nedeniyle mide ve bağırsak sorunları, solunum sıkıntısı olduğunu ifade ediyordu. Olgunun grafilerinde 140° civarında bir servikotorasik kifozu görülmektedir.

Olgu, ameliyat öncesi dönemde 12 gün klinikte kaldı. Bu süre içerisinde rutin tetkikleri ve görüntüleme işlemleri (direkt grafi ve MRI) tamamlandı. Olgunun klinikte kaldığı süre boyunca hemşirelik izlem ve bakımları, hastanenin hemşirelik hizmetleri yönetimine hazırlanan, "Hasta Bakım Talimatları" uyarınca bağımlılık düzeyleri doğrultusunda yapıldı. Ameliyat öncesi dönemde olgu, alt-düzye bağımlı olarak izlendi, 12 saatte bir temel yaşam bulguları ve aldığı-çıkardığı sıvı takibi, 24 saatte bir vücut bakımı yapılarak, 72 saatte bir periferik damar yolu ve setleri değiştirildi.

İlk ameliyatta T4, T6, T8 ve T11 posterior osteotomi ve posterior enstrümantasyon uygulanan olgu ameliyat sonrası derlenme (ayılma) bölümüne alındı. Ameliyat sonrası hasta bakım prosedürüne uygun şekilde, temel yaşam bulguları, aldığı-çıkardığı sıvı ve kan değerleri takibi yapıldı. Ameliyat sonrasında iki saat derlenme bölümünde kalan ve bu süre sonunda yoğun bakıma alınan olgu yoğun bakımda üst-düzye bağımlı olarak izlendi. İki saatte bir temel yaşam bulguları ve aldığı-çıkardığı sıvı takibi, altı saatte bir ağız bakımı, 12 saatte bir tüm vücut bakımı ve iki saatte bir pozisyon değişikliği yapıldı. Ameliyat sonrası ikinci günde kliniğe alındı. Klinikte alt-düzye bağımlı olarak izlenmiştir.

İlk ameliyatından 14 gün sonra ikinci kez ameliyata alınan olguya bu kez C6-7, C7-T1 ve T2-3 posterior osteotomi ve fiksasyon ile ameliyat sonrası, halo traksiyon uygulaması yapıldı. Ameliyat sonrası derlenme bölümüne alınan olguya, ameliyat sonrası hasta bakım prosedürüne uygun hemşirelik girişimleri uygulandı. Ameliyat sonrası derlenme bölümünde iki saat kaldıktan sonra yoğun bakıma alınan olgu üst-düzye bağımlı olarak izlendi.

Ameliyat sonrası ikinci günde kliniğe kabul edilen olgu, klinikte orta-düzye bağımlı olarak izlendi, altı saatte bir temel yaşam bulguları ve aldığı-çıkardığı sıvı takibi, 24 saatte bir vücut bakımı, ve iki saatte bir pozisyon değişikliği yapılarak 72 saatte bir periferik damaryolu ve setleri değiştirildi.

İkinci ameliyatından 10 gün sonra, klinikte oral beslenme sırasında yiyecekleri aspire etmesi sonucu solunum ve dolaşım arresti gelişen olgu, beyin ve sinir cerrahisi yoğun bakım ünitesine alındı. Yoğun bakımda entübe edilip resüsite edildikten sonra mekanik ventilatör gereksinimi nedeniyle anestezi yoğun bakım ünitesine nakledildi. Anestezi yoğun bakım ünitesinde 46 gün kaldıktan sonra mekanik ventilatör gereksinimi kalmadığı için trakeostomi ile beyin ve sinir cerrahisi yoğun bakım ünitesine nakledildi. Üç gün beyin ve sinir cerrahisi yoğun bakımında kalan olgu, kardiyak arrest nedeniyle resüsite edilen diğer bir hastanın durumundan etkilenerek ikinci kez solunum ve dolaşım arresti gelişen olgu, tekrar resüsite edilerek anestezi yoğun bakım ünitesine nakledildi.

Beyin ve sinir cerrahisi kliniğinde kalış süresince olgunun gereksinimlerine yönelik birçok hemşirelik tanısı belirlendi ve belirlenen hemşirelik tanılarına yönelik

hemşirelik girişimleri uygulandı. Tablo 1’de olgunun hemşirelik sürecine yer verildi (Harsthorh ve Gauthier 2001, Birol 2002, Yavuz 2010).

Olgu ameliyat sonrasında; beyin ve sinir cerrahisi yoğun bakım ünitesinde 9 gün, serviste 97 gün, anestezi yoğun bakım ünitesinde ise 113 gün olmak üzere toplam 219 gün hastanede kaldı. Bu süre sonunda tedavisi tamamlanarak trakeostomi kanülüyle ve yardımla yürür şekilde beyin ve sinir cerrahisi kliniğinden taburcu edildi. Taburcu edildikten sonra 23 gün evinde kalan olgu, daha sonra akciğer enfeksiyonu ve solunum sıkıntısı gelişmesi nedeniyle tekrar kliniğe başvurarak ve beyin ve sinir cerrahisi yoğun bakım ünitesine alındı. Aynı gün oksijen saturasyonunun düşmesi ve solunum sıkıntısının artması nedeniyle anestezi yoğun bakım ünitesine nakledildi. Burada 58 gün kaldıktan sonra trakeostomisi kapatılarak taburcu edildi. Taburcu edildikten sonra solunum sıkıntısı, solunum yolu enfeksiyonu gözlenmeyen olgu yardımsız olarak yürüyebiliyordu.

Tablo 1: Kifoz Olgusunun Ameliyat Sonrası Hemşirelik Süreci

Hemşirelik Tanıları	Hemşirelik Girişimleri	Sonuç
Akciğer kapasitesinin ve solunum fonksiyonunun azalmasına bağlı spontan ventilasyonu sürdürmede yetersizlik	<ul style="list-style-type: none">• Solunum yollarının açıklığı kontrol edildi.• Solunumun derinliği, ritmi ve hızı izlendi.• Oksijen saturasyonu takip edildi.• Oksijen verildi.• Endotrakeal aspire edildi.• Sekresyonların atılımını kolaylaştırmak için yeterli hidrasyon sağlandı.	<ul style="list-style-type: none">• Solunum desteği sağlanması amacıyla olgu anestezi yoğun bakım ünitesine nakledildi.• Trakeostomi açıldı ve olgunun solunum sıkıntısı giderildi.
Trakeostomiye bağlı infeksiyon riski	<ul style="list-style-type: none">• Trakeostominin açılmasından hemen sonra sık aralıklarla aspire edildi.• Aspirasyon işlemi sırasında aseptik ilkelere özen gösterildi.• Trakeostomide krut oluştuğunda az miktarda serum fizyolojik ile ısıtılarak krut yumuşatıldı ve aspire edildi.• Solunan hava nemlendirildi.• Trakeostomi yarasının çevresi günde iki defa %10 povidone-iyodine ve gaz tampon ile silinip gaz tampon ile çevrelendi.• Yaşam bulguları takibi yapıldı.• Kızarıklık, akıntı ve ciltte hassasiyet gibi enfeksiyon belirtisi ve bulguları gözlemlendi.	<ul style="list-style-type: none">• Alınan tüm önlemlere rağmen derin trakeal aspirasyon sıvısında Acinetobacter Baumannii üredi.• Ateş yüksekliği (38-38.8°C) gözlemlendi.• İnfeksiyon hastalıkları hekimi ile iletişime girilerek uygun antibiyoterapiye başlandı.• Antibiyoterapi sonrası 14. günde derin trakeal aspiratta üreme olmadı.
Acinetobacter Baumannii’ye bağlı hipertermi	<ul style="list-style-type: none">• Kan ve idrar kültürü alındı.• Hipertermi süresince 15 dk. bir beden ısısı ve diğer yaşam bulguları takibi yapıldı.• Soğuk uygulama yapıldı.• Hekim istemine uygun antipiretikler verildi ve IV sıvı dozu artırıldı.• Aldığı ve çıkardığı sıvı takibi yapıldı.• Beden ısısı 37,8°C’nin altına inince soğuk uygulamaya son verildi.• Hastanın hipertermi durumu enfeksiyon hastalıkları hekimine iletildi.• Antibiyoterapiye devam edildi.• Terleme sonrası yatak takımları değiştirildi.	<ul style="list-style-type: none">• Ateş düşürüldü.• Kan ve idrar kültüründe üreme olmadı.

<p>Trakeostomiye bağlı sözel iletişimde bozulma</p>	<ul style="list-style-type: none"> • İletişimi geliştirmek için daha sık dokunmaya özen gösterildi. • İletişim için el hareketlerini kullanması önerildi. • Alternatif iletişim yöntemi olarak kağıt ve kalem kullanıldı. • Konuşma için akciğer sekresyonlarının azaldığı dönemde aralıklı olarak trakeostomi kapatıldı. • Dinlemek için yeterli zaman ayrıldı. 	<ul style="list-style-type: none"> • Özellikle kağıt ve kalem kullanma ile iletişim sorunu çözüldü.
<p>Cerrahi insizyona bağlı ağrı</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vizüel Analog Skala (VAS) ile hastanın ağrısı şiddeti tanımlandı (VAS:8). • Hastaya rahat bir pozisyon verildi. • Çevresel uyaranlar en aza indirilmeye çalışıldı. • Yüksek sesli konuşmalar önlendi. • Monitör sesleri azaltıldı. • Sözel iletişime önem verildi. • Hekim istemine göre analjezikleri uygulandı. 	<ul style="list-style-type: none"> • Olgu ağrısının azaldığını ifade etti (VAS:3).
<p>Cerrahi insizyona bağlı enfeksiyon riski</p>	<ul style="list-style-type: none"> • İnsizyon yeri BOS sızıntısı, kanama ve enfeksiyon bulguları yönünden kontrol edildi. • Pansumanlar kirlendiğinde, pansuman değişimi için hekime ulaşıldı. • El hijyenine ve eldiven kullanımına önem verildi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Düzenli olarak pansumanların değişimi sağlandı. • Enfeksiyon riski devam etti.
<p>Halo traksiyon uygulamasına bağlı hareket kısıtlılığı</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Olguya halo traksiyon ile ilgili açıklama yapıldı. • Halo başlığı 5 kg. ağırlık ile traksiyona alındı. • Nörolojik değerlendirme (motor, duyuşsal ve refleks fonksiyonları) yapıldı. • Hareketsizlik ile ilgili sorunlar (basınç yararı, staz pnömonisi, konstipasyon, iştahsızlık, üriner staz, idrar yolu enfeksiyonu ve venöz staz yönünden) değerlendirildi. • Olgunun döndürülme ve sedyeye alınma işlemleri sırasında başı, boynu ve traksiyon tutuldu, bu işlemler 5 kişi ile yapıldı. 	<ul style="list-style-type: none"> • Halo traksiyon ile ilgili bir komplikasyon gelişmedi. • Olgu, 2. ameliyattan 9 gün sonra hekim istemi ile yatakta oturuldu.
<p>Crohn hastalığına bağlı diyare</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aldığı-çıkardığı sıvı takibi yapıldı. • Sıvı-elektrolit takibi yapıldı. • Gaitada gizli kan tetkiki için örnek gönderildi. • Perianal bölge temiz tutuldu ve nemlendirici uygulandı. 	<ul style="list-style-type: none"> • Günde 5-6 kez diyaresi oldu. • Gaitada gizli kan sonucu negatif çıktı. • Gaitada üreme olmadı. • Hekim istemiyle antidiareik ilaç başlandı.
<p>İştahsızlığa bağlı beslenme yetersizliği</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dengeli beslenme ve besin öğelerinin önemi açıklandı. • Diyetisyen ile işbirliği yapılarak günlük alması gerekli kalori miktarı hesaplandı. • Diyetisyenin önerileri doğrultusunda yara iyileşme sürecine katkıda bulunması için yüksek kalorili ve proteinleri içeren gıdaları alınması sağlandı. • Vücut bakımının yemeklerden önce yapılmasına ve bakımdan sonra hastanın dinlenmesine özen gösterildi. • Yemek yeme sürecinde yoğun bakımda istenmeyen kokuların olmamasına dikkat edildi. • Ağız hijyeni sağlandı. 	<ul style="list-style-type: none"> • Yeterli miktarda oral alım sağlanamadı. Bu nedenle total parenteral beslenmeye (TPN) başlandı.

TPN kateterine bağlı enfeksiyon riski	<ul style="list-style-type: none">• 24 saatte bir TPN setleri değiştirildi.• Üçlü musluklar 3 günde bir değiştirildi.• Kateterin seviye numarası ve sutur sağlamlığı kontrol edildi.• Kateterin giriş yeri enfeksiyon (ağrı, hassasiyet, hiperemi) açısından değerlendirildi.• Kateter pansumanı yapılırken aseptik tekniğe uyuldu.• Rutin kateter pansumanı değişimi 24 saatte bir %10 povidone-iyodine ve gaz tampon ile yapıldı.• Kateter pansumanı ıslanırken ya da kirlendiğinde hemen değiştirildi.	<ul style="list-style-type: none">• TPN kateterine bağlı enfeksiyon belirtileri gözlenmedi.
TPN bağlı sıvı volüm dengesizliği riski	<ul style="list-style-type: none">• Sıvı-elektrolit takibi yapıldı.• Aldığı-çıkarıldığı sıvı takibi yapıldı.• Kan glikoz düzeyi takibi yapıldı.• Dört saatte bir yaşam bulguları takibi yapıldı.• Santral venöz basınç (CVP) takibi yapıldı.	<ul style="list-style-type: none">• Sıvı-elektrolit değerleri normal idi.• Aldığı-çıkarıldığı sıvı takibinin +500ml/gün de olması sağlandı.• CVP değerleri 5-8 cmH₂O idi.
Yatak istirahatine bağlı deri bütünlüğünde bozulma riski	<ul style="list-style-type: none">• Braden Skalası'na göre risk değerlendirmesi yapıldı.• Hemogloblin ve albumin düzeyi kontrol edildi.• Pozitif nitrojen dengesinin sürdürülmesi için klinik diyetisyeni ile işbirliği kurularak yeterli protein ve karbonhidrat alımı için oral nütrisyon destek ürünleri kullanıldı.• Vücut temizliği vücut şampuanı ile silinip durulanarak ve kurularak yapıldı.• Vücut temizliğinden sonra tüm vücuda nemlendirici uygulandı.• 2 saatte bir pozisyon değişimi yapıldı.• Her pozisyon değişiminde cilt yüzeyi eritem ve beyazlık yönünden gözlemlendi.• Her pozisyon değişiminde doku esnekliği ve cilt sıcaklığı kontrol edildi.• Yatak takımlarının temizliğine ve düzenine önem verildi.• Makaslama etkisinin azaltılması için cilt yüzeyinin yatak takımlarına sürtünmesi engellendi.• Havalı yatak kullanıldı.	<ul style="list-style-type: none">• Braden Skalası'na göre hasta 12 puan ile yüksek risk grubunda değerlendirildi.• Tüm uygulamaların düzenli olarak yapılmasına rağmen deri bütünlüğünde bozulma riski devam etti.
Yatak istirahatine bağlı deri bütünlüğünde bozulma	<ul style="list-style-type: none">• Sakrumda ikinci derece basınç yarası tanımlandı.• Rivanollü tampon ile basınç yarası pansumanı yapıldı.• Tamponların tespit edildiği hipofiks flasterlerin sadece tamponların üzerini örtüyor olmasına özen gösterildi.	<ul style="list-style-type: none">• İkinci derece bası yarası devam etti.• Yara yeri izotonik solüsyon ile yıkandıktan sonra rifocinle de yıkayıp kuru tampon ile kapatılmaya başlandı.
Yatak istirahatine bağlı özbakım eksikliği	<ul style="list-style-type: none">• Özbakım etkinliklerine katılımı (ağız bakımı, saç tarama gibi) sağlandı.• Yoğun bakımda günde iki kez, klinikte günde bir kez vücut bakımı yapıldı.• Diyare sonrası genital bölge hijyeni sağlandı.• Yemek yemesine yardımcı olundu.• Gereken sıklıkta ağız bakımı konusunda desteklendi.	<ul style="list-style-type: none">• Günlük temel gereksinimleri karşılandı.

Bilgi eksikliğine bağlı anksiyete	<ul style="list-style-type: none"> Güvenli bir iletişim ortamı hazırlandı. Ameliyat sonrası dönem ile ilgili bilgi verildi. <ul style="list-style-type: none"> Halo traksiyon Trakeostominin çıkarılması Ayağa kaldırılma Trakeostomi nedeniyle konuşamadığında yazılı iletişim kuruldu. Uygun ziyaret zamanlarında yakınları ile görüştürüldü. Anksiyetesi ile ilgili hekimine bilgi verildi ve psikiyatri hekimi konsültasyonu istendi. Psikiyatri hekiminin önerdiği antipsikotik ilaçlar uygulandı. 	<ul style="list-style-type: none"> Anksiyetesi devam etti.
Anksiyeteye bağlı bakım ve tedavilere uyumsuzluk	<ul style="list-style-type: none"> Olguda güven duygusu geliştirilmeye çalışıldı. Sözel iletişime ve sözel iletişim kurallarına dikkat edildi. Verilecek bakımın ve tedavinin amacı ve önemi ile ilgili bilgi verildi. Bakım zamanı hastanın isteğine göre belirlendi. Tedavilerin zamanında uygulanmasının önemi açıklandı. Kendi bakımına katılması için desteklendi. Mahremiyetine önem verildi. 	<ul style="list-style-type: none"> Diğer hastaların bakım ve tedavilerinin tamamlanmasından sonra aynı olguya geri dönüldüğünde bakım ve tedavilerin uygulanmasında güçlük yaratmadığı gözlemlendi.
Anksiyeteye bağlı uyku örüntüsünde rahatsızlık	<ul style="list-style-type: none"> Gürültü ve sesler azaltılmaya çalışıldı. İşlemler, uyku döneminde iken en az sayıda rahatsızlık eden şekilde düzenlendi. Alışageldiği uyku öncesi hijyen uygulamalarına uyuldu. Psikiyatri hekiminin önerdiği antipsikotik ilaçların uygulanmasına devam edildi. 	<ul style="list-style-type: none"> Daha fazla uyuduğunu ve dinlendiğini belirtti.

TARTIŞMA

Olgu, kliniğimize ankilozan spondilite bağlı kifoz ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede yaşadığı güçlükler nedeni ile başvurmuştur. Ankilozan spondilitli olgular, diğer spinal olgulara oranla daha fazla cerrahi risk taşımakta (Hadjicostas ve ark. 2010) ve hemşirelik uygulamaları da daha fazla özen ve zaman gerektirmektedir. Dunford ve ark. (2001) çalışmalarında, kifoskolyoz nedeniyle yaşadığı solunum sıkıntısı sonrasında trakeostomi açılması ve kapatılması süreçlerinde hastaların yaşadıkları sorunlarla baş etmede hemşirelerin bilgi birikiminin, iletişim becerilerinin ve hasta bakımında teknoloji kullanımının önemini vurgulamışlardır.

Kifoz açısındaki artış, torakal hacmin küçülmesine, akciğer hacmi üzerine olumsuz etkiye yol açmakta, vital kapasitenin azalmasına ve çeşitli solunum problemlerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Karataş ve ark. 2002). Bu tür hastalarda günlük yaşam aktivitelerinde de güçlükler gözlenmektedir (Nishiwaki 2007, Gülşen ve ark. 2008).

Cerrahi sonrasında, kifoz nedeniyle azalan akciğer kapasitesi ve solunum fonksiyonu olgunun bakımında en fazla güçlük yaşanan problem olmuştur. Olgunun rahat

solunum yapamaması, anksiyetesinin artmasına dolayısıyla ortam ve tedavilerine uyumsuzluğunun artmasına neden olmuştur. Akciğer kapasitesinin ve solunum fonksiyonunun azalmasına bağlı spontan ventilasyonu sürdürmede yetersizlik hemşirelik tanısına uygun hemşirelik girişimleri planlandı (Tablo 1). Uygulanan hemşirelik girişimleri sonrasında solunum sıkıntısının giderilememesi ve entübasyon uygulamasının mümkün olmaması nedeniyle trakeostomi açılması sonucu olgunun solunum sıkıntısı giderildi. Trakeostomi ile endotrakeal erişim kolaylaştı ve böylece sekresyonların aspirasyonu için harcanan süre nazotrakeal aspirasyon için harcanan süreye oranla azaldı. Ancak olgunun trakeostomisinin olması günlük hasta bakımı için gerekli sürenin artmasına neden oldu. Trakeostomi ilk açıldığında hastanın trakeostomiye uyumu zaman aldı ve iletişim problemleri yaşandı. Yazılı iletişim kurulduğunda ya da trakeostomisi aralıklı olarak kapatılmaya başlandığında, iletişim problemlerinde azalma kaydedildi. İletişim kurabilme sayesinde olgunun anksiyetesinde ise belirgin bir azalma gözlemlendi. Sonraki günlerde derin trakeal aspirasyon sıvısında *Acinetobacter Baumannii* üredi. Bu süreçte olguya *Acinetobacter Baumannii*'ye bağlı hipertermi, trakeostomiye bağlı enfeksiyon riski ve sözel iletişimde bozulma tanılarına uygun hemşirelik girişimleri uygulandı (Tablo 1).

Ankilozan spondilite bağlı omurgada görülen ilerleyici fleksiyon deformitesi sonucu gelişen kifozun tedavisinde sagittal denge ve karşıya düz bakışın sağlanabilmesi için torakolomber osteotomi uygulamaları, sorunu radikal olarak çözümlenmektedir (Üzümcügil ve ark. 2009). Literatürde posterior fiksasyon sonrasında halo traksiyon uygulanması gerekliliği vurgulanmaktadır (Payer 2006). Posterior osteotomi ve fiksasyon uygulamasını içeren ikinci ameliyattan sonra halo traksiyon uygulanan olguda, cerrahi insizyonun geniş olması ve halo traksiyon uygulaması, olgunun daha fazla ağrı hissetmesine neden olduğu gibi enfeksiyon riskini de arttırmıştır. Ayrıca halo traksiyon uygulaması olgunun günlük bakım gereksinimlerinin karşılanması, pozisyon değişikliğinin yapılması ve sedyeye alınması sırasında da güçlükler yaşandı. Uygun hemşirelik girişimleri ile ağrı, enfeksiyon riski ve halo traksiyon uygulamasına yönelik sorunların üstesinden gelinmeye çalışıldı (Tablo 1). Ancak halo traksiyon uygulaması nedeniyle bakım işlemlerin gerçekleştirilebilmesi için yeterli sayıda kişinin bir araya gelebilmesinin sağlanması, hemşirelerin en çok zorlandığı konulardan biri oldu. Halo traksiyon uygulaması sonrasında hastanın yatakta oturamaması nedeniyle olgu oral beslenme sırasında yediklerini aspire etti. Bu sorun, olguya ameliyat öncesi dönemde, beslenme sırasında doğru nefes alma tekniği ve öksürme konularında eğitim yapılması besinlerin aspire edilmelerini önlemek açısından önemlidir.

Spinal ameliyatlar sonrasında üriner ve bağırsak eliminasyonu sorunları, (Özbayır 2010) özellikle konstipasyon sık karşılaşılan bir sorundur. Ancak crohn hastalığı olması nedeniyle sık sık diyare gözlenen olguda soruna yönelik uygun hemşirelik girişimleri planlandı (Tablo 1). Sık diyare ve uzun süreli yatak istirahati nedeniyle alınan tüm önlemlere rağmen basınç yarası gözlenen olguda basınç yarasının bakımına ilişkin uygun hemşirelik girişimleri uygulandı (Tablo 1).

Tedavi ve bakım gereksinimi nedeniyle hastanede özellikle yoğun bakımda uzun süre kalması, bilgi eksikliği ve yoğun bakımda kaldığı süreçte kötü bir deneyim

yaşamış (diğer bir hastanın resusite edildiğini görmesi) olması, olgunun anksiyetesinin artmasına, duygudurumunda ciddi dalgalanmalara ve değişimlere neden oldu. Tedavi ve bakım girişimlerine uyum sağlayamadığı gözlenen olgunun, bu süreçle baş edebilmesinde etkin iletişim yöntemleri ve ailesel destek sistemleri kullanıldı, uygun hemşirelik girişimleri planlandı (Tablo 1) ve psikiyatri hekimi tarafından önerilen tıbbi tedavi uygulandı.

Bu tür olgularda sürekli fiziksel ve psikolojik değerlendirme yapılması olgunun değişen gereksinimlerinin belirlenmesi ve holistik yaklaşımın gerçekleştirilmesi açısından önem taşımaktadır (Dunford ve ark. 2001).

SONUÇ

Olgu, uzun zaman alan, güç ve iyi bir tedavi ve bakım süreci sonrasında sağlıklı bir şekilde taburcu edildi ve normal günlük yaşantısına geri döndü. Ancak AS'li olgularda kifoz gelişmeden önce erken dönemde tanı konulup tedavinin yapılması ve egzersiz programlarının desteklenmesi (Sözay 2004), daha nitelikli yaşamalarına katkı sağlanması açısından oldukça önemlidir.

KAYNAKLAR

- Atalar H, Kayaoglu E, Erakar A, Dincer D. Surgical Treatment of Spinal Deformity Due to Ankylosing Spondylitis: Surgical Technique. *Turkiye Klinikleri J Med Sci* 2007;27(1):132-5.
- Ball JM, Cagle P, Johnson BE, Lucasey C, Lukert BP. Spinal Extension Exercises Prevent Natural Progression of Kyphosis. *Osteoporos Int* 2009;20(3):481-9.
- Birol L. Hemşirelik Süreci; Hemşirelik Bakımında Sistematik Yaklaşım. 5.baskı. İzmir: Etki Matbacılık 2002; 305-434.
- Dakhil-Jerew F, Derry F. Management of Cervical Spine Fracture in Patient with Advanced Ankylosing Spondylitis Using SOMI Brace. *Injury Extra* 2008;39(11):347-51.
- Dunford M, Donoghue J, Power G, Mitten-Lewis S. Managing Ventilatory Insufficiency and Failure in a Patient with Kyphoscoliosis: A Case Study. *Aust Crit Care* 2001;14(4):165-9.
- Ehrenfeld M. Geoeidemiology: The Environment and Spondyloarthropathies. *Autoimmunity Reviews* 2010;9(5):325-9.
- Gülşen M, Özkan C, Altın M. Ankilozan Spondilite Bağlı Kifotik Deformite Tedavisinde Lomber Transpediküler Kapalı Kama (Egg Shell) Osteomisi. *J Turkish Spinal Surg* 2008;19(4):397-406.
- Hadjicostas PT, Tsirogianni AK, Soucacos PN, Thielemann FW. Odontoid Fracture in Severe Ankylosing Spondylitic Patient. *Injury Int J Care Injured* 2010;41(2):231-4.
- Harsthorn JC, Gauthier DM. Nervous System Alterations. (içinde) Sole ML, Lamborn ML, Hartshorn JC (ed). *Critical Care Nursing*. 1st ed. Philadelphia: WB Saunders, 2001;283-44.
- Islam NC, Köse Ö. The Results of Kyphosis in Osteoporotic Spine Fractures. *Turkiye Klinikleri J Orthop & Traumatol-Special Topics* 2008;1(4):72-4.
- Karataş GK, Gürsel G, Koca NT. Osteoporozu Olan Hastalarda Torakal Kifozun Pulmoner Fonksiyonlarla İlişkisi. *Romatizma* 2002;17(1):17-23.
- Kırnap M, Güler M. Ankilozan Spondilite Serum İmmunglobulinleri. *Turkiye Klinikleri J Med Res*, 1992;10(5):272-5.
- Mansour M, Cheema GS, Naguwa SM, Greenspan A, Borchers AT, Keen CL ve ark. Ankylosing Spondylitis: A Contemporary Perspective on Diagnosis and Treatment. *Semin Arthritis Rheum* 2007;36(4):210-23.

- Nishiwaki Y, Kikuchi Y, Araya K, Okamoto M, Miyaguchi S, Yoshioka N ve ark. Association of Thoracic Kyphosis with Subjective Poor Health, Functional Activity and Blood Pressure in the Community-Dwelling Elderly. *Environmental Health and Preventive Medicine* 2007;12(6):246-50.
- Özbayır T. Nörolojik Travmalar. (içinde) Karadakovan A ve Aslan FE (ed). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Adana: Nobel Kitabevi 2010;1245-73.
- Payer M. Surgical Management of Cervical Fractures in Ankylosing Spondylitis Using a Combined Posterior-Anterior Approach. *J Clinic Neuro* 2006;13(1):73-7.
- Pham T. Pathophysiology of Ankylosing Spondylitis: What's New? *Joint Bone Spine* 2008;75(6):656-60.
- Piet JM, Gijs, Corne JM, Job LC. A Pedicle Subtraction Osteotomy as an Adjunctive Tool in the Surgical Treatment of a Rigid Thoracolumbar Hyperkyphosis; a Preliminary Report. *The Spine J* 2006;6(2); 195-200.
- Royen BJ, Kleuver M, Slot GH. Polysegmental Lumbar Posterior Wedge Osteotomies for Correction of Kyphosis in Ankylosing Spondylitis. *Eur Spine J* 1998;7(2):104-10.
- Saougou I, Markatseli TE , Voulgari PV , Drosos AA. Maintained Clinical Response of Infliximab Treatment in Ankylosing Spondylitis: A 6-Year Long-Term Study. *Joint Bone Spine* 2010;77(4):325-9.
- Sözay S. Seronegatif Spondiloartropati Hastalara Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Yaklaşımları. *Immunoloji Romatoloji* 2004;4(1):72-6.
- Üzümcügil O, Özlük AV, Mert M, Atıcı Y, Caniklioğlu M, Benli T, Kaya A. Long-Segment Posterior Instrumentation Following Posterior Closing Wedge Osteotomy for the Treatment of Kyphotic Deformity in the Patients with Ankylosing Spondylitis. *J Turkish Spinal Surgery* 2009;20(3):49-58.
- Yavuz M. Kas İskelet Sistemi Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi. (içinde) Karadakovan A ve Aslan FE (ed). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Adana: Nobel Kitabevi 2010;1275-356.