Derleme / Review *TAF Prev Med Bull 2014;13(1):77-82*

Bariatrik Cerrahide Hemşirelik Bakımı

[Nursing Care in Bariatric Surgery]

ÖZET

Obezite, yağ dokusunun vücutta fazla miktarda artması sonucu ortaya çıkan ve giderek yaygınlaşan ciddi bir sağlık problemidir. Obezite prevelansı dünya genelinde her yaş grubunda artış göstermektedir. Obezite sıklığındaki bu artış obeziteye bağlı kronik hastalıkların görülme sıklığını da artırmaktadır. Bu yönüyle obezite kronik hastalıklar için bir risk etmeni olarak kabul edilmektedir. Beden Kitle İndeksi 30'un üzerinde olan kişiler obez, 40'ın üzerinde olan kişiler ise morbid obez olarak adlandırılmaktadır. Bariatrik cerrahi obezitede kalıcı kilo verilmesini sağlayan etkili bir tedavi yöntemidir. Bariatrik cerrahi ameliyat teknikleri üç farklı tipte uygulanmaktadır. Bu teknikler; gıda alımını kısıtlayan, besin emilimini azaltan (malabsorpsiyon), hem malabsorpsiyon hem de gıda alımını kısıtlayan ameliyatlardır. Bariatrik cerrahide ameliyat öncesi ve sonrasında, obez hastaların eşlik eden hastalıklarının bulunması nedeniyle hasta bakımının önemi artmaktadır. Bu dönemde bariatrik cerrahi adayı olan hastaların bakımında yaşanabilecek riskleri azaltan, komplikasyon gelişmesini önleyen ve iyileşmenin en kısa zamanda olmasını sağlayan özel hemşirelik uygulamaları yer almaktadır. Bu makalede, obez hastaların ameliyat öncesi ve sonrası hemşirelik bakımı ele alınmaktadır. Ayrıca bariatrik cerrahi, komplikasyonlar ve hastaların yaşayabilecekleri güçlükler incelenecektir.

SUMMARY

Obesity is caused by increased amounts of fatty tissue in the body and increasingly common serious health problem. The prevalence of obesity is increasing in all age groups throughout the world. This increase in the rate of obesity increases the incidence of obesity-related chronic diseases. In this respect, obesity is considered a risk factor for the chronic diseases. People who are more than 30 Body Mass Index called as obese and people who are over 40 called morbidly obese. Bariatric surgery is an effective treatment providing in permanent weight loosing for obesity. Bariatric surgery techniques are applied as three different types. These techniques include; limit food intake, reduce nutrient absorption (malabsorption), and restricting food intake and malabsorption surgeries. In bariatric surgery, patient care is becoming increasingly important at before and after surgery due to the presence of concomitant diseases in obese patients. During this period, there are special nursing practices which include reducing the risks in the care of patients who are candidates for bariatric surgery, preventing the development of complications and supplying the recovery from illness as soon as possible. In this article nursing care of obese patients before and after surgery is to be discussed. In addition, bariatric surgery, complications and difficulties in live patients are to be examined.

Emine Aydın[1], Hülya Bulut[2]

[1]Erzincan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
[2]Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Anahtar Kelimeler: Bariatrik Cerrahi, Hemşirelik Bakımı, Güçlükler

Key Words: Bariatrik Surgery, Nursing Care, Difficulties

Sorumlu yazar/ Corresponding author: Emine Aydın, Erzincan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu emine.8648@hotmail.com

Gönderme Tarihi/Date of Submission: 27.09.2012 , **Kabul Tarihi/Date of Acceptance:** 09.01.2013 **DOI:**10.5455/pmb 1-1348733205

GİRİŞ

Günümüzde evrensel bir sağlık sorunu olarak kabul edilen obezite; vücut yağ oranının ideal düzeyden daha fazla miktarda olması olarak tanımlanmaktadır (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün verilerine göre tüm dünyada fazla kilololuğun ve obezitenin prevelansı giderek artmaktadır (2). Obezite oranındaki bu artış obeziteye bağlı kronik hastalıkların görülme sıklığını da artırmaktadır. Bu yönüyle obezite kronik hastalıklar için bir risk etmeni olarak kabul edilmektedir (3).

DSÖ, obezitenin tanımı için kilogram cinsinden ağırlığın metre cinsinden boyun karesine oranı ile vücuttaki yağ miktarının hesaplanması olarak bilinen Beden Kitle İndeksi (BKİ)'nin kullanılmasını önermektedir ve BKİ'si 30'un üzerinde olan kişiler obez, 40'ın üzerinde olan kişiler ise morbid obez olarak adlandırmaktadır (4). Obezite terimi günümüzde bariatri olarak da ifade edilmektedir. Bariatri obezitenin nedenleri, önlenmesi ve tedavisi ile ilgilenen alan olarak bilinmektedir (5). Bariatrik cerrahi tedavi için kişilerin BKİ'nin 40'ın üzerinde olması önerilmektedir (6).

OBEZİTEDE TEDAVİ

Obezite medikal ve cerrahi olmak üzere iki yöntemle tedavi edilmektedir. Medikal tedavi olarak diyet-davranış değişikliği, düzenli fiziksel aktivite, ilaçlar ve hormonlar kullanılmaktadır (7,8). Cerrahi tedavi olarak da bariatrik cerrahi ile ilgili ameliyatlar yapılmaktadır. Bariatrik cerrahi mide kapasitesinin azaltılması ile gıda alımını kısıtlayan, bağırsağın bir kısmı atlanarak besleyici maddelerin ve kalorilerin alımını azaltan (malabsorpsiyon), mide kapasitesinin azaltılması ve bağırsağın bir kısmının atlanması ile hem malabsorpsiyon hem de gıda alımını kısıtlayan gibi ameliyatları içermektedir (9).

Obezitenin medikal tedavisi kapsamındaki ilaç tedavisi, diyet ve egzersiz programları ile başlangıçta vücut ağırlığının %8-10'unun kaybedilmesini sağlanmaktadır (10). Ancak bu yöntemleri uygulayan hastaların neredeyse tamamı, kaybettikleri ağırlığı tekrar almaktadır (7,11). Bariatrik cerrahi obezitede kalıcı olarak kilo verilmesini sağlamakta ve obezite ile birlikte meydana gelen kalp damar hastalıkları, inme, hipertansiyon, kanser (meme, prostat, kolon, endometrium), Tip II diabet, osteoartrit, safra kesesi hastalıkları, gastroözefagial reflü, uyku apnesi, solunum yetmezliği gibi hastalıkların iyileşmesinde de önemli rol oynamaktadır (12,13,14).

PERİOPERATİF HEMŞİRELİK BAKIMI

Obez bireylerde hipertansiyon, diabetes mellitus ve osteoartrit gibi eşlik eden hastalık bulunması nedeniyle cerrahi tedavi sürecinde hasta bakımı önem kazanmaktadır. Bu hastalıklar cerrahi öncesinde, cerrahi sırasında ve sonrasında obez hastaların bakımını etkileyen durumlardır. Bunun için bariatrik cerrahi adayı olan hastaların bakımında özel hemşirelik uygulamaları yer almaktadır (15).

AMELİYAT ÖNCESİ HEMŞİRELİK BAKIMI

Cerrahi tedavi amacıyla kliniğe gelen hastanın kliniğe kabulü sırasında yapılan görüşme önemlidir. Çünkü bu dönemde hastalar yapılacak olan ameliyat ve ameliyat sonrası yaşamlarında olabilecek değişikliklere yönelik endişeleri olabilmektedir. Bu yüzden bariatrik cerrahi teknikleri, beslenme, egzersiz ve kontroller konusunda eğitim verilmeli ve cerrahi tedavi riskleri ve yararları konuşularak hastanın anksiyetesi giderilmelidir. Görüşmelerde sağlık öyküsü ile ilgili bilgileri alınmalıdır. Eğer hastada eşlik eden hastalık varsa kardiyoloji, göğüs hastalıkları, kadın hastalıkları, gastroenteroloji ya da diğer uzmanlık alanlarının görüşü alınarak, bu görüş doğrultusunda koordineli bir hemşirelik bakımı sağlanmalıdır.

Bariatrik cerrahi uygulanacak hastanın ameliyat öncesi hazırlığı aşağıda açıklanmıştır.

Hasta Odası

Pek çok ünitede sıklıkla geniş hastane yatağı ya da hasta önlüğü gibi hasta için gerekli hazırlık bulunmamaktadır. Hasta için özel bir oda gerekebilir. Hastanın pozisyonuna ve hareketine kolaylık sağlayan yatağın üzerine trapez vb. bir bar yerleştirilebilir. Hastanın rahat bir uyku uyumasını ve oturmasını sağlayacak özel yapılmış sandalye yatakla birleştirilebilir. Odada büyük boy manşonu olan kan basıncı cihazı kullanılmalıdır (16,17).

Morbid obez hastanın taşınması için yeterli genişlikte kollarla taşınabilen tekerlekli sandalye gerekir. Hasta ameliyattan gelmeden önce en iyi yerleştirme planı yapılmalıdır. Yatak içinde dönme, banyo yapma ve ambulasyon gibi aktivitelere yardımcı bir kişi gerekebilir (16,17).

Deri Hazırlığı

Cerrahiden sonra en yaygın komplikasyonlardan biri yara enfeksiyonudur. Çok sayıda deri kıvrımı morbid obez hasta için sorun yaratabilmektedir. Özellikle abdominal alanda çok sayıda gevşek deri kıvrımı olması nedeniyle ameliyat öncesi deri hazırlığı önemlidir. Hastaya hastaneye gelmeden önce evde göğüsten bel çevresine kadar abdominal alanın ılık su ve sabunla dikkatli bir şekilde temizlenmesi gerektiği anlatılmalıdır (16,17).

Solunum Sistemi

Obez hastalarda göğüs ve abdominal alanda bulunan ekstra yağ dokusu diyafragmatik, torasik ve abdominal yapılarda baskı yapabilmektedir. Göğüs üzerindeki bu baskı yüzeysel ve hızlı solunuma neden olmaktadır. Böylece hastanın akciğerlerine daha az oksijen taşınmaktadır. Bu durum polisitemi, pulmoner hipertansiyon ve hipoksemi ile sonuçlanmaktadır (16,17).

Cerrahi sonrası pulmoner komplikasyonları önlemek için pozisyon verme, döndürme, derin solunum-öksürük egzersizleri yaptırılmalıdır. Cerrahi öncesi spirometre uygulaması yapılabilir. Spirometre kullanımı akciğer konjesyonunu azaltmaya ve önlemeye yöneliktir (16,17). Eğer hasta uyku apnesi için evde kullandığı CPAP cihazını hastanede de kullanmaya devam edecekse bunun için düzenleme yapılmalıdır (16,17).

Üriner Sistem

Aşırı pubik yağlanma sonucu idrar yolunun dıştan basıya uğraması ve yeterli hijyenik koşulların olmaması nedeniyle idrar yolu enfeksiyonu görülebilmektedir. Bu hastalardan idrar kültürü alınmalı ve gerekli görüldüğünde antibiyotik ile tedavi edilmelidir (18).

Kalp-Damar Sistemi

Obezite nedeniyle oluşan kalp damar sistemindeki hastalıklar ölüme neden olabilmektedir. Hipertansiyon, kalp yetmezliği, koroner hastalıklar, tromboemboli gibi sorunlar görülebilmektedir. Bu nedenle ameliyat öncesi dönemde kardiyolojik tetkiklerin yapılması gerekmektedir. Hasta sıklıkla monitörize edilerek genel değerlendirme ve yaşam bulguları üzerinde durulmalıdır. Eğer hastada gode

bırakan ödem varsa bu durumda basınç noktalarına dikkat edilmelidir (18).

Sindirim Sistemi

Obez hastalarda sıklıkla sindirim sistemi ile ilgili şikâyetler olmaktadır. Gastrit, özefagogastrit reflü, safra kesesi şikâyetleri, kabızlık sık görülmektedir. Kabızlık sorunu olan hastalara ameliyat öncesi dönemde barsak temizliği yapılmaktadır. Daha önce geçirilmiş batın ameliyatı olan hastalarda ise ameliyat sonrası oluşabilecek komplikasyonlar değerlendirilmelidir (18).

BARİATRİK CERRAHİ SONRASI HEMŞİRELİK BAKIMI

Bariatrik cerrahi geçiren hastaların ameliyat sonrası hemşirelik bakımı, abdominal cerrahi geçiren hastanın bakımından bazı özellikleri nedeni ile farklılıklar göstermektedir. Hastalar büyük bir ameliyat geçirmeleri nedeni ile deneyimli bir personel eşliğinde üniteye alınmalıdır. Hastanın hava yolu açıklığı ve ağrı kontrolü sağlanmış olmalıdır. Tüm ameliyatlarda olduğu gibi erken dönem komplikasyonları (kanama, şok, solunum sıkıntısı vb. gibi) takip edilmelidir.

Ameliyat sonrası hemşirelik bakımı solunum aktivitesi, hareket aktivitesi, beslenme aktivitesi, boşaltım aktivitesi, kişisel temizliği sağlama ve giyim aktivitesi, beden ısısının kontrolü, yara, ağrı, uyku aktivitesi, iletişim ve çalışma aktivitesi balıkları altında aşağıda tartışılmıştır.

Solunum Aktivitesi

Cerrahi sonrası dönemde hastalar nefes darlığı, öksürük, balgam, taşikardi gibi semptomlar yaşayabilmektedir. Hastalar bu tür sorunları; ameliyat sırasında uygulanan anestetikler, endotrakeal tüp ve oksijenin trakea ve bronşları irrite ederek mukusu artırması, ameliyatta uzun süre hareketsiz kalmaya bağlı sekresyonların atılamaması, ameliyatta akciğerlerin kollabe olması, ameliyattan sonra cerrahi travmaya bağlı olarak abdominal ve interkostal kasların gücünün azalmasına bağlı bireyin yeterince öksürememesi ve derin solunum yapılamaması nedeniyle yaşayabilmektedir (19). Bu sorunların önlenmesi için hemşire, hasta yatağına alındıktan sonra göğüs ve abdominal alana baskıyı azaltmak amacıyla yatak başını 30-45 derece açıyla yükseltmeli, hastaya derin solunum ve öksürük egzersizlerini öğretmeli, spirometre kullanımı için hastayı teşvik etmeli, öksürürken ameliyat yerini desteklemesinin ağrıyı ve ameliyat yerinin açılma olasılığını azaltabileceğini açıklamalıdır. Erken ambulasyon için cesaretlendirilmeli, pozisyonları sık değiştirilmelidir (6,19). Mümkün olduğunca hareket etmesi ve sekresyonların atılmasını kolaylaştırmak ve yumuşamasını sağlamak için bol sıvı alması gerektiği anlatılmalıdır (20).

Hareket Aktivitesi

Ameliyat sonrası dönemde, obez bireyler hareket aktivitesinin gerçekleştirilmesinde bağımlı/yarı bağımlı olduklarından tromboflebit, venöz tromboemboli ve pulmoner emboli riski yüksektir. Hemşire derin ven trombozu belirti ve bulgularına karşı uyanık olmalıdır. Hastanın ameliyat öncesi dönemde öğrendiği aktiviteleri ameliyat sonrası dönemde de yapması sağlanmalıdır. Bunun için hastaya cerrahi sonrası dönemde en az 3-4 kez yürümesi söylenmelidir. Günlük bakımda antiembolik çorabını giymeli ve aktif-pasif egzersizleri yapmalıdır. Ayrıca düşük doz heparin istemi olabilir. Bu durumlarda dikkatli izlem yapılmalıdır (16,17,20).

Ameliyat sonrası erken dönemde mutlak yatak istirahatine, yatak içindeki aktif-pasif egzersizlere ve ambulasyona bağlı daha sonraki dönemde ise yemek yapmak, temizlik yapmak, alışveriş yapmak gibi günlük işlere bağlı olarak akut ağrı olabilmektedir. Ayrıca hareket aktivitesine özgü gelişen bağımlılık/ yarı bağımlılık durumu; eklem kontraktürleri, bası yarası, tromboflebit, konstipasyon, pnömoni, atelektazi gibi komplikasyonların gelişmesine neden olmaktadır. Bu komplikasyonların gelişmesi ise ameliyat sonrası ağrı şiddetini arttırmaktadır (17,21). Hastalara ilk zamanlarda yatak içinde pozisyon değişikliğinde, yataktan kalkarken ve yürürken ameliyat bölgelerini desteklemeleri ve destek almaları gerektiği anlatılmalıdır (21).

Beslenme Aktivitesi

Ameliyat sonrası hastanın anastomoz yerinden kaçak olup olmadığı anlaşılıncaya kadar ağızdan bir şey verilmez. Anastomoz kaçağının anlaşılabilmesi için ameliyattan sonraki gün test yapılmaktadır. Hastaya günde 6-10 kez 30'ar ml açık sıvı verilir (6). Daha sonra ameliyat sonrası erken dönemde su ve şekersiz sıvılar verilir (her 2 saatte bir 30 ml). Eğer nazogastrik tüp varsa doğru pozisyonda tutulmalı ve açıklığı takip edilmelidir. Nazogastrik tüple birlikte kusma varsa nazogastrik tüpün yeniden yerleştirilmesi gerekebilir ve hemen cerraha bildirilmelidir (16,17). Ayrıca katı gıda alımına başlayıncaya kadar vitamin destekleri, çiğnenebilen tabletler veya sıvı şeklinde kullanılmalıdır.

Bariatrik cerrahide ameliyat sonrası erken dönemde, hastalarda yanlış beslenme nedeniyle mide

ve bağırsaklarında sıvı ve gaz birikimi sonucu abdominal distansiyon; abdominal ağrı, bulantı-kusma, diyare ve halsizlik gibi belirtilerle dumping sendromu gelişebilmektedir (6,22). Hemşire, dumping sendromu belirtileri olan bulantı-kusma, abdominal ağrı, diyare, halsizlik vb. şikâyetleri fark ettiğinde hekime bildirmeli, hastanın, dumping sendromunu hızlandıran etkenlerden biri olan şekerli gıda alımını durdurmalıdır. Hastaya sık sık küçük miktarlarda ve yavaş yavaş yemesi, iyi çiğnemesi, yemeklerden önce ve öğün aralarında sıvı alması, yemekten sonra 30 dk uzanır pozisyonda oturması gerektiği açıklanmalıdır (6,23,24).

Boşaltım Aktivitesi

Hastaların ameliyat öncesi aç kalmaları, ameliyat sonrası hareket aktivitesindeki azalma, pozisyon vermeyi güçleştiren durumların varlığı, mutlak yatak istirahatinde bulunma, analjezik ilaç kullanımı bağırsak fonksiyonlarının yavaşlamasına ve kontsipasyona neden olmaktadır. Özellikle bariatrik cerrahi sonrası uygulanan sıvı diyet uygulaması nedeniyle hastalarda konstipasyon hissi oluşabilmektedir. Kullanılan ilaçlar ve kesin yatak istirahatine bağlı olarak; böbrekler ve splanknik sahadaki kan akımının azalması nedeniyle üriner retansiyon gelişebilmektedir (19,25). Hastalara sindirim ve üriner sistem aktivitesi için diyetisyen tarafından verilen diyet listesine uyması, sıvı alımını arttırması ve yürüyüş gibi aktivitelerde bulunması gerektiği açıklanmalıdır.

Kişisel Temizliği Sağlama ve Giyim Aktivitesi

Büyük cerrahi girişim geçiren bireylerde, ameliyat sonrası erken dönemde yaşanılan akut ağrı, hareket kısıtlamasına neden olarak kişisel temizlik ve giyinme aktivitesinin bağımsız bir şekilde gerçekleştirilmesini olumsuz yönde etkiler (25). Ayrıca, ameliyat sonrası erken dönemde mutlak yatak istirahatinde olan bireyin lokal/genel banyolar, tuvaletini yapma, basınç yarası bakımı gibi işlemler akut ağrının artmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken hastanın ağrısının artmasına engel olunmalıdır. Bu işlemleri yaparken hastanın yanında ekip halinde çalışılmalıdır.

Beden Isısının Kontrolü

Hastalarda ameliyat sonrası ikinci gün gibi erken dönemde akciğer, idrar yolu ve yara enfeksiyonları nedeniyle 38°C'nin üzerinde ateş görülebilmektedir. Özellikle üst karın ve toraks ameliyatlarından sonra ağrı nedeniyle diyafragmanın kullanımının azalmasına bağlı olarak atelektazi, pnömoni gibi akciğer komplikasyonları artmaktadır. Hemşire hastaların vücut ısısı takibini yapmalı ve hastalara ateşlerinin yükselmesi ya da düşmesi durumunda doktora başvurması gerektiği açıklamalıdır (21).

Yara

Yara iyileşmesini hastanın yaşı, sigara içmesi, obezite, diabet, anemi, stres, uzun süre ameliyatta kalma, cerrahi teknik, kan akımı ve drenler gibi birçok faktör etkilemektedir. Obez bireylerde deri kat sayısının fazla olmasıyla birlikte katların arasında yüzeysel iltihap (intertrigo) oranı da artmaktadır. Çünkü nemli deri kıvrımları daha çok bakteri içermektedir (6). Yara etrafında belirgin kanama, şişlik ve renk değişimi olması kanlanmanın yeterli olmadığını düşündürmektedir. Eğer kanama şiddetli ise yara çevresi ve kan basıncı dikkatli izlenmelidir. Kan hacminde azalma olması yara bölgesinin oksijenlemesinin azalmasına dolayısıyla yara iyileşmesinin gecikmesine neden olmaktadır.

Yara iyileşmesinin sağlıklı yürümesi hemşirelik bakımı açısından önemlidir. Yaranın dikkatli takibi ve uygun yara bakımı yapılmalıdır. Hastanın sıvı eksikliğinin olup olmadığı dikkatli izlemeli ve yeterli sıvı desteği sağlanmalıdır. Kan ve dokudaki oksijenlemenin sağlanması için hastalara derin solunum ve öksürük egzersizlerini yapması önerilmelidir. Dermatit ve bakteriyel ya da fungal enfeksiyonlara karşı deri kıvrımları kuru ve temiz tutulmalıdır (16,17).

Ameliyat sonrası 4. ile 7. günler arasında ortaya çıkan ateş yara enfeksiyonunu düşündürmelidir. Özellikle obezite nedeniyle karın duvarında yağ dokusunun kalınlığının fazla olması yara iyileşmesini geciktirmektedir ve cerrahi insizyon alanında enfeksiyon gelişme riskini artırmaktadır. Yara açılması dikiş hattında seröz akıntı başlamasıyla kendini gösterir ve 5. ile 12. günler arasında gerçekleşebilmektedir. Bu aşamada hasta ve ailesine ateş takibi ve yarada akıntı olup olmadığını izlemesi gerektiği anlatılmalıdır (26).

Hastaya ameliyat yerini her gün takip etmesini ve dikiş yerlerinde kızarıklık, sıcaklık akıntı, şişlik, hassasiyet ve ağrı olması durumunda yara yerinde enfeksiyon olduğu anlatılmalıdır. Bu durumda ve dikişlerinde açılma olduğunda doktorunu araması gerektiği söylenmelidir (26).

Ağrı

Ameliyattan sonra ağrı gelişmesinde, hastanın anksiyete düzeyi, uygulanan ameliyatın büyük olması ve uzun sürmesi rol oynar. Bu yüzden ameliyat sonrası ilk 24 saatte ağrı kontrol altına alınmalıdır (17).

Hastaya ağrısı için girişimde bulunmadan önce mesane distansiyonu ve kötü pozisyon gibi hastada ağrıya neden olacak sorun olup olmadığı kontrol edilmeli, böyle bir sorun varsa önce bu sorun giderilmelidir. Hastanın ağrısı için verilecek olan ilaçlar kan basıncı düşüklüğü ve solunum depresyonuna neden olabileceğinden hastanın kan basıncı ve solunumu kontrol edilmeli ve daha sonra ağrı kesici ilaç verilmelidir (20). Bariatrik cerrahide ameliyat yerinde sızıntı gibi bir nedenden dolayı hastalar ağrı hissedebilmektedir. Bu yüzden hemşire hastanın ağrısının tipik bir cerrahi ağrısı olup olmadığı konusunda değerlendirme yapmalıdır. Değerlendirme sonucunda eğer sızıntı nedeniyle oluşan bir ağrı varsa bu durum doktora bildirilmelidir. Hemşire eğer ağrının insizyon nedeniyle oluşan bir ağrı olduğunu tespit ederse önerilen ağrı kesici ilaçları uygun doz ve zamanda hastaya vermelidir (17).

Uyku Aktivitesi

Cerrahi girişim sonrası iyileşme sürecinde önemli bir yeri olan uyku aktivitesinin; ameliyat sonrası dönemde yaşanan akut ağrı, yatak istirahati ve hastane ortamında bulunma gibi olumsuz biyofizyolojik ve psikolojik nedenlerle etkilendiği görülmektedir (27). Horlama, gündüz uyku hali ve uyku apnesi sendromu özellikle obez hastalarda en önemli sorunlardır (27). Bu durum kilo vermekle orantılı olarak azalmaktadır. Literatüre göre ameliyat sonrası ilk 30 günde kilo verme oranı henüz az olduğundan hastada mevcut horlama, gündüz uyku hali ve gece uyuyamama şikâyetleri görülebilmektedir (28).

Uyku sorunlarının en önemli nedeni ağrı olup hastaların ağrılarının giderilmesi esastır. Hastalar taburcu olurken ağrıları için kullanabilecekleri ağrı kesici ilaç ve dozu söylenmelidir. Pozisyon değişikliği, yumuşak masaj ve egzersiz gibi uygulamaların da ek olarak yapılması önerilmektedir (21,26).

İletişim

Hastaların psikolojik uyumları zaman alan bir süreçtir. Çoğu hasta, sağlık durumlarını geliştirme, enerjilerini ve öz güven duygularını arttırma, gıda konusunda otokontrollü olma yönünde olumlu düşüncelere sahip olmakla birlikte, yeni imajlarına uyum sağlamada, sosyal ve psişik durumlarının değişime uğraması konusunda güçlük çekmektedirler. Bariatrik cerrahiyi takip eden taburculuk döneminde hastaların uyum sürecini kolaylaştırmak için destekleyici gruplar oluşturulabilir (6,23).

Çalışma Aktivitesi

Büyük cerrahi girişim geçiren bireyin geçici bir süre işinin engellenmesi ya da tamamen işsiz kalması, sağlık giderlerinin olduğu kadar temel gereksinimlerin karşılanmasına ilişkin birçok sorunu da beraberinde getirmektedir (19). Hemşire hastaların işe dönmeme nedenlerini araştırmalı ve sorunun nedenine yönelik danışmanlık hizmeti sağlamalıdır.

BARİATRİK CERRAHİ SONRASI OLUŞAN KOMPLİKASYONLAR

Tüm cerrahi girişimlerde olduğu gibi bariatrik cerrahi sonrası erken ve geç dönemde hastalar istenmeyen bazı sorunlarla karşılaşabilmektedir. Ameliyat sonrası erken dönemde en sık karşılaşılan sorun solunum güçlüğüdür (29). Ameliyat sonrası erken dönemde sık karşılaşılan diğer sorunlar yara yeri komplikasyonları (30), mide kapasitesinin küçülmesine bağlı bulantı ve kusma (31), dumping sendromu (32), bağırsak hareketlerinde yavaşlama ve ameliyat bölgesinde sızıntı gelişmesi olduğu belirtilmektedir.

Bariatrik cerrahi sonrası geç dönemde görülen komplikasyonlar yapılan ameliyat şekline göre değişebilmektedir. Literatürde gastrik bant uygulaması sonrası en sık görülen komplikasyonlar bant kayması, bant erozyonu, banda bağlı teknik sorunlar (%10) olarak belirtilmektedir (31,33). Bu hastalarda özellikle gastrik bant enfeksiyonu, anastomoz yerinde stenoz ve gastrogastrik fistül riskinin yüksek olduğu belirtilmektedir (32,34). Ayrıca hastalarda nöropati semptomlarına neden olan B12 vitamini eksikliği ve kemik mineral kaybına neden olan D vitamini eksikliği meydana gelmektedir (31), Ameliyat sonrası 18.-24. ayda da yeme alışkanlıklarının değişmesi ve kontrol kaybı nedeniyle verilen kilonun tekrar alınmasına bağlı hastada bazı psikolojik sıkıntılara neden olabilmektedir (11).

SONUÇ

Bariatrik cerrahi adayı hastaların ameliyat öncesinde, ameliyat sırasında ve ameliyat sonrasında yaşayabilecekleri güçlükler ve bu güçlüklerle baş edebilmeleri için kişiye özel, bireyselleşmiş, bütüncül bir perioperatif bakım ve danışmanlık hizmeti verilmesi hastaların yaşam kalitelerinin arttırılmasında oldukça önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Antipatis V.J., Gill T.P.: Küresel Bir Sorun Olarak Obezite. In: International Textbook of Obesity. Ed: Björntorp P. 1. Baskı, s. 1-22, And Danışmanlık, İstanbul, 2002.

2. Grindel ME, Grindel CG. Nursing Care of the Person Having Bariatric Surgery. MEDSURG Nursing 2006;15:129-145.
3. Arterburn DE, Maciejewski ML, Tsevat J. Impact of Morbid Obesity on Medical Expenditures in Adults. Int Obes 2005;29:334-339.
4. Global Database On BMI [online]. WHO. 2004 [Erişim:01.Mart.2011]. Elektronik adresi:http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html.
5. Woodward BG, A Complete Guide to Obesity Surgery. Victoria-CANADA:Trraford;2003.
6. Barth MM, Jenson CE, et al. Postoperative Nursing Care Of Gastric Bypass Patients. Am J Crit Care 2006; 15:378-387.
7. Szarka LA, Foxx-Orenstein AE. Obezitenin Değerlendirmesi Ve Tedavi. Clinical Gastroenterelogy And Hepatology 2006; 1 : 117-124.
8. Ersöz Gülçelik N, Gürlek A, Usman A. Obezitenin Medikal Tedavisi. Hacettepe Tıp Dergisi 2007;37 :212-217.
9. Colquitt JL, Clegg AJ, Loveman E, Royle P, Sidhu MK. Surgery For Morbid Obesity. The Cochrane Database Of Systematic Reviews 2005; 4: 1-84.
10. Gibbons LM, Sarwer DB, Crerand CE, Fabricatore AN, Kuehnel RH, Lipschutz PE, et al. Previous Weight Loss Experiences Of Bariatric Surgery Candidates: How Much Have Patients Dieted Prior To Surgery?. Obesity 2006; 14: 70-76.
11. McMahon MM, Sarr MG, Clark MM, Gall MM, Knoetgen J, Service FJ, et al. Clinical Management After Bariatric Surgery: Value of a Mutidisciplinary Approach. Mayo Clin Proc 2006;81(10):34-45.
12. Dzıurowicz-Kozlowska A, Lısık W, Wierzbıckı Z, Kosieradzkı M. Heath-Related Quality Of Life After The Surgical Treatment Of Obesity. Journal Of Physiology And Pharmacology 2005; 6: 127-134.
13. Chang KH, Condon ET, O'Connor EJ, McAnena OJ. Sustained Weight Loss And İmprovement Of Quality Of Life After Laparoscopic Adjustable Gastric Banding For Morbid Obesity: A Single Surgeon Experience İn İreland. Ir J Med Sci 2010;179: 23-27.
14. Snow V, Barry P, Fitterman N, Qaseem A, Welss K . Pharmacologic And Surgical Management Of Obesity İn Primary Care: A Clinical Practice Guideline From The American College Of Physicians. Ann İntern Med. 2005; 142:525-531.
15. McMahon MM, Sarr MG, Clark MM, Gall MM, Knoetgen J, Service FJ et al. Clinical Management After Bariatric Surgery: Value of a Multidisciplinary Approach. Mayo Clin Proc 2006;81 (10):34-45.
16. Gallagher Camden S. Shedding Health Risks with Bariatric Weight Loss Surgery. Nursing 2009;39:34.
17. Grindel ME, Grindel CG. Nursing Care of the Person Having Bariatrics Surgery. Medsurg Nursing 2006;15(3):129-45.
18. Bozbora A. Obezite. 1. Baskı. İstanbul: Medikal Yayıncılık İstanbul Tıp Fakültesi; 2008. 371-6.
19. Mac Lellan K. Management of Pain: A Pratical Approach for Health Care. Wigens L, editors. United Kingdom:Nelson Thornes Ltd;2006.
20. Erdil F, Özhan Elbaş N. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. 4. Baskı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu; 2001. 97-137.
21. Burke KM, LeMone P, Mohn-Brown E. Medical-Surgical Nursing Care. 2. Edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 2007.
22. Story SK, Chamberlain RS. A Comprehensive Review of Evidence-Based Strategies to Prevent and Treat Postoperative İleus. Dig Surg 2009;26:265-275.
23. Harrington L. Postoperative of Patients Undergoing Bariatric Surgery. Medsurg Nurs 2006;15(6):357-63.
24. Khwaja HA, Bonanomi G. Bariatric Surgery: Techniques, Outcomes and Complications. Current Anaesthesia&Critical Care 2010;21:31-38.
25. Gregory J. Pain Management and Orthopaedic Care. İn : Kneale J, Davis P, 2nd ed., Churchill Livingstone editors. Orthopaedic and Trauma Nursing. Philadelphia: 2005;140-164.
26. Medina A, Scott PG, Ghahary A, Tredget EE. Pathophysiology of chronic nonhealingwounds. J Burn Care Rehabil 2005;26:306–19.
27. Şendir M, Acaroğlu R, Kaya H et al. Evaluation of Quality of Sleep and Effecting Factors Hospitalized Neurosurgical Patients in Turkey. Neurosciences Journal 2007;12(3):226-31.
28. Başoğlu ÖK, Yürekli BS, Taşkıranlar P, Tunçel Ş, Yılmaz C. Ege Obez Okulu Anket Çalışması: Obezite ile Obstrüktif Apne Sendromu Semptomları ve Gündüz Uykululuk İlişkisi. Ege Journal of Medicine 2011;50(2):111-17.
29. Poulose BK, Griffin MR, Moore DE, Zhu Y, Smalley W, Richards WO, et al. Risk Factors For Post-Operative Mortality İn Bariatric Surgery. Journal Of Surgical Research 2005;127:.1-7.
30. Tessier DJ, Eagon JC. Surgical Management Of Morbid Obesity. Curr Probl Surg 2008;45:68-137.
31. Fujioka K, Follow-up Of Nutritional And Metabolic Problems After Bariatric Surgery. Diabetes Care 2005; 28: 481-484.
32. Bult MJF, Dalen TV, Muller AF. Surgical Treatment of Obesity. European Journal of Endocrinology 2008;158:135-145.
33. Eid I, Birch DW, Sharma AM, Sherman V, Karmali S, Complications Associated With Adjustable Gastric Banding for Morbid Obesity: A Surgeon's Guide. Can J Surg 2011;54:61-66.
34. Wittgrove AC, Clark Wesley G. Laparoscopic Gastric Bypass, Rox-en-Y-500 Patients:Technique and Results, with 3-60 Month Follow-up. Obesity Surgery 2000;10:233-239.