

*Olgu Sunumu***BARİATRİK CERRAHİ UYGULANAN BİR HASTANIN VİRJİNİA
HENDERSON'IN HEMŞİRELİK KURAMINA GÖRE ERKEN DÖNEM
HEMŞİRELİK BAKIMININ İNCELENMESİ**

Ayşe ÇELİK YILMAZ¹
Dilek AYGİN¹

Makale geliş tarihi:11.02.2019

Makale kabul tarihi:23.05.2019

ÖZET:

Günümüzde obezite cerrahisi, sadece kriterleri sağlayan obez hastalar için değil, diğer tedavi seçeneklerine yanıt vermeyen ve obeziteyle ilişkili hastalıklar bakımından risk taşıyan hastalar için de güvenilir ve etkin olarak uygulanmaktadır. Bariatrik cerrahinin başarısı için etkili ve bütüncül hemşirelik bakımı önem taşımaktadır. Cerrahi sonrası görülebilecek komplikasyonlar ve eşlik eden hastalıklar nedeniyle hemşirelik bakımın bireysel farklılıklar ve gereksinimlere dayandırılması gerekmektedir. İnsanın temel gereksinimlerine dayanan Henderson'un Hemşirelik Kuramı, hemşirelik bakımın bütüncül olarak yürütülmesine olanak sağlamaktadır. Bu makalede bariatrik cerrahi uygulanan bir hastanın Henderson'un Hemşirelik Kuramına göre hemşirelik bakımı incelendi. Kuramın bariatrik cerrahi uygulanan hastalarda hemşirelik bakımını planlama ve uygulamada kullanımının komplikasyonlarını azaltma ve yaşam şekli değişikliğine uyumu sağlamada etkili olabileceği düşünülmektedir. Aynı zamanda obez hastalarının bakımının hemşireler tarafından daha iyi anlaşılması ve bakımın kalitesinin artırılması açısından da katkı sağlayabileceği ön görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik; Herderson Hemşirelik Kuramı; Bariatrik Cerrahi; Hemşirelik Bakımı

**ANALYSIS OF EARLY NURSING CARE IN BARIATRIC SURGERY PATIENT
ACCORDING TO THE VIRGINIA HENDERSONS NURSING THEORY****ABSTRACT:**

Today, bariatric surgery is used not only for obese patients who meet the criteria but also for patients who do not respond to other treatment options and who are at risk for obesity related diseases. Effective and holistic nursing care is important for the success of bariatric surgery. Nursing care needs to be based on individual differences and needs due to after surgery complications and accompanying diseases. Henderson's Nursing Theory, which is based on the basic human needs, enables nursing care to be carried out in a holistic manner.

In this article, nursing care of a patient who underwent bariatric surgery was examined according to Henderson's Nursing Theory. It is thought that the theory can be effective in reducing the complications of planning and application of nursing care in patients undergoing bariatric surgery and ensuring adaptation to lifestyle change. At the same time, it is foreseen that the care of obese patients may contribute to better understanding of nurses and improve the quality of care.

Key Words: Nursing; Herderson Nursing Theory; Bariatric Surgery; Nursing Care.

¹ Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sakarya, Türkiye

Sorumlu Yazar: Ayşe Çelik Yılmaz, acyilmaz@sakarya.edu.tr

GİRİŞ

Hemşirelik mesleğine özgü kuramsal bilgi ve uygulamalarının sistematize edilmesinde kuram ve modellerden yararlanılmaktadır. Hemşirelik kuramları, hemşirelik mesleğine ilişkin uzmanların, sağlık kavramına, çevre ve sosyal alan arasındaki etkileşime yönelik farklı görüşlerini yansıtır. Her bir kuram ya da kavramsal model hemşirelik uygulamaları için meslek üyelerine yeni bir yol gösterir. Hemşirelik mesleğinde eğitim, yönetim, uygulama ve araştırma alanlarında kuramların kullanılması mesleki gücün artırılmasını sağlamaktadır. Hemşirelik bakımında kuram ve modellerden yararlanılması, kuramsal bilginin ışığında bakım kalitesini arttırmaktadır (Pektekin, 2013; Şengün İnan ve ark., 2013; Çelik ve Yıldırım, 2016).

Bu derlemede bariatrik cerrahi uygulanan bir hastanın Henderson'ın Hemşirelik Kuramına göre erken dönem hemşirelik bakımı incelenecektir.

Obezite ve Bariatrik Cerrahi

Obezite, gelişen ve gelişmekte olan ülkelerde sık görülen ve toplum sağlığını önemli derecede etkileyen ciddi bir sağlık problemidir (Yüksel 2016). Obezite beraberinde getirdiği komplikasyonlarla birlikte bireylerin yaşam kalitesini ve süresini olumsuz yönde etkileyen kronik bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) obeziteyi “vücutta, sağlığı bozacak şekilde aşırı yağ birikmesi” olarak tanımlanmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü [DSÖ], 2018). 2016’da 1.9 milyardan fazla insanın aşırı kilolu, 650 milyon bireyin de obez olduğu bildirilmektedir. Obeziteyi tanımlama ölçütü olarak genellikle kilogram cinsinden vücut ağırlığının, metre cinsinden boy uzunluğunun karesine bölünmesiyle bulunan “Beden Kitle İndeksi (BKİ)” kullanılır. DSÖ’nün BKİ’ye göre obezite sınıflaması; “25-29.9 kg/m² pre-obez, \geq 30.0 kg/m² obez, 30-34.9 kg/m² I. derecede obez, 35-39.9 kg/m² II. derecede obez ve \geq 40.0 kg/m² morbidobez” şeklindedir (Dünya Sağlık Örgütü [DSÖ], 2018).

Vücuttaki yağ miktarına ve dağılımına bağlı olarak hastalıkların morbidite ve mortalitesi değişkenlik göstermekte, yaşam kalitesini ve süresini olumsuz yönde etkilemektedir. Tedavisinde multidisipliner bir yaklaşım gerektiren obezite; diyet, egzersiz, davranış değişikliği, farmakolojik ve cerrahi yöntemler ile tedavi edilebilmektedir (Yüksel, 2016). Bu tedaviler arasında tıbbi beslenme tedavisinin anahtar rol oynadığı kabul edilmekte, ancak morbid obez hastalarda tek başına diyet tedavisinin başarısız olduğu bildirilmektedir (Atıla, 2014; Yorgancı ve Tırnaksız, 2007; Yüksel, 2016). Riskleri olmasına karşın tedavide etkili ve uzun süreli bir başarının sağlanabilmesi günümüzde ancak cerrahi yöntemlerle elde edilebilmekte; bu yöntemlerdeki başarılı kilo kaybı oranları ise %61 ila 95 oranlarında olmaktadır (Harrington, 2006; Khwaja ve Bonanomi, 2010; Korenkov ve ark., 2006).

Bariatrik cerrahi girişimler; mide rezervuarının küçültülerek kalori alımının sınırlandırıldığı kısıtlayıcı (restriktif) girişimler ve ince bağırsağın uzunluğunun azaltıldığı malabsorptif girişimler ve her iki etkiyi birlikte gösteren girişimler olmak üzere üç alt gruba ayrılabilir. (1) Kısıtlayıcı girişimler; ayarlanabilir gastrik bantlama ve vertikal bantlama gastroplastisi, (2) malabsorptif girişimler; duodonswitch ile birlikte olan veya tek başına biliyopankreatik diversiyon, (3) hem kısıtlayıcı, hem de malabsorptif girişim; Roux-en-Y gastrikbypass’dır (Koçtaşlı ve Öztekin, 2010). Obezite cerrahisinden beklenen hastanın fazla vücut kilolarından büyük oranda kurtulması, bunu uzun süreli koruması ve obezite ile ilişkili ortaya çıkan hastalıklar üzerine yapacağı olumlu etkilerin elde edilmesidir. Cerrahi tedavi seçenekleri içerisinde en sık uygulanan yöntemler Roux-en-Y gastrik bypass (RYGB), ayarlanabilir mide bandı ve tüp mide (sleeve gastrektomi) ameliyatlarıdır. Bütün ameliyatlar

günümüzde laparoskopik ve hatta robotik cerrahi ile yapılabilmekte ve açık cerrahiye göre daha az ağrı, yara yeri enfeksiyonu ve insizyonel herni komplikasyonları gözlenmektedir (Topuz ve ark., 2016).

Bariatrik cerrahi girişimlerde olumlu sonuçların alınmasında multidisipliner ekip içindeki uyum ve bireyselleşmiş bir bakım verilmesi büyük önem taşımaktadır. Bariatrik cerrahi geçiren hastaların hemşirelik bakımında; hastaya uygun pozisyon verilmesi, yaşam bulgularının izlemi, derin solunum ve öksürük egzersizlerinin uygulanması, ağrı yönetimi, erken mobilizasyon, yara ve dren bakımı, beslenmenin sağlanması, derin ventrombozoprofilaksisi, komplikasyonların önlenmesi ve emosyonel destek sağlanması yer almaktadır (Harrington, 2006; Aygin ve Açıl, 2015).

Virginia Henderson'ın Hemşirelik Kuramı

Virgina Henderson geliştirdiği hemşirelik kuramını insanın temel gereksinimleri üzerine temellendirmiştir. Hemşirelik pratiğinin temel odağı olarak temel insani ihtiyaçlara önem vermiş, bireyin ihtiyaçlarının belirlenmesi ve bu ihtiyaçların karşılanmasında hemşirenin rolünü vurgulamıştır. Henderson'a göre, bireyler sağlık ve bağımsızlık için ya da konforlu (rahat, barışçıl) bir ölüm yaşamak için yardıma ihtiyaç duyabilirler. Hemşire bu yardımı, birey yeterli güç, istek ya da bilgiye sahip oluncaya ve bunları yardımsız yapabilecek duruma gelinceye kadar sürdürür ve bireyi en kısa sürede bağımsızlığına kavuşturmayı amaçlar. Temel hemşirelik bakımı, hastanın modelde açıklanan on dört bileşeni bağımsız olarak yerine getirebileceği koşulları sağlamayı içerir (Alligood, 2017; Butts ve Rich, 2015). Bu bileşenler şunlardır: 1. Normal solunum, 2.Yeterli beslenme, 3.Eliminasyon, 4. Hareket ve pozisyon düzenleme, 5.Uyku ve dinlenme, 6.Uygun giyinme, 7. Beden ısısını düzenleme, 8. Beden temizliği, deri bütünlüğü, 9. Çevredeki tehlikelerden kaçınma, 10. İletişim kurma, 11. İnanışlara göre ibadet edebilme, 12. Başarı ile çalışma, 13. Eğlenme, 14. Normal gelişme için öğrenme, keşfetme, merakını gidermedir (Butts ve Rich, 2015).

Henderson'un 14 öğeden oluşan hemşirelik bakımının kuramsal kaynağı Abraham Maslow'un "Temel İnsan Gereksinimleridir (İhtiyaçların Hiyerarşisi)". Maslow'a göre bir gereksinim karşılandığında bir üst düzeydeki gereksinim ortaya çıkmaktadır (Erol ve ark., 2016). Maslow'un kuramı ile Henderson'un hemşirelik bakımı bileşenleri değerlendirildiğinde, Henderson'un fizyolojik ve güvenlik gereksinimlerine öncelik verdiği görülmektedir. Henderson tüm insanların ortak gereksinimleri olduğuna inanır, ancak iki insanın birbirine tamamen benzemediğini bu nedenle hemşirenin kişiye özel olarak gereksinimlere müdahale etmeleri gerektiğini belirtir. İnsanın biyolojik, psikolojik, sosyal ve spiritüel (manevi) boyutlarını kapsayan 14 gereksinimini ele alan Henderson, hemşirelere holistik bir bakım için yol gösterir. Hemşire gereksinimleri tanımlamalı, kişi ile birlikte uygulanabilecek önlemleri almalıdır (Alligood, 2017; Butts ve Rich, 2015).

OLGU SUNUMU

- Olgu A. erkek, 42 yaşında, şoför, ilköğretim okulu mezunu, 172 cm boyunda ve 126 kg ağırlığında (BKİ=42,5 kg/m²) olup komorbiditesi bulunmamaktadır.
- Olgu A, çocukluk dönemini normal ağırlıkta geçirdiğini ve ergenlik döneminden itibaren fazla kilolu olduğunu ifade etti.
- Ailesinde annesi ve kız kardeşi de fazla kilolu olan Olgu A, kilo alımının, hamur işi ve

şekerli gıdaları çok miktarda tükettiğinden, mesleğinden ve fiziksel aktivitesinin yetersizliğinden kaynaklandığını belirtti.

- Beslenme alışkanlıkları araştırıldığında; sabahları kahvaltı etmediğini ve bisküvi ya da poğaça ile bu öğünü geçiştirdiğini, özellikle televizyon karşısında uzun süre vakit geçirmekten ve abur cubur yemekten hoşlandığını söyledi.
- Annesi ile birlikte yaşayan Olgu A, sebze yemeklerini sevmediğini, meyveyi de nadiren tükettiğini ifade etti.
- Daha önce uzun yol şoförlüğü yapmış birkaç senedir eklem ağrıları ve araçların konforsuzluğu nedeniyle düzenli bir işte çalışmadığını, fazla kiloları nedeniyle dış görünüşünden rahatsız olduğunu belirten Olgu A, çeşitli diyetler uyguladığını fakat istendik vücut ağırlığına ulaşamadığını belirtti.
- Profesyonel diyetisyen yardımı da alan Olgu A, bu süreçte kilo kaybı görülse de sonraki süreçte verdiği kiloları geri aldığını söyledi.

Olgu izlemi

Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi-2 Servisi'nde izlemleri yapıldı. Olgu A, 14.12.2017 tarihinde Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Polikliniğine başvurmuştur. Bu tarihte muayene olmuş, cerrah tarafından morbid obez olduğu cerrahi tedavi uygulanabileceği bilgisi verilmiştir.

- Kardiyoloji, Endokrinoloji, Psikiyatri, Göğüs Hastalıkları uzmanları tarafından değerlendirilen ve tanısal endoskopi uygulanan Olgu A cerrahi işlem için Anestezi onayını almış ve belirlenen tarihte Sleeve Gastrektomi operasyonu uygulanmıştır.
- Ameliyat sonrası mide bulantısı ve ağrı şikâyetleri olan Olgu A oral yolla beslenmeye post-operatif 2. günde geçilmiş olup su ve tanesiz komposto ile diyeti başlatılmıştır.
- Post-operatif 1. günde mobilize edilmiş, hareket ettiğinde ağrısı olacağını düşündüğünden sadece tuvalete gitmek için yataktan çıkmıştır.
- İlaç tedavisinde Pandev 40 mg flakon IV 1X1, Zofer 8 mg ampul IV (LH), Dikloron 75 mg ampul IV 2X1, Sefazol 1 gr flakon IV 2X1, Isolayte şişe 1000 ml IV 2X1 bulunmaktadır. Hastanın yaşam bulguları Tablo 1'de bazı laboratuvar bulguları Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 1. Olgu A'nın Yaşam Bulguları

	Pre-operatif	Post-operatif 0. gün	Post-operatif 1. gün
Kan basıncı	135/87 mm Hg	119/72 mm Hg	136/88 mm Hg
Nabız	96/dk	94/dk	89/dk
Vücut sıcaklığı	36.5 °C	36.9 °C	37.1 °C
Solunum sayısı	20/dk	22/dk	18/dk
SpO ₂	%98	%97	%99

Tablo 2.Olgunun Bazı Laboratuvar Bulguları

	Pre-operatif	Post-operatif 0. gün	Post-operatif 1. gün
Açlık Kan Glukozu (70-100 mg/dL)	127	119	108
BUN (6-22 mg/dL)	16	12	9
Kreatinin (0.5-1.2 mg/dL)	0.87	0.94	0.76
Total protein (6-8.3 g/dL)	8	7	-
Albumin (3.2-4.9)	4.5	4.1	3.8
Total Kolesterol (120-200 mg/dL)	266	-	258
Trigliserid (50-150 mg/dL)	135	-	129
ALT (7-45 U/L)	34	32	31
AST (7-45 U/L)	17	24	18
Sodyum (135-145 mmol/L)	141	140	142
Potasyum (3.5-5.2 mmol/L)	4.6	4.1	4.3
Kalsiyum (8.8-10.6 mg/dL)	9.4	8.9	9.3
HGB (12-16 g/dL)	14.2	13.5	13.6

Henderson'un Hemşirelik Kuramına Göre Bariatrik Cerrahi Sonrası Erken Dönem Bakım Yönetimi

1. Normal solunum

Ameliyat öncesi dönemde hasta ile yapılan görüşmede hasta gece iki yastıkla uyduğunu ve horladığını ifade etmiştir. Derin solunum ve öksürük egzersizleri ameliyat öncesi dönemde hastaya öğretilmiş fakat ameliyat sonrası cerrahi insizyondan kaynaklanan ağrı nedeniyle bu egzersizleri yeterince uygulayamadığı gözlenmiştir.

Obez hastalarda batında artmış yağ dokusunun diyaframa yaptığı basıyı önlemek için hastaların başının, boynu düz olacak şekilde 30-45 derece yükseltilmesi önerilmektedir (Usta ve Çavdar, 2013). Bu doğrultuda olguya yatağında olduğu süre boyunca semi fowler pozisyonu verildi. Bariatrik cerrahi hastalarında pulmoner embolizm gelişme riskinin yüksek olması nedeniyle pulmoner emboli ve solunum sıkıntısı (dispne, siyanoz, yüzeysel solunum) belirtileri yakından izlendi. Solunum ve öksürük egzersizlerini uygulaması için cesaretlendirildi ve egzersizleri uygulaması sağlandı. Oksijen saturasyonunu değerlendirmek üzere pulse oksimetre kullanılarak aralıklı olarak izlendi. Solunum hızı, ritmi, solunum sesleri değerlendirildi. Hasta sık mobilize olması yönünde desteklendi.

Değerlendirme: Hastanın solunum sayısı 18/dk, oksijen saturasyonu %98'dir. Hastanın sekresyon çıkışı olmadı, akciğer sesleri normal olarak değerlendirildi. Derin solunum ve öksürük egzersizlerini uygulayabiliyor.

2. Yeterli beslenme

Bariatrik cerrahi sonrası oral yoldan beslenmeye geçişte bazı komplikasyonlar

gelişebilmektedir. Bunlar yanlış beslenme nedeniyle abdominal distansiyon, abdominal ağrı, bulantı, kusma, diyare, anastomoz kaçağı, dumping sendromudur. Cerrahi sonrası rutin hemşirelik bakımında komplikasyonlar açısından hastanın değerlendirilmesi elzemdir. Bu doğrultuda hemşirelerin dikkat etmesi gereken diğer belirtiler, batında belirgin şekilde sertlik, taşıkardi, halsizlik, baş dönmesi, terleme, abdominal krampdır (Aygin ve Açıl, 2015; Koçtaşlı ve Öztekin, 2010).

Post-operatif 0. günde hastaya 3000 ml IV sıvı verilmiştir. Post-operatif 2. günde berrak sıvı diyetine başlayan olguya, damar yolundan da 2000 ml/gün mayi verildi. Oral alıma başladıktan sonra mide bulantısı ve kusma gözlenmiştir. Hekim istemi ile antiemetik (Zofer 8 mg ampul IV) uygulanmış ve oral alıma ara verilmiştir. Diğer komplikasyonlar için hasta izlenmiş, başka bir bulguya rastlanmamıştır. Hastaya bulantı ve kusmanın önlenmesi için ilerleyen dönemde az ve sık aralıklarla besin alımı, öğün aralarında yudum yudum sıvı alımı, yiyeceklerin iyi çiğnenmesi, yemekten sonra pozisyonun 30 dakika dik konumda tutulmasının yararlı olacağı açıklanmıştır.

Değerlendirme: İlaç uygulaması sonrasında hastanın bulantı şikâyeti azalmış, sonraki öğünlerde oral yoldan sıvı alımına devam etmiştir.

3. Eliminasyon

Ameliyat öncesi yapılan görüşmede hasta, genelde konstipasyon sorunu olduğunu ifade etmiştir. Ameliyat sonrası defekasyon gerçekleşmemiş. Hastanın bağırsak sesleri dört kadranda da dinlenmiş ve hipoaktif sesler tespit edilmiştir. Cerrahi öncesi uzun süren açlık, cerrahi sonrası fiziksel harekette azalma, analjezik kullanımı, sıvı diyet bağırsak fonksiyonlarının yavaşlamasına dolayısıyla konstipasyona neden olmaktadır. Hastaya düzenli bağırsak ve böbrek aktivitesi için yeterli sıvı alımı, diyet ve egzersiz programına uyması gerektiği açıklanmıştır.

Değerlendirme: Hasta sık mobilize olması ve yatak içi egzersizlerini uygulaması için desteklenmiştir. Mobilizasyon sonrası hasta gaz çıkışı olduğunu fakat defekasyon gerçekleşmediğini bildirmiştir.

4. Hareket ve pozisyon düzenleme

Cerrahi sonrası bireylerin fiziksel hareketlerinde azalma olması tromboflebit, venöztromboemboli ve pulmoneremboli riskini arttırmaktadır. Bunların dışında hareketsizlik, solunum yetmezliği ve deri bütünlüğünde bozulmalara yol açabilmektedir (Aygin ve Açıl, 2015). Komplikasyonların önlenmesi ve hızlı iyileşme süreci için hastaların ameliyat sonrası ilk 24 saat içinde hareket ettirilmesi, hasta tolere edebildiği sürece günde üç kez mobilize edilmesi önerilmektedir (Usta ve Çavdar, 2013). Ameliyat öncesi dönemde hastaya yatak içinde dönme ve aktif-pasif egzersizler hakkında bilgi verilmiştir. Post-operatif 1. günde hasta refakatçisi ve bir hemşire nezaretinde destekle mobilize edilmiştir. Sonraki gün mobilizasyon sırasında, ağrısı olacağını düşündüğünden sadece tualete gitmek için yataktan çıkmıştır.

Cerrahi sonrası ağrı hastanın fiziksel hareketine ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesine engel olmakta, komplikasyonlara yol açarak sonuç olarak iyileşme sürecini uzatmaktadır. Bu nedenle cerrahi sonrası özellikle ilk 24 saatte ağrı yönetimi önem taşımaktadır (Usta ve Çavdar, 2013). Hastanın ağrısı cerrahi insizyon haricinde kötü pozisyon ya da mesane distansiyonundan kaynaklanabilir. Hemşire hastanın ağrısını değerlendirerek, önerilen

analjezik ilaçlar uygun doz ve zamanda hastaya vermelidir (Aydın ve Bulut, 2014). Ayrıca ağrı düzeyi ağrı skalaları ile de düzenli olarak değerlendirilmeli, ağrının uygun şekilde yönetildiğinden emin olunmalıdır (Aygün ve Açıl, 2015).

Değerlendirme: Analjezik uygulaması sonrası hastanın ağrısının azaldığı (Visual Analog Scale-VAS'a göre 7 iken analjezik sonrası 4 olarak ölçüldü) ve mobilize olmak için daha istekli olduğu gözlemlenmiştir. Hasta post-operatif 2. günde refakatçisinin desteği ile servis koridorunda bir kez yürümüş, bunun haricinde altı kez tuvalete gitmiştir.

5. Uyku ve dinlenme

Cerrahi girişim sonrası iyileşme sürecinde önemli bir yeri olan uyku aktivitesinin; post-operatif dönemde yaşanan akut ağrı, yatak istirahati ve hastane ortamında bulunma gibi olumsuz biyofizyolojik ve psikolojik nedenlerle etkilendiği görülmektedir (Aydın ve Bulut, 2014). Genelde uyku sorunu olmayan hasta, hastaneye yattığından beri ışık, ses ve insizyon yerindeki ağrı nedeni ile geceleri iyi uyuyamadığını ifade etmiştir. Hastanın gece yeterince uyuması (7-8 saat) ve dinlenmiş hissetmesi için ağrı yönetimi yapılmış, uygun pozisyonda uyuyabilmesi için yastık temin edilmiştir. Odadaki ışık ve sesin azaltılması sağlanmıştır.

Değerlendirme: Analjezik uygulaması ile hastanın ağrısı azaltılmıştır. Gece tuvalet ihtiyacı için iki kez uyanan hasta tekrar uykuya dalmakta zorlandığını ve yeterince dinlenemediğini ifade etmiştir.

6. Uygun giyinme

Sağlığın sürdürülmesi için iklim koşullarına ve sağlığa uygun, temiz giyinme uygun giyinme olarak tanımlanmaktadır. Hastanın giysilerinin ortamın ısısına uygun, vücuduna dar ya da çok bol gelmeyen, drenlerine veya kendine bağlı olan diğer tedavi/bakım araçlarını kısıtlamayan ve rahat hareket etmesini sağlayan nitelikte olması gerekir. Çok dar kıyafetler hem venöz dolaşımı hem de lenf dolaşımını kısıtlamakta ödeme eğilimi arttırmaktadır. Çok bol kıyafetlerin kumaş katlantılarının cilde baskısı basınç ülserlerine neden olabileceği için bireye özgü rahat kıyafetler tercih edilmelidir (Sabuncu ve ark., 2008). Bu bilgiler doğrultusunda hasta ve yakınına önerilerde bulunuldu.

Değerlendirme: Hasta kendisine bol gelen, rahat kıyafetler tercih etmektedir. Ortamın ısısına uygun olarak giyindiği gözlemlenmiştir. Kıyafetlerini değiştirmek için refakatçisinden yardım almaktadır.

7. Beden ısısını düzenleme

Cerrahi sonrası erken dönemde akciğer, idrar yolu ya da yara yeri enfeksiyonu nedeniyle hastalarda vücut sıcaklığı yükselebilmektedir. Özellikle batın ve toraks bölgesine uygulanan cerrahi işlemler sonrası ağrı nedeniyle diyafragmanın kullanımının azalması ile akciğere ilişkin komplikasyon gelişme riski artmaktadır. Hemşirelik bakımında hastanın vücut sıcaklığı takibi düzenli olarak yapılmalıdır (Aydın ve Bulut, 2014).

Değerlendirme: Beden ısısı normal sınırlarda (35,5 ile 37,1 0C arasında) ölçülmüştür.

8. Beden temizliği, deri bütünlüğü:

Obez bireylerde cilt altı yağ dokusunun fazla olması nedeniyle pansumanların

sabitlenmesi güçtür. Pansumanlar kirlendikçe ve hekim istemine uygun olarak yenilenmelidir. Cerrahi insizyon bölgesinin enfeksiyon ve ayrılma belirtileri açısından dikkatli izlemi ve dren takibi hemşirelik bakımında önemli yer tutmaktadır. Diğer yandan bu bireylerde cilt katlantı yerlerinde neme bağlı iritasyon, iltihap ve mantar enfeksiyonları gelişebilmektedir (Aygin ve Açıl, 2015; Usta ve Çavdar, 2013).

Ameliyattan önceki gün banyo yapan hastaya post-operatif 1. gün refakatçisi ile birlikte vücut bakımı (silme banyosu) yapılmıştır. Batında oluşan deri kıvrımlarında kızarıklıklar gözlemlenmiş, cilt bakımında dikkat edilmesi gerekenler hastaya açıklanmıştır. Yara yeri enfeksiyonu belirtileri hakkında hasta ve yakınına bilgi verilmiştir. Hasta akut ağrı nedeni ile kıyafet değişimi için refakatçisinden yardım almakta, diş fırçalamak, sakal tıraşı olmak gibi günlük bakımına dair eylemleri yerine getirmemektedir.

Değerlendirme: Hastanın ağrı yönetimi yapıldıktan sonra kişisel bakımını yapması için sözel olarak teşvik edilmiş, sonuç olarak hasta refakatçisinin gözetiminde ellerini ve yüzünü yıkamış, dişlerini fırçalamıştır.

9. Çevredeki tehlikelerden kaçınma

Hastanın düşme öyküsü bulunmamaktadır. İtaki Düşme Riski değerlendirildiğinde toplam skor 12 (yüksek risk) olarak hesaplanmıştır. Yatarken yatak kolluklarının kullanılmadığı gözlenmiştir. Bu doğrultuda hasta ve refakatçisine düşme ve travma riski konusunda bilgi verilmiştir. Yatak kenarlıklarının yataktayken kaldırılması, mobilize olurken hızlı hareket etmemesi, önce bir süre yatak kenarına oturması daha sonra ayağa kalkması, yürüme alanında herhangi bir engelin bulunmaması, aydınlatmanın uygun şekilde kullanılması ve gerektiğinde kullanılması için yardım butonlarının yerleri hasta ve yakınına açıklanmıştır.

Değerlendirme: Hastanın bilgilendirme sonrası önerileri dikkate aldığı ve herhangi bir travma gelişmediği gözlenmiştir.

10. İletişim kurma

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 (Koçtaşlı ve Öztekin, 2010). Hasta ile kurulan iletişimde teröpatik iletişim yöntemleri kullanıldı (göz teması kurma, yansıtma, dileme, soru sormasına izin verme vb). Hasta ile tanışma, öykü alma ve girişimler sırasında da açık iletişim sürdürüldü.

Değerlendirme: Hasta ile karşılıklı iletişim kurulabiliyor. Duygularını, gereksinimlerini, düşüncelerini ifade edebiliyor. Yapılan görüşmede hastanın tedavinin sonuçları için umutlu olduğunu, kilo verdiğinde yeni bir hayata başlamak ve aile kurmak istediğini belirtmiştir.

11. İnanışlara göre ibadet edebilme

Bütüncül bakımda bireyin değer ve inançları doğrultusunda gereksinimlerinin belirlenmesi ve karşılanması gerekir (Çetinkaya ve ark., 2007). Hastanın manevi (spiritual) gereksinimlerinin belirlenmesi, duygu ve düşüncelerini ifade edebilmesi için, uygun ortam sağlandı ve görüşme yapıldı.

Değerlendirme: Dininin bütün gereklerini yerine getirmediğini, inanışına göre dua ettiğini ve bu şekilde kendini huzurlu hissettiğini, kilo verdiğinde düzenli namaz kılmak ve oruç tutmak istediğini ifade etmektedir.

12. Başarı ile çalışma

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. Hemşire hastaların işe dönmeme nedenlerini araştırmalı ve sorunun nedenine yönelik danışmanlık hizmeti sağlamalıdır (Aydın ve Bulut, 2014).

Değerlendirme: Çalıştığı dönemde işinden doyum aldığı fakat fazla kiloları nedeni ile bir süredir çalışmadığı bilgisine ulaşılmıştır. Cerrahi tedavi sonrası istedik düzeyde kilo verdiğinde hemen işe başlamak istediğini ifade etmektedir.

13. Eğlenme

Henderson ruh ve bedenin bir bütün olduğunu ve birbirini etkilediğini belirtmiştir. Yaşamın kendisinden daha çok kalitesinin önemli olduğunu vurgulamıştır. Yaşamdan zevk alırken insanın mental ve fiziksel olarak güçlü olması gerektiğini belirtmektedir (Avşar, 2016). Bu doğrultuda hasta ile yapılan görüşmelerde gezmekten, yeni yerler görmekten ve arkadaşları ile vakit geçirmekten hoşlanan hasta uzun zamandır evden çıkmadığını sadece televizyon ile zaman geçirdiğini bildirmiştir. Hastaya taburculuk sonrası sosyal alanlarda (örn. parklar, spor salonları, yürüyüş parkurları) yürüyüş ve egzersizlerini yapabileceği, arkadaşları ile aktivite planları yapabileceği konusunda önerilerde bulunuldu.

Değerlendirme: Hastanede kendisini ziyaret eden yakınları ve arkadaşları ile sohbet eden hasta bunun kendisine iyi geldiğini bildirmiştir. Fazla kiloları nedeni ile yapamadığı ve kilo verdikten sonra yapmak istediği aktiviteleri içeren bir liste oluşturuldu.

14. Normal gelişme için öğrenme, keşfetme, merak giderme

Taburculuk sonrası verilecek hasta ve ailesinin eğitimi yoluyla, obezite cerrahisinin başarısı artmaktadır. Eğitim, obez hastaların geri kalan yaşamlarında sağlıklı olabilme adına dengeli beslenme ve egzersiz gibi aktiviteleri de sürdürmelerine olanak sağlayarak, yaşam kalitelerine önemli bir katkı sağlamaktadır (Koçtaşlı ve Öztekin, 2010). Yapılan görüşmede hastanın, tedavi ve cerrahi sonrası süreç hakkında bilgi almakta istekli fakat stresli olduğu gözlenmiştir. Hasta, verilen diyet programına uymakta güçlük çekeceğini ve kilo veremeyeceğini düşündüğünü, kilo verse bile zamanla tekrar kilo almaktan korktuğunu ifade etmiştir.

Değerlendirme: Hastanın hekimi ile görüşülerek bir taburculuk eğitimi verilmiştir. Taburculuk eğitiminde uygulayacağı diyet ayrıntılı olarak anlatılmış ve yazılı olarak da hastaya verilmiştir. Ayrıca kontrol tarihleri, komplikasyon belirtileri, yapacağı aktiviteler, ilaç kullanımı ve cinsel yaşam hakkında bilgi verilmiştir. Hastanın verilen bilgiler doğrultusunda kaygılarının azaldığı gözlemlenmiştir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Günümüzde yaygın olarak uygulanan bariatrik cerrahide hemşirelik bakımı tedavinin

başarısı etkileyen önemli bir unsurdur. Perioperatif hemşirelik bakımında bireysel farklılıklar göz önüne alınarak bütüncül bir bakım planlaması yapılmalıdır. Bu makalede bariatrik cerrahi geçiren bir hastanın hemşirelik yönetimi, Herderson Hemşirelik Modeli'ne göre ele alındı. İnsanın temel gereksinimlerine odaklanan modelin, her bir gereksinime ilişkin ayrıntılı veri toplamaya, bireyin gereksinimlerinin daha sistematik bir şekilde belirlenmesine ve bu gereksinimlere uygun daha nitelikli bir hemşirelik bakımı sunulmasına yardımcı olduğu ve klinikte uygulanabileceği sonucuna varıldı.

KAYNAKLAR

- Alligood MR. 2014. Nursing theorists and their work. 9th ed. USA: ELSEVIER; p.14-15.
- Atila K. 2014. Morbid obezitenin cerrahi tedavisi. Archives of Clinical Toxicology; 1(1):23-27.
- Avşar P. 2016. Virginia Henderson: Hemşirelik Bakımında 14 Temel Gereksinim Teorisi. İçinde: Hemşirelik Teorileri ve Modelleri (Ed. Karadağ A, Çalışkan N, Göçmen Baykara Z). 1. Baskı pp.146-164. İstanbul: Vizyon Basımevi Kağ. Mat. San. Ltd. Şti.
- Aydın E, Bulut H. 2014. Bariatrik Cerrahide Hemşirelik Bakımı. TAF PrevMedBull;13(1):77-82.
- Aygin D, Açıl H. 2015. Morbid Obezlerde Bariyatrik Cerrahi Sonrası Erken Dönem Hemşirelik Bakımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi; 4(4):604-613.
- Butts JB, Rich KL. 2015. Philosophies and Theories for Advanced Nursing Practice. 2.ed. Jones&BartlettPublishers; p. 383-93.
- Çelik A, Yıldırım Y. 2016. Orem Öz Bakım Eksikliği Hemşirelik Kuramı'na Göre Vazovagal Senkop'u Olan Hastanın Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. Journal of Cardiovascular Nursing;7(14):182-18.
- Çetinkaya B, Altundağ S, Azak A. 2007. Spiritüel Bakım ve Hemşirelik. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi;8(1):47-50.
- Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization) Health topics: Obesity. <https://www.who.int/topics/obesity/en/> (Erişim tarihi: 12.07.2018).
- Erol F, Tanrıku F, Dikmen Y. 2016. Serebrovasküler Olay Geçiren Bir Olgunun Henderson Hemşirelik Modeli'ne Göre Değerlendirilmesi: Olgu Sunumu. Çağdaş Tıp Dergisi; 6, 94-103.
- Harrington L. 2006. Postoperative care of patients undergoing bariatric surgery. Medsurg Nursing; 15(6):357-363.
- Khwaja HA, Bonanomi G. 2010. Bariatric Surgery: Techniques, Outcome and Complications. Current Anaesthesia & Critical Care; 21:31-38. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cacc.2009.10.005> (Erişim tarihi: 10.07.2018)
- Koçtaşlı S, Öztekin D. 2010. Obezite Cerrahisinde Perioperatif Bakımı. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi; 3(2):77-82.
- Korenkov M, Sauerland S, Junginger T. 2006. Obezite cerrahisi. Current Opinion in Gastroenterology; 1 (1): 36-41.
- Nicely B, De Lario, G. 2011. Virginia Henderson's Principles and Practice of Nursing Applied to Organ Donation After Brain Death. Progress in Transplantation; 21.1: 72-77.

- Şengün İnan F, Üstün B, Bademli K. 2013. Türkiye’de kuram/modelle dayalı hemşirelik araştırmalarının incelemesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*; 16:(2):132-139.
- Sabuncu N, Özhan F, Dursun S. 2008. Kişisel Hijyen ve Uygulamaları. İçinde: *Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar* (Ed. Sabuncu N). 1. Baskı pp.169-211. Ankara: Alter Yay. Rek. Org. Tic. Ltd. Şti.
- Pektekin Ç. 2013. Hemşirelik felsefesi kuramlar-bakım modelleri ve politik yaklaşımlar. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; s.105-109.
- Topuz C, Baturay F, Çakırgöz M, Ersoy A. 2014. Morbid Obezite Cerrahisi ve Anestezi. *Okmeydanı Tıp Dergisi*;30 (Ek sayı 1):56-59, (doi:10.5222/otd.suppl.2014.056)
- Usta E, Çavdar İ. 2013. Obezite Cerrahisinde (Bariyatrik Cerrahi) Hemşirelik Bakımı. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*;2(2): 71-77.
- Yorgancı K, Tırnaksız B. 2007. Morbid obezitenin cerrahi tedavisi. *Hacettepe Tıp Dergisi*; 38(4):218-222.
- Yüksel A. 2016. Bariyatrik Cerrahi Operasyonu Geçiren MorbidObez Bir Hastanın 3 Yıl Sonraki Beslenme Durumu: Olgu Sunumu. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*; 1(1): 39-45.