

OBEZİTE CERRAHİSİNDE (BARIYATRİK CERRAHİ) HEMŞİRELİK BAKIMI

Nursing Care in Bariatric Surgery

Esra USTA¹, İkbal ÇAVDAR²

ÖZET

Obezite (şişmanlık), vücutta yağ miktarının sağlığı bozacak şekilde artarak, tedavi edilmediğinde fizyolojik, psikolojik ve sosyo-ekonomik sorunlara neden olan, bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilecek kronik bir hastalıktır. Gelişmiş ülkelerde olduğu kadar ülkemizde de giderek artan bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Obezitenin giderek yaygınlaşması ağırlık kaybına yönelik tedavilerin geliştirilmesine yol açmıştır. Obezitenin tedavisinde; diyet, egzersiz, davranış değişikliği, farmakoterapi ve cerrahi yöntemler uygulanmaktadır.

Obezitenin patofizyolojisi, cerrahi girişim sonrası gelişebilecek komplikasyonlar, obezitenin genel sağlık durumunu bozması nedeniyle, cerrahisi sonrası hastalara verilecek olan hemşirelik bakımı önem kazanmaktadır. Obezite cerrahisi uygulanan hastalarda ameliyat sonrası kardiyovasküler ve solunum sistemine yönelik olası komplikasyonlar nedeniyle hastanın dikkatli izlemi ve bakımı önemlidir. Hemşirelik bakımında genel olarak, hastaya uygun pozisyon verilmesi, ilaç uygulamalarında obeziteye bağlı olası riskler yönünden dikkatli olunması, ağrı kontrolü sağlanarak derin solunum ve öksürme egzersizlerinin yaptırılması, komplikasyonların önlenmesinde öncelikli hemşirelik girişimleri arasında yer alır. Ayrıca, hemşire ameliyat sonrası dönemde hastanın yaşam biçiminde meydana gelecek değişiklik konusunda hastayı desteklemeli ve uyumu kolaylaştırıcı bireysel sağlık eğitimi verebilmelidir. Bakım sürecinde, sağlık çalışanlarının obez hastaya yönelik olumlu tutum içinde olmalarının bakımın kalitesini ve hastanın memnuniyetini arttıracak faktörler arasında olduğu da unutulmamalıdır. Bu makalede; obezite cerrahisi sonrasında olumlu hasta sonuçları elde edebilmek için ameliyat öncesi, sırası ve sonrası verilecek olan hemşirelik bakımı, literatür bilgileri ışığında açıklanmıştır.

Anahtar sözcükler: Obezite, bariyatrik cerrahi, hemşirelik bakım.

ABSTRACT

Obesity is a chronic disease, which is the result of fat increase in human body to deteriorate health, and when it is not cured it causes physiological, psychological and socio-economic problems and affects the life quality of individuals. It is observed that obesity is an increasing problem in our country as it is in developed countries. The increasing prevalence of obesity made treatment types of weight loss developed. In the treatment of obesity some methods such as diet, exercise, behavioral change, pharmacotherapy and surgery are employed.

Because of pathophysiology of obesity, potential development of complication after surgery, deteriorated state of health caused by obesity, nursing care to the sufferers after obesity surgery gains importance. It's important to assess and care patients carefully for preventing cardiovascular and respiratory systems complications after bariatric surgery. In general, determining suitable position for patients, caring for obesity related potential risks in drug applications, pain controlling by providing deep breathing and coughing exercises are priority activities for preventing complications in nursing care. Moreover, a nurse should support the patient in terms of the changes that would happen in his life after the surgery and train the patient for personal health education which simplify adaptation. In the process of care, health care professionals have to keep in their mind that positive attitude towards obese patient increases care quality and patient satisfaction. In the present article, nursing care -before, after and during surgery in order to get positive results from the patients after surgery- has been explained in the light of the literature.

Key Words: Obesity, bariatric surgery, nursing care.

¹ Öğr.Gör., Düzce Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu/DÜZCE

² Doç.Dr., İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Şişli/İSTANBUL

Yazışma Adresi

Öğr.Gör.Esra USTA

Düzce Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Konuralp Yerleşkesi 81000 Merkez/DÜZCE

e-mail: esrakiliklioglu@hotmail.com

Tel: 0380 542 10 51

Geliş tarihi/Received:10/06/2013 ; **Kabul tarihi/Accepted:**16/12/2013

GİRİŞ

Obezite (şişmanlık), vücutta yağ miktarının sağlığı bozacak şekilde artarak, bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilecek kronik bir hastalıktır. Gelişmiş ülkelerde olduğu kadar ülkemizde de giderek artan bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Obezitenin giderek yaygınlaşması ağırlık kaybına yönelik tedavilerin geliştirilmesine yol açmıştır. Bunlar; düşük kalorili diyet uygulamaları, egzersiz, davranış değişikliği, farmakoterapi ve cerrahi yöntemlerdir (Bult ve ark. 2008; Chikunguwo ve ark. 2009; Onat ve Sansoy 2009; WHO 2000, WHO 2011).

Obezitenin patofizyolojisi, cerrahi girişimin getireceği komplikasyonlar, obezitenin beraberinde getirdiği ve çoğunluğu kronik olan hastalıklar nedeniyle obezite cerrahisi uygulanan hastanın izlemi, tedavi ve bakımı önem kazanmaktadır. Ameliyat sonrası komplikasyonların erken fark edilmesi ve önlenmesinde multidisipliner ekibin üyesi olan ve hastaya 24 saat bakım veren hemşirenin yeri önem arz etmektedir (Sarwer 2008).

Obezite cerrahisinde hemşirelik bakımını konu alan literatür incelendiğinde, yurt dışında çok sayıda çalışmaya ulaşılmaktadır. Türkçe literatür için, ULAKBİM veri tabanı, Google Akademik ve TOKAT (Toplu Katalog) taramasında veriye dayalı çalışmaya rastlanmamakta, derleme tarzında ise az sayıda çalışma olduğu dikkati çekmektedir (Dolgun ve Yavuz 2010; Koçaşlı ve Öztekin 2010). Bu makalenin, Türkçe literatürdeki bu eksikliği gidermeye katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Obezite ve Obezite Cerrahisi

Obezite, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından "vücut yağ miktarının sağlığı bozacak şekilde aşırı ya da anormal birikmesi" olarak tanımlanmaktadır. Obezitenin tanımlanmasında en yaygın kullanılan yöntem antropo-plikometrik ölçümlerden biri olan Beden Kitle İndeksi (BKİ)'dir. BKİ vücut ağırlığının (kg) boyun (m) karesine bölünmesi ile bulunur ve sonuç kg/m^2 olarak ifade edilir. DSÖ tanımlamasına göre, $BKİ \geq 30 kg/m^2$ olanlar obez kişiler olarak, BKİ'si $30-34,9 kg/m^2$ olanlar I.derece obez, BKİ'si $35-39,9 kg/m^2$ olanlar II.derece obez, $BKİ \geq 40 kg/m^2$ olanlar ise III. derece obez olarak değerlendirilmektedir (Özbeç ve Orhan 2002; WHO 2000).

Obezite, günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde epidemik boyutlara ulaşmış bir sağlık sorunudur. DSÖ 2008 yılı

verilerine göre, 200 milyondan fazla erkek ile yaklaşık 300 milyon kadının obez olduğu tahmin edilmektedir. Aynı kaynakta, obezitenin 1995 yılına göre, 2000 yılında %50 arttığı bildirilmektedir (WHO 2011). Türkiye'de de obezite prevalansı, gelişmiş batılı ülkelere yakın değerlerdedir. Türk Kardiyoloji Derneği tarafından 1990 yılında yapılan bir araştırmada, ülkemizdeki obezite prevalansı erkeklerde %12,5, kadınlarda %32 olarak bulunmuş, 2001/2002 yılı takibi ile 12 yıl önceki tarama sonuçları karşılaştırıldığında, obez kişi sayısının yaklaşık %90 oranında arttığı belirlenmiştir (Onat ve Sansoy 2009).

Obezitenin nedeni giderek artan bilgi birikimine karşın henüz tam olarak aydınlatılamamıştır. Karmaşık genetik yatkınlık zemininde, enerji dengesinin bozulmasını tetikleyen çeşitli çevresel faktörlerle birlikte psikolojik, sosyo-kültürel ve davranışsal faktörler, hormonal ve metabolik bozukluklar, farmakolojik maddeler rol almaktadır. Kronik bir hastalık olan ve vücutta her organı etkileyen obezite, bireylerin fonksiyonel durumlarını ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (Chikunguwo ve ark. 2009; Grindel ve Grindel 2006; WHO 2000).

Obezitenin giderek yaygınlaşması ağırlık kaybına yönelik tedavilerin geliştirilmesine yol açmıştır. Bunlar; düşük kalorili diyet uygulamaları, egzersiz, davranış değişikliği, farmakoterapi ve cerrahi yöntemlerdir (Bult ve ark. 2008; Chikunguwo ve ark. 2009).

Obezite cerrahisi (Bariyatrik cerrahi) 1950'ler de uygulanmaya başlanmış olup, farklı ameliyat yöntemleri tanımlanmıştır. Günümüzde tüm dünyada güncel olarak kullanılan yöntemler, mide rezervuarının küçültülerek kalori alımının sınırlandırıldığı kısıtlayıcı (restriktif) girişimler ve ince bağırsağın uzunluğunun azaltıldığı emilim bozucu (malabsorptif) girişimler olarak iki grupta toplanmaktadır. Restriktif yöntemler, vertikal bantlı gastropласти (VBG), ayarlanabilir gastrik band (AGB), gastrik balon ve sleeve gastrektomi; malabsorptif yöntemler, duodenal switch ile birlikte olan veya tek başına biliyopankreatik diversiyon (BPD); hem restriktif hem de malabsorptif yöntemler Roux-en-Y gastrik bypass (RYGB)'dir. Prosedürlerin uygulanma oranlarına bakıldığında; %55 oranıyla RYGB ilk sırada yer almakta, bunu %40 oranı ile gastrik band uygulamaları takip etmektedir (Bult ve ark. 2008; Chikunguwo ve ark. 2009; DeMaria ve ark. 2010; Sugerman ve ark. 2007).

Obezite cerrahisinin uygulanabilme kriterleri 1991 yılında Ulusal Sağlık Enstitüleri toplantısında belirlenmiş ve BKİ 40 kg/m²'nin üzerinde ya da 35 kg/m²'nin üzerinde olup obeziteye bağlı hastalıkların varlığında, cerrahi olmayan yöntemlerle ağırlık kaybı sağlanamayan 18-60 yaş arasındaki hastalara uygulanabileceği kararlaştırılmıştır (Chikunguwo ve ark. 2009).

Obezite cerrahisi obezitenin tedavisinde uzun süre kalıcı ve etkili olan bir yöntemdir. Obezite cerrahisinde başarı fazla kilonun yüzdelik kaybı ile değerlendirilir. Buchwald ve arkadaşlarının (2004) cerrahi girişim geçiren 10.000'den fazla hastayı içeren meta-analiz çalışmasında, hastaların fazla kilolarında ortalama %61 oranında kayıp olduğu, malabsorptif yöntemlerde bu oranın %70'e yükseldiği, gastrik band yöntemlerinde %47,5'e düştüğü, RYGB yönteminde ise %62 oranında olduğu bulunmuştur. Türkiye'de Banlı ve arkadaşlarının (2009) AGB uygulanan 100 hastada 12. ay sonunda fazla kiloda kaybın ortalama %46, Coşkun ve arkadaşlarının (2006) RYGB uyguladıkları hastalarda 6. ayın sonunda %49 fazla kilo kaybının olduğu bildirilmiştir.

Obezite cerrahisi sonrasında obeziteye bağlı gelişen kronik hastalıklarda gerileme olduğu, hastaların yaşam kalitelerinin arttığı yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır. Christou ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında cerrahi girişimden beş yıl sonrasında kardiyovasküler hastalıkların görülme riskinde %82 oranında azalma olduğu, benzer şekilde Buchwald ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında da cerrahi sonrası hastaların diyabetlerinin gerilediği görülmüştür. Cerrahi sonrası yaşam kalitesindeki değişimleri inceleyen çalışmalarda genel olarak, hastaların fiziksel ve sosyal fonksiyonları, fiziksel fonksiyonlara ve emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları alanlarında olumlu değişimlerin olduğu görülmektedir (Martikainen ve ark. 2004; Nguyen ve ark. 2001; Padwal ve ark. 2010).

Obezitenin beraberinden getirdiği kronik hastalıklar, cerrahi uygulama tekniğinin zor olması, cerrahiye bağlı anatomik yapıda değişiklikler ve obeziteye bağlı genel sağlık durumunun bozulması düşünüldüğünde ameliyat sonrası komplikasyon görülme oranı da artmaktadır.

Yapılan çalışmalarda cerrahi sonrası mortalite oranının restriktif yöntemlerde, malabsorptif yöntemlere göre daha düşük olduğu ve mortalitenin belirleyicileri arasında hastanın yaşı, cinsiyeti, kardiyovasküler ve solunum sisteminin durumu, cerrahin deneyiminin etkili olduğu belir-

tilmekte, mortalite nedenleri arasında da ilk sırada pulmoner emboli (%30-40), kardiyak komplikasyonlar (%25) ve anastomoz kaçağı (%20) yer almaktadır. Komplikasyonlar uygulanan cerrahi tekniğe göre değişmekle birlikte genel olarak erken dönemde; kanama, anastomoz kaçağı, bulantı kusma, dumping sendromu, ishal, perforasyon, obstrüksiyon, pulmoner emboli, derin ven trombozu, enfeksiyon, geç dönemde ise; band kayması, band çevresi doku erezyonu, hepatobilyer komplikasyonlar, aşırı ya da yetersiz kilo kaybı, vitamin ve mineral eksikliği ve anemi görülebilmektedir (Bult ve ark. 2008; Chikunguwo ve ark. 2009)

Obezite cerrahisi uygulanan hastaya verilecek olan hemşirelik bakımında genel olarak, hastaya uygun pozisyon verilmesi, ilaç uygulamalarında obeziteye bağlı olası riskler yönünden dikkatli olunması, ağrı kontrolü sağlanarak derin solunum ve öksürme egzersizlerinin yaptırılması, komplikasyonların önlenmesinde öncelikli hemşirelik girişimleri arasında yer almaktadır. Hemşire ameliyat sonrası dönemde hastanın yaşam biçiminde meydana gelecek değişiklikler konusunda hastayı desteklemeli ve uyumu kolaylaştırıcı bireysel sağlık eğitimi verilmelidir (Sarwer 2008; Vacek 2007).

Obezite cerrahisi uygulanan hastanın bakımında, hemşirenin obez hastaya karşı tutumu bakımın kalitesini ve hastanın memnuniyetini etkileyebilecek faktörler arasındadır (Hahler 2002). Hemşirelerin obez hastaya yönelik tutumlarını konu alan çalışmalarda; erkek hemşirelerin kadın hemşirelere göre (Poon ve Tarrant 2009), zayıf hemşirelerin obez hemşirelere göre (Brown ve ark. 2007) ve eğitim düzeyi düşük olan hemşirelerin eğitim düzeyi yüksek olan hemşirelere göre (Brown 2006) obez hastaya karşı olumsuz tutum içinde oldukları görülmüştür. Bu durum, obez hastaya bakım vermede isteksizlik ve hoşnutsuzluğa, beraberinde bakımın niteliğinin düşmesine ve hasta memnuniyetinin azalmasına neden olabilir. Obez hastanın hastaneye ilk kabulünden başlayarak, taburcu oluncaya kadar devam eden süreçte hemşire, hasta ile önyargısız, güvenli bir iletişim ve olumlu bir tutum içinde olmalı, insan, çevre, sağlık ve hastalık kavramları çerçevesinde uygulayıcı, bakım verici, eğitici, yönetici rollerini yerine getirmelidir (Sarwer 2008; Vacek 2007).

Ameliyat Öncesi Bakım

Ameliyat öncesi dönemde hemşirelik bakımı; hasta kabulü, hastanın tanınması, destek sistemlerinin belirlenmesi (aile, arkadaş vb.) ve hastanın/ailesinin eğitimini kapsamalıdır. Ameliyat öncesinde verilecek

olan nitelikli hemşirelik bakımı ameliyat sonrası dönemde komplikasyonların azaltılması, hastanın yeni yaşam biçimine uyumunu kolaylaştıracaktır (Barth ve Jenson 2006).

Hasta, obezitenin getirdiği toplumsal yargılar, olumsuz yaklaşımlar nedeniyle çekingen, tedirgin ve endişelidir. Hastanın ilk kabulünde önyargısız olunması, empati kurulmaya çalışılması, gizliliğine özen gösterilmesi hastanın kendini güvenli bir ortamda hissetmesini sağlayarak iletişimin kolay kurulmasına yardımcı olacaktır (Vacek 2007).

Hastanın hastane içindeki yaşam alanında kullanacağı araç-gereç (karyola, koltuk, tekerlekli sandalye, tansiyon aleti manşonu, ameliyat gömleği) hastanın ölçülerine uygun olmalı ve hasta için güvenli çevre sağlanmalıdır (Hahler 2002; Vacek 2007). Singh ve arkadaşlarının (2007) yaptığı obez hastalar için araç-gerecin yeterliliğini konu alan çalışmada, BKİ arttıkça mevcut olan yatak, tuvalet ve ameliyat önlüğünün yetersiz kaldığı belirlenmiştir.

Hemşire, hastanın kapsamlı sağlık öyküsünü almalı, fiziksel, davranışsal ve psikolojik açıdan hastayı değerlendirmelidir. Hekimin istem yaptığı elektrokardiyogram, akciğer filmi, laboratuvar testleri (tam kan sayımı, biyokimya, üriner analiz, uyku apne testi), gibi tanıya yönelik testlerin yanı sıra hemşire, aldığı sağlık öyküsü ve fizik muayene sonucunda elde ettiği farklı bilgileri de hekime bildirmelidir (Barth ve Jenson 2006; Grindel ve Grindel 2006; Mulligan ve ark. 2005).

Beslenmenin değerlendirilmesinde diyetisyenle işbirliği yapılmalı, cerrahi girişim öncesi verilecek beslenme eğitimi, diyet alışkanlıklarının değişimi ve bunun davranışa geçirilmesi yönünde düzenlenmelidir. Hastanın ameliyat sonrası dönemde kısıtlayıcı diyetini eksiksiz anlaması, iyileşme sürecinde ve gelecek yaşamında olumlu sonuçlar yaratacaktır (Grindel ve Grindel 2006; Hahler 2002).

Hastaya ameliyat öncesi, cerrahi insizyonun görünüşü hakkında bilgi verilmelidir. Hastaların laparoskopik uygulama beklentileri, ameliyat sırasında hekimin ani şekilde açık ameliyat kararı alması sonucu olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Bu nedenle, hastanın cerrahi girişim sırasında, daha önce karar verilen yöntemde değişiklik olabileceğinin farkında olması sağlanmalıdır (Barth ve Jenson 2006).

Ayrıca ameliyat öncesi dönemde hastanın kilo kaybına yönelik beklentileri değeri-

dirilmelidir. Bazı hastalar aşırı vücut ağırlığının yaklaşık % 100'ünü kaybetmek gibi gerçekçi olmayan bir beklenti içinde olabilirler. Konu ile ilgili yapılan bir çalışmada, kadınların ve ameliyat öncesi BKİ yüksek olan hastaların daha fazla gerçekçi olmayan beklenti içinde olduğu görülmüştür (Kaly ve ark. 2008). Beklentileri gerçekçi olmayan hastaların, ameliyat sonrası bakım planına uymadıkları ve yeniden kilo alma açısından yüksek risk altında oldukları belirlenmiştir (Poole ve ark. 2005).

Ameliyat öncesi dönemde hastanın cildi kızarıklık, kaşıntı, döküntü ve cilt bütünlüğü açısından değerlendirilmeli, yağ dokusunun fazla olmasından kaynaklı cilt katlantı yerlerinin olması nedeniyle ameliyat öncesi cilt hazırlığına özen gösterilmelidir (Grindel ve Grindel 2006; Hahler 2002).

Ameliyat sonrası komplikasyon gelişimini önlemek, iyileşmeyi hızlandırmaya yönelik olarak yapılacak solunum/öksürük egzersizleri, ekstremiteler/dönme egzersizleri konusunda hastaya eğitim verilmelidir (Barth ve Jenson 2010). Başarılı bir ameliyat sonrası ağrı yönetimi açısından herhangi bir kronik ağrının varlığı ve hastanın ağrıyı algılayışı ve toleransı değerlendirilip hasta kontrollü analjezinin nasıl uygulanacağı konusunda hastaya açıklamalar yapılmalıdır (Mulligan ve ark. 2005).

Ameliyat Strası Bakım

Ameliyathane ortamında, hastanın güvenliğinin sağlanması ve bakım verenlerin yaralanmalarının önlenmesi öncelikli bakım hedefleri arasındadır. Obez hastalarda yağ dokusunun fazla olmasına bağlı olarak cilt katlantı yerlerinin olması ve düzensiz karın şekli nedeniyle zor olan cilt temizliği ve yine sarkan yağ dokusuna bağlı üriner kateterin zor takılması nedeniyle steril ve sirküle hemşirenin yanı sıra üçüncü hemşireye ihtiyaç duyulabilmektedir (Camden 2006).

Cilt altı yağ dokusunun fazla olması nedeniyle damar yolunun açılması zor olabileceğinden çok gerekli değilse, hasta sedasyon aldıktan sonra damar yolunun açılması uygun olabilmektedir (Camden 2006). Ancak ülkemizde bu literatür bilgisinden farklı olarak deneyim ve gözlemlerimiz doğrultusunda ameliyat öncesi dönemde yataklı servislerde damar yolunun açıldığı ve durumun hastanın konforunu olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir.

Ameliyathane Hemşireleri Derneği (Association of Perioperative Registered Nurses- AORN) ve Amerikan Anestezi Hemşireler Derneği (American Association of Nurse Anesthetists - AANA) obezite cerrahisi

ile ilgili hazırladıkları kılavuzlarda; ameliyat sırasında hastanın rahat bir şekilde entübasyonunun sağlanması ve karın bölgesindeki fazla yağ dokusunun ameliyat bölgesinde kısıtlamalara neden olmaması için hastaya ters trendelenburg pozisyonunun verilmesini önermektedir. Hastanın kaymasını önlemek için ayak tahtası kullanılmalı ve pozisyonun korunması için sabitleyici bağların kullanılması gerekmektedir. Pozisyonu sabitlemek amacıyla kullanılan malzemelerin doku ve sinir yaralanmasına neden olabileceği unutulmamalı ve ameliyat sırasında basınç yararı oluşmasına yönelik dikkatli olunmalıdır (AANA 2011; AORN 2004; Mulligan ve ark 2005). Cerrahi işlem tamamlandıktan sonra, hastanın masadan sedyeye, sedyeden anestezi sonrası bakım ünitesine alınırken düşmenin önlenmesi için daha fazla sayıda görevliye ihtiyaç duyulmaktadır (Camden 2006).

Ameliyat Sonrası Bakım

Ameliyat sonrası dönemde obezite nedeniyle komplikasyon görülme oranı yüksek olduğu için hastanın dikkatli ve yakın izlemi gerekmektedir (Grindel ve Grindel 2006; Vacek 2007).

Ameliyat sonrası dönemde kalp ritmi ve kan basıncı belirli aralıklarla izlenerek, hemoraji ve anastomoz kaçağı gibi komplikasyonların belirtilerinden biri olan kalp ritminde artış konusunda uyanık olunmalıdır (Barth ve Jenson 2006). Obez hastalarda karın bölgesinde artmış yağ dokusunun diyafragma baskısı nedeniyle meydana gelen solunum sıkıntısını önlemek için hastanın başı ve boynu düz olacak şekilde 30°-45° yükseltilmelidir. Önceden var olan uyku apnesi, anesteziye bağlı anksiyeteye eşlik ettiğinde yüksek risk oluşturacağından, oksijen saturasyonunu değerlendirmek üzere pulse oksimetre kullanılarak aralıklı veya sürekli izlem gerçekleştirilmelidir (Barth ve Jenson 2006; Grindel ve Grindel 2006; Harrington 2006). Amerikan Anestezi Derneği (American Society of Anesthesiologists-ASA) tıkayıcı uyku apnesi olan obez hastalarda ameliyat sonrası dönemde hava yolu açıklığını sağlayan CPAP (continious positive airway pressure/sürekli hava yolu basıncı) ya da BPAP (bi-level positive airway pressure/değişken hava yolu basıncı) kullanılmasının hastanın oksijenizasyonunu olumlu yönde etkileyeceğini belirtmektedir (ASA 2006)

Ameliyat sonrası dönemde, hastaya 1,5-2 saatte bir derin solunum ve öksürük egzersizlerinin yaptırılması solunum sistemine yönelik komplikasyonları önlemeye

yardımcı olacak hemşirelik girişimleri arasında yer almaktadır (Harrington 2006).

İyileşme sürecini hızlandırmak için hasta ameliyat sonrası 2-24 saat içinde hareket ettirilmeli, yatak dışı hareketler hasta tolere edebildiği sürece günde 3 kez yapılmalı, gerekiyorsa yürüteç gibi yardımcı aletler kullanılmalıdır. Hasta ayağa kalkıncaya kadar üriner kateter çıkartılmamalı ve bu süreçte üriner kateter enfeksiyonu belirti ve bulguları açısından hasta izlenmelidir (Barth ve Jenson 2006; Grindel ve Grindel 2006; Harrington 2006).

Ameliyat sonrası dönemde ağrı şikayeti hastanın iyileşme sürecini uzatarak günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesini olumsuz yönde etkileyebilir. Laparoskopik cerrahide, hasta kontrollü analjeziyle ilk 24-36 saatte; açık cerrahi girişim uygulanan hastalarda ilk 48-72 saatte ağrı yönetimi sağlanmalıdır (Barth ve Jenson 2006).

Pansumanlar, kirlendikçe ve hekim istemine uygun şekilde değiştirilmelidir. Ancak obez hastalarda cilt katlantı yerlerinin fazlalığına bağlı olarak pansumanın sabitlenmesi güçtür; bunu kolaylaştırmak için hastaya elastik kıyafetlerin giydirilmesi, karın duvarı ve cilt arasındaki gerilimi azaltmak amacıyla korselerin kullanılması yararlı olabilir. İnsizyon bölgesi enfeksiyon ve ayrılma belirti bulguları yönünden gözlenmeli ve dren varsa takibi yapılmalıdır (Camden 2006).

Obez hastalarda cilt katlantı yerlerinde neme bağlı olarak iritasyon, iltihap ve mantar enfeksiyonları görülebilir. Ayrıca fazla yağ dokusuna bağlı dolaşımdaki bozulmalar basınç yaralarının açılmasına neden olabilir. Avrupa Basınç Ülseri Danışma Paneli (European Pressure Ulcer Advisory Panel- EPUAP) basınç ülseleri ile ilgili kılavuzunda, cilt bütünlüğü sürekliliğinin sağlanmasında, sekiz saatte bir cilt ve katlantı yerlerinin gözlenmesini, cilt hijyeninin sağlanmasını, sık aralıklarla pozisyonun değiştirilmesini önermektedir. Pudra, cilt katlantı yerlerinde birikip iritasyonu arttıracığından, yerine nemlendirici ya da yağlayıcı özelliği olan kremler sürülmelidir (EPUAP 2009; Garza 2004; Hahler 2002; Harrington 2006)

Ameliyat sonrası dönemde önemli komplikasyonlardan biri olan derin ven trombozu belirtileri açısından hasta yakından izlenmelidir. Derin ven trombozundan korunmada, antikoagülan ajanlar ile birlikte, anti-embolik çorap ya da basınç aletleri kullanmak, erken ve sık ambulasyon, yatak içinde 2 saatte bir bacak egzersizlerinin

yapılması önerilmektedir. Antikoagülan tedavi direktif edildiği şekilde uygulanarak, kanama yönünden hasta izlenmelidir. Ayrıca intramusküler ya da subkutan yol ile ilaç uygulamalarında hemşire, yağ dokusuna bağlı olarak emilimin etkileneceğinin bilincinde olmalıdır (Garza 2004; Grindel ve Grindel 2006; Hahler 2002; Harrington 2006).

Ameliyat sonrası dönemde hastanın beslenmesiyle ilgili hazırlanmış olan kılavuzlarda; hasta anestezinin etkisinden kurtulup tam uyanıklık sağlandığında beslenmeye başlanması önerilmektedir (AAACE/TOS/ASMBS Guidelines 2013; The Endocrine Society 2010). Beslenmede ilk adım, berrak sıvı diyet ile günde 6-10 kez, 15-30 ml şeklinde olmalı, hastanın tolerasyonuna göre ameliyatın üçüncü gününde sıvı gıdalara geçilerek 1-2 hafta devam edilmeli, 3. haftadan sonra püre edilmiş/yumuşak yiyeceklere başlanmalı ve 6. haftada da normal katı yiyeceklerle beslenmeye devam edilmelidir. Hasta katı gıda alımına başlayınca kadar vitamin destekleri, çiğnenebilen tabletler ya da sıvı şeklinde kullanılmalıdır. Beslenme sırasında bulantı kusmanın önlenmesi için; az miktarlarda ve sık aralıklarla besin alımı, yiyeceklerin iyi çiğnenmesi, öğünler yerine öğün aralarında yudum yudum sıvı alımı, yemekten sonra pozisyonun 30 dakika dik konumda tutulmasının yararlı olacağı hastaya açıklanmalıdır (Blackwood ve Walsh 2009; Hemphill ve Gorman 2009).

Ameliyat sonrası hastalar genellikle 4.-5. günde taburcu edilmektedirler. Taburculuk sırasında verilecek eğitim, obez hastaların sonraki yaşamlarında sağlıklı olabilme adına dengeli beslenme ve egzersiz gibi aktiviteleri de sürdürmelerine yardımcı olarak, yaşam kalitelerine önemli bir katkı sağlayacaktır. Taburculuk sürecinde diyetisyen yardımı ile beslenme düzenlenerek, psikolog yardımı ile de değişen beslenme alışkanlıklarına uyum konusunda hastaya destek verilmelidir. Hemşire uzun sürede cerrahiye bağlı gelişebilecek komplikasyonların belirtileri konusunda hastayı bilgilendirmeli ve aylık kontroller ile hastanın beslenme alışkanlıkları, uzun zamanda oluşabilecek vitamin mineral eksikliği, beslenme yetersizlikleri, yeterli kilo kaybı değerlendirilmelidir (Mulligan ve ark. 2005; Sarwer 2008).

Sonuç olarak, günümüzde hızlı bir artış gösteren obezite cerrahisinde, ameliyat öncesi, sırası ve sonrası hemşirelik bakım girişimlerinin yanında, bireysel farklılıklar göz önüne alınarak gereksinimlere ilişkin özel, bireyselleşmiş, bütüncül bakımın verilmesi; hastaların sağlıklarına kavuş-

malarında, yaşam kalitelerinin artırılmasında ve yeni hayatlarına uyum sağlanmalarında oldukça önemlidir.

KAYNAKLAR

- AAACE/TOS/ASMBS (2013). Clinical Practice Guidelines For The Perioperative Nutritional, Metabolic, And Nonsurgical Support Of The Bariatric Surgery Patient-2013 Update: Cosponsored By American Association Of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society And American Society For Metabolic & Bariatric Surgery. *Endocr Pract.* 19 (2):e1-e36.
- American Association of Nurse Anesthetists-AANA (2011). Anesthesia Case Management for Bariatric Surgery. *AANA Journal* April 79(2):147-160.
- American Society of Anesthesiologists-ASA (2006). Practice guidelines for the perioperative management of patients with obstructive sleep apnea. *Anesthesiology* 104(5):1081-1093.
- Association of periOperative Registered Nurses-AORN(2004). AORN bariatric surgery guideline. *AORN J.* May;79(5):1026-1052.
- Banlı O, Altun H, Karakoyun R ve ark. (2009) Obezite tedavisinde laparoskopik gastrik band yerleştirilmesi sonuçları: İlk 100 olgu. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 25(1): 11-14.
- Barth MM, Jenson CE (2010) Postoperative nursing care of gastric bypass patients. *Am J Crit Care*, 15 (4): 378-387.
- Blackwood HS, Walsh CM (2009) Clinical Q&A. *Bariatric Nursing And Surgical Patient Care*, 4 (3): 229-232.
- Brown, J. (2006). Nurses's attitudes towards adult patients who are obese: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 53 (2): 221-232.
- Brown J, Stride C, Psarou A et al. (2007). Management of obesity in primary care: nurses' practices, beliefs and attitudes. *Journal of Advanced Nursing*, 59 (4): 329-341.
- Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E et al. (2004) Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 29 (2): 1724-1737.
- Bult MJF, Dalen T, Muller AF (2008) Surgical treatment of obesity. *European Journal of Endocrinology*, 15(8): 135-145.
- Camden SG (2006) Nursing care of the bariatric patient. *Bariatric Nursing And Surgical Patient Care*, 1 (1): 21-30.
- Chikunguwo SM, Brethauer SA, Schauer PR (2009) Bariatric surgery: General Surgery. Bland KI (Ed), London, Springer Verlag, p. 557-566.
- Christou NV, Sampalis JS, Liberman M et al. (2004) Surgery decreases long-term mortality, morbidity, and health care use in morbidly obese patients. *Ann Surg*, 240(3): 416-424.
- Coşkun H, Bostancı Ö, Dilege E, ve ark. (2006) Morbid obezite tedavisinde gastrik bypass uygulamasının erken postoperatif dönem sonuçları. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 22(2):59-62.
- DeMaria EJ, Pate V, Warthen M et al. (2010). Baseline data from American Society for Metabolic and Bariatric Surgery-designated Bariatric Surgery Centers of Excellence using the Bariatric Outcomes Longitudinal Database. *Surg Obes Relat Dis.*, 6(4):347-55.

- Dolgun E ve Yavuz M (2009). Aşırı şişmanlık cerrahisinde hemşirelik bakımı. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 3 (1): 85-92.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel- EPUAP (2009). International Guidelines Pressure Ulcer Treatment Technical Report.
- Garza SF (2004) Periop care for morbidly obese. RN,67(3): 26ac1-26ac6.
- Grindel ME, Grindel CG (2006) Nursing care of the person having bariatric surgery. Medsurg Nurs, 15 (3): 129-145.
- Hahler B(2002) Morbid obesity: a nursing care challenge. Medsurg Nurs, 11(2): 85-90.
- Harrington L (2006) Postoperative care of patients undergoing bariatric surgery. Medsurg Nurs, 15(6): 357-363.
- Hemphill S, Gorman K (2009) Core tools and patient information. Obesity Management, 5 (3): 128-9.
- Kaly P, Orellana S, Torrella T et al. (2008). Unrealistic weight loss expectations in candidates for bariatric surgery. Surg Obes Relat Dis 4(1):6-10.
- Koçaşlı S, Öztekin D (2010). Obezite Cerrahisinde Perioperatif Bakımı. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 3(2): 77-82.
- Martikainen T, Pirinen E, Alhava E et al. (2004). Long-term results, late complications and quality of life in a series of adjustable gastric banding. Obes Surg. May;14(5):648-654.
- Mulligan A, Young LS, Randall S et al. (2005) Best Practices for perioperative nursing care for weight loss surgery patients. Obesity Research, 13 (2): 267-273.
- Nguyen NT, Goldman C, Rosenquist CJ et al. (2001). Laparoscopic versus open gastric bypass: a randomized study of outcomes, quality of life, and costs. Ann Surg. Sep;234(3):279-289.
- Onat A ve Sansoy V (2009)Türk Erişkinlerde Obezite, Abdominal Obezite, Belirleyici ve Sonuçları. tekhurf.org/images/2009/bolum9.pdf. (erişim: 10.02.2012)
- Özbey N, Orhan Y (2002) Vücut Yağ Miktarı ve Dağılımının Belirlenmesi: Obezite ve Tedavisi. A Bozboru(Ed), İstanbul, Nobel, p. 27-61.
- Padwal RS, Majumdar SR, Klarenbach S et al. (2010). The Alberta population-based prospective evaluation of the quality of life outcomes and economic impact of bariatric surgery (APPLES) study: background, design and rationale. BMC Health Services Research, 10:284.
- Poole NA, Al Atar A, Kuhanendran D et al.(2005). Compliance with surgical after-care following bariatric surgery for morbid obesity: a retrospective study. Obes Surg 15(2):261-265.
- Poon M, Tarrant M. (2009). Obesity: attitudes of undergraduate student nurses and registered nurses. Journal of clinical nursing, 18(16): 2355-2365.
- Sarwer DB (2008) The importance of postoperative care. Bariatric Nursing And Surgical Patient Care, 3 (2): 89-91.
- Singh N, Arthur HM, Worster A et al. (2007) Emergency department equipment for obese patients: perceptions of adequacy. JAN Original Research, 59(2):140-145.
- Sugerman HJ, Shikora SA, Schauer MD (2007) Bariatric surgery. Obesity Management , 3(6): 251-254.
- The Endocrine Society (2010). Endocrine and Nutritional Management of the Post-Bariatric Surgery Patient: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab November 95 (11):4823-4843.
- Vacek L (2007) Sensitivity training for nurses caring for morbidly obese patients. Bariatric Nursing And Surgical Patient Care, 2(4): 251-253.
- World Health Organization-WHO (2000) Obesity: Preventing And Managing The Global Epidemic. Geneva, WHO Technical Report Series 894.
- World Health Organization-WHO (2011) Controlling the global obesity epidemic. who.int/nutrition/topics/obesity/en/ (erişim: 10.02.2012)