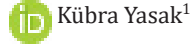


REWIEV/DERLEME

Bariatrik Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileştirme Protokolleri ve Hemşirelik Bakımı

Enhanced Recovery After Surgery and Nursing Care After Bariatric Surgery



Kübra Yasak¹



Fatma Vural²

¹ Arş. Gör., Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

² Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Geliş Tarihi: 03.11.2021, **Kabul Tarihi:** 24.09.2023

Öz

Son yıllarda tıbbi gelişmelerle birlikte ameliyat öncesi- sonrası süreçlerinde hasta bakımı kanıta dayalı uygulamalara göre yapılmaktadır. Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme (Enhanced Recovery After Surgery; ERAS) protokolü kanıta dayalı uygulamalar arasında yer almaktadır. Bu protokoller her alanda özelleştirilmiştir. Bu alanlardan biri ise bariatrik cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileştirme protokolleridir. Cerrahi hemşiresi ameliyat öncesi- sonrası olmak üzere cerrahi sürecin her noktasında aktif rol almaktadır. Bu çalışmada, hemşirelerin bariatrik cerrahi için hastaneye başvuran hastalara verecekleri bakımda kanıta dayalı uygulamalardan yararlanması, ayrıca hemşirelik alanına yeni ve kanıta dayalı bir bakış açısı kazandırması hedeflenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bariatrik Cerrahi, Hemşirelik, Kanıta Dayalı Bakım

Sorumlu Yazar: Kübra YASAK, Arş. Gör., Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye. **Email:** k.yasak@gmail.com, **Telefon:** +90 232 412 47 92.

Nasıl Atf Yapılmalı: Yasak K, Vural F. Bariatrik Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileştirme Protokolleri ve Hemşirelik Bakımı. Etkili Hemşirelik Dergisi. 2023;16(4): 562-578.

Journal of Nursing Effect published by Cetus Publishing.



Journal of Nursing Effect 2021 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Abstract

In recent years, with the medical developments, patient care is carried out according to evidence-based practices in the perioperative processes. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protocol is among the evidence-based applications. These protocols are customized in each area. One of these areas is accelerated recovery protocols after bariatric surgery. The surgical nurse takes an active role in every point of the surgical process, especially the perioperative process. In this study, it is aimed that nurses will benefit from evidence-based practices in the care they will give to patients who apply to the hospital for bariatric surgery, and also bring a new and evidence-based perspective to the field of nursing.

Keywords: Bariatric Surgery, Nursing, Evidence-Based Care

GİRİŞ

Obezite, vücut yağ kitlesinin normal kabul edilen 18.5-24.9 kg/m² düzeylerin üzerine çıkması anlamına gelmektedir ve Beden Kitle İndeksi (BKİ) olarak tanımlanır. BKİ değerlerinin 25-29.9 kg/ m² arası olması fazla kilolu, BKİ> 30kg/ m² olması ise obez olarak nitelendirilmektedir. BKİ değerlerinin > 40 kg/ m² olması ise morbid obez olarak tanımlanmaktadır ve obezitenin sonuçları açısından en fazla risk içeren grubu göstermektedir. Obezite görülme oranı açısından ve neden olduğu hastalıklar açısından en önemli sağlık sorunudur. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, bireylerin 1/3 kadarının kilolu, 1/3 kadarının da obez tanısı aldığı bilinmektedir. Obezite, yetişkinlerde olduğu gibi çocuklar arasında da çok önemli bir sağlık sorunu olmaya başlamıştır. Son günlerde Dünya genelinde yaklaşık olarak 650 milyon yetişkin ve 124 milyon çocuğun obezite tanısı olduğu belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın Hacettepe Üniversitesi ile birlikte yapmış olduğu Beslenme Araştırması ve TURDEP-II çalışmasının verileri,

ülkemizdeki yetişkinlerin 2/3 kadarının fazla kilolu veya obez olduğunu bildirmektedir. Ülkemizde yaklaşık 2.5 milyon yetişkin ise morbid obezdir (Dünya Sağlık Örgütü, 2021; Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi, 2014).

Obezitenin farmakolojik tedavisi için son yıllarda birçok tedavi ajanı onay almış olup kullanılmaya başlanmıştır. Kullanılan tedavi ajanlarının uzun vadede güvenli olup olmadığı belli olmadığı ve etkinlikleri sınırlı olduğu için obezitenin cerrahi tedavisine duyulan ihtiyaç her geçen gün daha da artmaktadır.

Bariatrik cerrahi (BC); obezitenin önlenmesi ve tedavisi için geliştirilen invaziv ya da minimal invaziv tekniklerin tümünü kapsamaktadır. BC yöntemleri kısıtlayıcı (restriktif), emilimi bozucu (malabsoritif) ve hem kısıtlayıcı hem de emilimi bozucu girişimler olmak üzere üç kategoriye ayrılmaktadır (Fencel, Walsh ve Vocke, 2015). BC, morbid obezite için en etkili tedavi olup, obezite ile ilişkili komorbiditeler üzerinde belirgin kilo kaybı ve bununla birlikte sürekli kilo kaybı ile sonuçlanır. Bariatrik cerrahi,

kilo kontrolü üzerindeki etkilerinde, kısıtlama ve emilim bozukluğu büyük rol oynamaktadır. Bu mekanizmalara ek olarak, BC ile artan inkretin hormon salınımı sonrası ortaya çıkan olumlu etkidir. Akut dönemde gıdaların ince bağırsağa hızlı geçişine bağlı glukagon benzeri peptid-1 (GLP-1), peptid YY, ve oksintomodülün düzeylerinde postprandiyal artar, ayrıca ghrelin salgısı azalır. Belirtilen hormonal değişiklikler gıda alımının ve iştahın azalmasını sağlamaktadır. GLP-1 yanıtının artmasıyla insülin düzeyleri de önemli ölçüde artmaktadır. Ameliyat sonrası erken dönemde kalori alımı azalır ve buna bağlı olarak karaciğer insülin duyarlılığında da büyük ölçüde artış olmaktadır. Dünya çapında gerçekleştirilen işlemlerin sayısı 2003 ve 2011 arasında 146.000'den 340.000'e yükselmiştir, Roux-en-Y gastrik bypass ve sleeve gastrektomi tüm işlemlerin yaklaşık %75'ini oluşturmuştur (Thorell vd., 2016).

Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme (ERAS), Hızlandırılmış Cerrahi (Fast-Track Surgery) veya Clinical Pathway programları, ameliyat sonrası hastanın fonksiyonel kapasite kaybının azaltılmasını ve iyileşme süresini hızlandırmayı amaçlayan multimodal tedavi ve bakım stratejileridir. Bu protokollerin uygulanması ile morbidite azalır ve cerrahi stresin azaltılması, ağrının optimal kontrolü, erken beslenme ve erken mobilizasyon ile hastanın günlük yaşamına dönüşü hızlandırılır. Sonuç olarak, hastanede kalış süresi azalmakta ve maliyetler de düşmektedir (Basse vd.,2002; Gustafsson vd., 2011; Thorell vd. (2016) yayınladığı kılavuz sayesinde BC öncesi, sırası ve sonrası optimal düzeyde bakım ile morbidite ve mortalite oranlarının azalacağı düşünülmektedir (Thorell vd., 2016). Bu çalışmada, hemşirelerin bariatrik cerrahi için hastaneye başvuran hastalara verecekleri bakımda kanıta dayalı uygulamalardan yararlanması hedeflenmektedir.

GELİŞME

Ameliyat Öncesi Bakım

Ameliyat Öncesi Bilgi, Eğitim ve Danışmanlık

Ameliyat hakkında bilgilendirme, cerrahi süreçle ilgili gerçekçi ve gereksinim duyulan tüm bilgileri açıklamayı gerektirmektedir. Ameliyat süreci dışında, egzersiz, spirometre kullanımı, ameliyat öncesi hazırlığı ve ameliyat sonrası sürecin nasıl olacağına dair bilgilendirme yapılmalıdır. Ameliyat öncesi bilgilendirme, sürecin aktif bir basamağıdır ve sağlık personeli ile hasta arasında iyi bir iletişim başlatır.

Bariatrik cerrahi öncesi bilgi, eğitim veya danışmanlığın etkisi hakkında çok az kanıt vardır. Ameliyat öncesi bilgilendirilmenin ve / veya hastane ziyaretinin kaygıyı azalttığı ve ameliyat sonrası iyileşme, kalış süresi ve uzun dönem sonuçlara uyumu arttırdığı gösterilmiştir. Ameliyat öncesi psikolojik bir müdahalenin, ameliyat sonrası yorgunluğu ve stresi azalttığı ve yara iyileşmesini iyileştirdiği de gösterilmiştir (Thorell vd., 2016).

Ameliyat öncesi danışmanlık; hasta memnuniyetini sağlar, anksiyete ve analjezi kullanımını azaltır, yeniden hastaneye yatışları azaltır.

Ameliyat Öncesi Rehabilitasyon ve Egzersiz

Ameliyat öncesi rehabilitasyon, hastaların cerrahi stresini azaltarak daha erken iyileşmelerini sağlamak amacıyla fonksiyonel ve fizyolojik kapasiteyi arttırmak için ameliyat öncesi fiziksel durumun iyileştirilmesini içerir. Ameliyat öncesi fizyolojik durumun artması, ameliyat sonrası fizyolojik durumun daha hızlı iyileşmesine, ameliyat sonrası komplikasyonların ve kalış süresinin azalmasına neden olur. Ameliyat öncesi rehabilitasyon akılcı olmasına rağmen, fizyolojik fonksiyonun iyileşmesi, ameliyat öncesi egzersiz ve azalmış ameliyat sonrası komplikasyonlarla

ilişkilendiren çok az kanıt vardır (Thorell vd., 2016; Topp, Swank, Quesada, Nyland ve Malkani, 2009).

Sigara ve Alkol Kullanımı

Birçok merkezde ve çoğu kılavuzda olduğu gibi, son iki yıl boyunca uyuşturucu veya alkolün kötüye kullanımı, bariatrik cerrahi için kontrendikasyon olarak kabul edilir (Fried vd., 2007). Tütün içiciliği, ameliyat sonrası morbidite ve mortalite riski ile ilişkilidir; temel olarak azalmış doku oksijenasyonu ve bunun sonucunda yara enfeksiyonları, akciğer komplikasyonları ve tromboembolizm riskini arttırmaktadır (Nicholson, Chan, Bhagirath ve Ginsberg, 2020). Ameliyat öncesi alkol ve sigara kullanımı sonlandırılmalıdır. Sigaranın, ameliyattan 30 gün önce bırakılması yararlıdır, mümkün olmayan durumlarda en az 24 saat önce sigara kullanımının sonlandırılması gerekmektedir (Thorell vd., 2016; Mills vd., 2011).

Ameliyat Öncesi Kilo Kaybı

Genellikle bariatrik cerrahi merkezlerinde ameliyat öncesi düşük kalorili diyet (DKD, 1000–1200 kcal/d) veya çok düşük kalorili diyet (ÇDKD yaklaşık 800 kcal/d) genellikle tavsiye edilir. Kilo kaybının karaciğer hacmini %16–20 oranında azalttığı gösterilmiştir. Sistemik incelemelerde, ameliyat öncesi zorunlu kilo kaybının, ameliyat sonrası kilo kaybına katkı sağladığı bildirilmektedir (Thorell vd., 2016).

Glukokortikoidler

Glukokortikoidler, anti-enflamatuar özelliklere sahiptir ve bu nedenle, stres tepkisini azaltmak için elektif cerrahide kullanılmıştır. Ayrıca ameliyat sonrası bulantı ve kusmayı azaltmak için de kullanılmıştır. Srinivasa, Kahokehr, Yu ve Hill'in (2011) yaptığı glukokortikoidlerin ameliyat sonrası sonuç üzerindeki etkisini ele alan, orta düzeyde kaliteye sahip 11 RKC'nin son sistematik bir incelemesinde ve meta-analizinde,

glukokortikoidlerin komplikasyon oranlarını azalttığı bildirilmiştir. Ameliyat sonrası bulantı-kusma üzerindeki etkiyi elde etmek için anestezi indüksiyonundan 90 dakika önce verilen minimum 2.5-5 mg deksametazon dozu gereklidir. Glukokortikoidler artmış ameliyat sonrası, özellikle infektif komplikasyonlarla ilişkili olan hiperglisemiye neden olabileceğinden, özellikle glukokortikoid uygulanıyorsa, bariatrik cerrahi geçiren hastalarda ameliyat sırasında ve sonrasında kan glukozu izlenmelidir (Thorell vd., 2016).

Ameliyat öncesi glisemik indeks kontrolünde HbA1c'nin 6.2 mmol/mol veya daha az, açlık kan glikoz düzeyinin <110 mg/dl ve tokluk kan glikoz düzeyinin <180 mg/dl olması amaçlanmalıdır. Kan glikoz düzeyi <180 mg/dl olan hastalar kan glikoz düzeyi normal seviyeye indirildikten sonra ameliyata alınmalıdır.

Ameliyat Öncesi Açlık ve Karbonhidrat Yükleme

Anesteziden iki saat öncesine kadar açık sıvı gıdalar alınabilir. Katı gıdaların alımı altı saat önceden kesilmelidir. Diyabetik hastalarda ameliyat öncesi oral karbonhidrat tedavisinin verilmesi önerilmektedir. Oral sıvıların ve karbonhidrat bakımından zengin bir içeceğin, ameliyat öncesi anksiyeteyi azalttığı gösterilmiştir. Elma suyu gibi açık renkli (berrak) ve karbonhidrat açısından zengin sıvılar önerilebilir (Thorell vd., 2016; Smith vd., 2011; American Society of Anesthesiologists, 2017).

Ameliyat öncesi anestezi indüklenmesinden iki-üç saat önce izo-osmolar içecekler alınması, ameliyat sonrası insülin direncinin azaltılmasını, ameliyat sonrası azot ve protein kayıplarının azalmasını ve yağsız vücut kitlesinin korunmasını sağlamaktadır (Thorell vd., 2016).

Ameliyat tarihinin iptal edilmesi ile hastanın oral beslenmesinin yeniden sağlanması ve

ameliyat tarihi yeniden planladığı takdirde açlık zamanının yeniden düzenlenmesi gerekmektedir (Thorell vd., 2016).

Ameliyat Öncesi Bağırsak Hazırlığı ve Tüy Temizliği

Mekanik bağırsak hazırlığı dehidratasyona neden olabilir ve sıvı ve elektrolit dengesini etkileyebilir. Bu nedenle mekanik barsak hazırlığı önerilmemektedir. Ancak uygulanması durumunda yaşlı hastalar öncelikli olacak şekilde tüm hastaların sıvı elektrolit dengesi açısından izlenmesi önerilmektedir.

Ameliyat bölgesi tüy temizliğinin cerrahi alan enfeksiyonu açısından yararlı olmadığı görülmüştür. Bu nedenle rutin tüy temizliği önerilmemektedir. Ameliyat bölgesinin daha iyi görülmesi açısından tüy temizliğinin yapılmasının istenmesi halinde, temizliğin tüy dökücü krem, jilet vb. malzemelerle yapılmaması ve tek kullanımlık, clipper adı verilen cihazların kullanılması gerektiği bildirilmektedir.

Ameliyat sonrası ağrı kontrolünün etkili bir biçimde yönetilmesi için, ameliyat öncesi anksiyete düzeyinin azaltılması gerekmektedir. Literatürde anksiyete düzeyinin yüksek olmasının, ameliyat sonrası ağrının kontrolünü zorlaştırdığı bildirilmektedir. Anksiyolitik ilaçlar ağrı skorlarını düşürebilir ve opioid gereksinimini azaltabilir. Buna karşın, anestezi induksiyonu öncesi anksiyolitik ilaçlar ameliyat sonrası sedasyonu arttırmaktadır. Bu nedenle batın ameliyatlarında ameliyat öncesi uzun süreli sakinleştiricilerin rutin olarak kullanılmaması gerektiğini önerilmektedir. BC öncesi anksiyetesi yüksek olan hastalarda nonfarmakolojik girişimlerin uygulanması ve ameliyat öncesi danışmanlık verilmesi anksiyetenin azaltılmasını kolaylaştıracaktır.

Ameliyat Sonrası Bakım

Bu dönem hastanın yaşamsal bulgularının izlemi,

sıvı dengesinin sağlanması, yara bakımı, dren takibi, olası risk faktörlerinin değerlendirilmesi ve ilaçların uygulanmasını kapsar. Bu süre ameliyattan hemen sonra başlar ve taburculuğa kadar devam eder.

Ameliyat Sonrası Ağrı Kontrolü

Bariatric cerrahi sonrası solunum fonksiyonu tehlikeye girer: obezite solunum fonksiyonunu baskılar ve düz yatma atelettaki riskini arttırabilir. Anestezi sırasında ve sonrasında kullanılan sedatif ilaçlar, ameliyat sonrası hipoksemiye neden olabilecek üst solunum yollarının tıkanmasına neden olur. Ameliyat sonrası erken dönemde pulmoner komplikasyonların önlenmesi, erken mobilizasyon ve standart solunum fizyoterapisi anahtar öğelerdir. Ağrı kontrolü hastanın yaşam kalitesinin artırılması, yara iyileşmesinin hızlandırılması ve kardiyak/pulmoner komplikasyonların önlenmesi için önemlidir. Bu nedenle hastalar ameliyat sonrası birinci günden itibaren ağrı düzeyleri düşük olduğu zamanlar içerisinde aktif olarak mobilize edilmeli ve mobilizasyon için günlük hedefleri karşılamaya teşvik edilmelidir (Thorell vd., 2016; Siyam ve Benhamou, 2007).

Tromboproflaksi

Birçok çalışmada, tromboembolik komplikasyonlar, bariatric cerrahi sonrası morbiditenin temel nedenini ve mortalitenin de %50'sini temsil etmektedir. Obezitenin kendisine ek olarak, risk faktörleri arasında venöz tromboembolizm, artmış yaş, sigara içme, varisli damarlar, kalp veya solunum yetmezliği, obstrüktif uyku apnesi (OUAS), trombofili ve östrojen oral kontrasepsiyonu yer almaktadır (Nicholson, Chan, Bhagirath ve Ginsberg, 2020; Zee, van Lieshout, van der Heide, Janssen ve Janzing, 2017; Overby vd., 2009).

Bariatric cerrahi hastaları orta derece ve daha yüksek seviyelerde tromboembolizm riski

altındadır. Bununla birlikte önleyici mekanik yöntemler, farmakolojik profilaksi ile birleştirilmelidir. Aralıklı pnömatik kompresyon ya da dereceli kompresyon çorapları gibi mekanik yöntemler kullanılmalıdır. Bariatrik cerrahi sonrası düşük moleküler ağırlıklı heparin tedavisi (DMAH) 12-24 saat sonra devam etmelidir. DMAH'nin ayrıca uzun süreli kullanımda, trombositopeni ve osteoporoz gibi heparine bağlı yan etki riskini azalttığı bilinmektedir (Zee, van Lieshout, van der Heide, Janssen ve Janzing, 2017; Guyatt, Akl, Crowther, Gutterman ve Schuünemann, 2012).

Ameliyat Sonrası Beslenme

Bariatrik cerrahi öncesi tüm hastalara uygun bir beslenme değerlendirmesi yapılmalıdır. Tamamen kısıtlayıcı prosedürlerle karşılaştırıldığında, gastrik bypass ve biliopankreatik derivasyon gibi daha fazla "agresif" malabsorptif prosedürler için daha geniş perioperatif beslenme değerlendirmesi gereklidir (Mechanick vd., 2013).

Ameliyat sonrası erken dönemde beslenme: Bariatrik cerrahi öncesi ve sonrası hastanede, hasta ve aileye beslenme ve yemek planlama konusunda rehberlik edilmeli ve daha sonraki poliklinik ziyaretlerinde takviye edilmelidir. Berrak bir sıvı yemek rejimi genellikle ameliyat sonrası birkaç saat içinde başlatılabilir. Diyetisyen ile konsültasyon yapılmalı ve cerrahi prosedür tipine bağlı olarak aşamalı yemek ilerlemesine uyulmalıdır (Thorell vd., 2016).

Hastalar, her gün çok sayıda küçük öğün planına uymalı ve aynı anda içmeden içeceklerini iyice çiğnemelidir. Dengeli yemek planı, optimum lif tüketimi, bağırsak fonksiyonu ve fitokimyasal alım için günde beş porsiyondan fazla meyve ve sebze içermelidir (Thorell vd., 2016).

Protein malnütrisyonu, malabsorptif işlemlerden sonra yıllık %1 hastanede yatış oranına neden olur ve ciddi morbiditeye yol açar. Protein alımı

günlük ortalama 60-120 gr olmalıdır. Herhangi bir bariatrik prosedürden sonra özellikle de gastrik bypasstan sonra yapay tatlandırılmış besinlerden, kalori alımını azaltmak ve dumping sendromu semptomlarını en aza indirmek için kaçınılmalıdır (Thorell vd., 2016).

Besin türü, saati ve besinin herhangi bir sindirim problemine neden olup olmadığını içeren bir günlük tutulmalıdır. Malabsorpsiyon sorunu olduğunda yağlı dışkı olabilir, büyük, sık sık, yağlı görümlü ve kötü kokulu olabilir. Bu semptomlar A, D, E, K vitamin eksikliğini gösterir ve multivitamin ve kalsiyum destek gereksinimi olabilir. Ayrıca anemi önlenmesi için B₁₂ ve demir desteği gerekebilir. Minimal beslenme takviyesi, demir içeren bir-iki yetişkin multivitamin-mineral takviyesi, 1200–1500 mg / gün kalsiyum ve B₁₂ vitamini preparasyonunu içerir (Thorell vd., 2016; Kushner , 2000).

Yeterli hidrasyonu sürdürmek için sıvılar yavaş ve yeterli miktarda tüketilmelidir (günlük 1.5 L'den fazla olmalı). Besin eksiklikleri, özellikle demir, B₁₂ vitamini, kalsiyum ve folik asit eksiklikleri için klinik ve biyokimyasal izlem yapılmalıdır (Istfan, Lipartia, Anderson, Hess ve Apovian, 2021).

Diabetes Mellitus ve Lipidlerin Tedavisi

Ameliyat sonrası glisemik kontrol, açlık kan glukozu <110 mg/dl (6.1 mmol/l) ve tokluk kan glikozu <180 mg/dl (10 mmol/l) ile HbA1c'yi 6.2 mmol/mol veya daha düşük bir seviyeye getirmeyi hedeflemelidir. Obez hastaların kan glukoz düzeyleri, Amerikan Diyabet Birliği'nin morbid olmayan bireyler için önerileriyle karşılaştırıldığında daha yüksek olsa da, bu seviye glukoz düzeylerinin bariatrik cerrahi sonrası gerçekçi ve ulaşılabilir olduğu gösterilmiştir. Hemşirelerin glisemik hedeflere ve insülin protokollerine yönelik, dekstrozsuz IV sıvıların ve düşük şekerli sıvı takviyelerinin kullanımını

iyi bilmeleri gerekmektedir. Tip 1 diyabetli obez tanısı olan hastalar hastanede kaldıkları süre boyunca intravasküler ya da subkutan insülin tedavisi almalıdır. Bariatrik cerrahiden sonra insülin tedavisinin kesilmesi sıklıkla mümkündür, ancak metformin ile tedavinin sürdürülmesi genellikle önerilmektedir. Hipoglisemi riski olmadan, hiperglisemiden mümkün olduğunca kaçınılmalıdır. Beslenme yetersizliği varsa destek beslenme ürünleri başlanabilir. Eğer hasta enteral beslenmeye uygun değilse ve yedi-on gün boyunca tolere edemeyecekse parenteral beslenme uygulanabilir (Thorell vd., 2016, Donadelli vd., 2012; Heber vd., 2010).

Lipid anormallikleri, Ulusal Kolesterol Eğitim Programı (NCEP) kurallarına göre tedavi edilmelidir. LDL-kolesterol ve trigliserit değerleri için var olan lipid düşürücü tedaviler, seviyeler istenen hedeflerin üstünde kalıyorsa, ameliyattan sonra devam edilmelidir (Grundy vd., 2019).

Ameliyat Sonrası Oksijenlenme

Obstrüktif Uyku Apnesi (Ouas) Olmayan Obez Hastalar

Ameliyattansonra,atelektazininmorbidobezlerde normal kilolu hastalarla karşılaştırıldığında daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. Bu nedenle, tüm obez hastalar OUAS varlığına bakmaksızın ameliyat sonrası oksijenlenme açısından yüksek riskli olarak kabul edilmelidir (Rösslein, 2015).

Ameliyat öncesi normal doku (periferik O₂ saturasyonu) oksijen saturasyonu değerlerine rağmen, hemen ameliyat sonrası doku oksijen saturasyonunun obez hastalarda daha düşük olduğu gösterilmiştir. Her ne kadar doku oksijen saturasyonu ve solunum fonksiyonunun ameliyattan sonraki ilk 24 saat içinde normale döndüğü bildirilmiş olsa da, minimum oksijen takviyesi süresini öneren yeterli kanıt yoktur. Bu nedenle, ameliyat sonrası oksijen

desteğinin uygulanması ve süresi hastaya göre belirlenmelidir. Ameliyat sonrası pozisyon; baş yükseltilmiş pozisyonda ya da fowler/semi fowler (eğer mümkünse) olması akciğer atelektazisini önler. Arteriyel desatürasyon, taşipne, açıklanamayan taşikardi veya hiperkarbi gibi ameliyat sonrası yetersiz ventilasyon bulguları var ise hastada pozitif basınçlı ventilasyon uygulanabilir (Rösslein, 2015).

Obstrüktif Uyku Apnesi Olan Obez Hastalar (OUAS)

Orta-yüksek riskli hastalarda ameliyat sonrası olarak pozitif hava yolu basıncı desteği düşünülmelidir. Bu hastalarda sürekli periferik oksijen saturasyonu ve solunum hızı sürekli izlenmelidir. Amerikan Uyku Tıbbı Akademisi, OUAS'li hastalarda cerrahi sonrası ilk 24 saat boyunca izlem sıklığının artırılmasını ve ayrıca opioid bazlı hasta kontrollü analjeziden kaçınılması gerektiğini önermektedir. Hastaların klinik değerlendirme sonucuna göre PACU'den taburcu edilmesi ve yeterli solunum hızı ve derinliği ile tamamen bilinçli olarak kliniğe gönderilmesi gerekmektedir (Thorell vd., 2016).

Ameliyat Sonrası Egzersiz

Ameliyat sonrası dönemde, ameliyat olan hastalar aktivite düzeylerine göre bağımlı/yarı bağımlı olarak nitelendirilirler. Bu nedenle hastaların venöz tromboemboli veya pulmoner emboli riski yüksektir. Hemşirenin, tromboemboli belirti ve bulgularına karşı uyanık olması gerekmektedir. Hastanın ameliyat öncesi aktivitelerini ameliyat sonrası dönemde de yapması sağlanmalıdır. Aynı zamanda ameliyat öncesi dönemde öğretilen ayak-bacak egzersizleri, ROM egzersizleri gibi egzersizleri ameliyat sonrası dönemde de uygulaması için teşvik edilmelidir. Bunun için hastanın cerrahi sonrası erken dönemde günde en az üç-dört kez yürümesi, en az altı saati de yatak dışında geçirmesi sağlanmalıdır (Ewens,

Kemp, Towell-Barnard ve Whitehead., 2022; Bellicha vd., 2022).

Ameliyat sonrası akut dönemde yatak içindeki aktif-pasifegzersizlere ve ambulasyona bağlı ağrı, sonraki dönemde ise günlük yaşam aktivitelerine bağlı olarak akut ağrı görülebilmektedir. Ayrıca aktivite düzeyine bağlı gelişen bağımlılı/ yarı bağımlılı olma durumu; eklem kontraktürleri, konstipasyon, pnömoni, atelektazi, basınç yarası, venöz tromboemboli gibi komplikasyonların gelişmesine neden olmaktadır. Bahsedilen komplikasyonlar sonrası ağrı şiddetini arttırmaktadır. Hastaların ameliyat sonrası ilk zamanlarında yatak içinde mobilizasyon anlarında, yataktan kalkarken ya da yatak dışı mobilizasyon zamanında ameliyat bölgelerini desteklemeleri ve sağlık profesyonellerinden destek almaları gerektiği söylenmelidir (Bellicha vd., 2022; Almarshad vd., 2020).

Ameliyat Sonrası Bulantı-Kusma

Ameliyat sonrası bulantı-kusma riski olan hastalarda gastrointestinal cerrahi ile ilgili literatürdeki veriler, hastanın ameliyat sonrası bulantı-kusma geçmişine, cerrahi tipine ve anestezi tipine bağlı olarak farklı farmakolojik ajanların kullanılmasının faydalarını göstermektedir. Ameliyat sırasında ve sonrasında multimodal müdahale belirtilir.

Bir veya iki risk faktörü olan hastalarda (kadın cinsiyet, sigara içmeme durumu, hareket hastalığı öyküsü veya ameliyat sonrası bulantı-kusma öyküsü ve ameliyat sonrası opioid uygulaması) indüksiyonda deksametazon ile profilaksi veya ameliyat sonunda bir serotonin reseptörü antagonisti (örneğin ondansetron, tropisetron) önerilmektedir.

Yüksek riskli bireylere (üç faktör ve daha fazlası) propofol ve remifentanil ile genel anestezi uygulanmalı ve uçucu anestezi ajanlar tercih edilmemelidir. Ameliyatın başlangıcında 4-8 mg

deksametazon, serotonin reseptörü antagonistleri veya ameliyat bitmeden 30-60 dakika önce 25-50 mg metoklopramid önerilmektedir.

Ameliyat sonrası hasta oral alıma başlandıktan sonra da;

- Oral sıvı miktarı sınırlandırılmalı,
- Kuru besinler tüketmesi sağlanmalı/ önerilmeli; kraker, tost, kuru tahıl, közlenmiş patates vb. besinler tercih edilmeli,
- Mide boşalmasının hızlı olmaması için yağ içeriği düşük besinler tercih edilmeli,
- Besinlerin oda sıcaklığında olması sağlanmalı /önerilmeli,
- Keskin kokulu besinler sınırlandırılmalıdır.

Taburculuk ve Evde İzlem

Hastalara taburcu olmadan önce ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonlar ve belirtileri, beslenme biçimi, kontrol tarihleri, günlük yaşam aktiviteleri ve ilaç kullanımı ile ilgili eğitim verilmelidir.

Beslenme konusunda sindirimi kolay basit proteinler (haşlanmış tavukgöğsü, balık, yumurta, hindi göğsü vb.), yumuşak gıdalar (yağsız süt, pirinç, patates püresi vb.), çorbalar (sebze, tavuk, mercimek vb.), sebzeler (pişmiş havuç, yeşil fasulye, mısır vb.) tercih edilmelidir. Basit şekerler (reçel, çikolata, tatlı hazır gıdalar vb.) tercih edilmemelidir. Yemek yerken sıvı tüketimi kısıtlanmalı, mümkünse küçük yudumlar şeklinde olmalıdır. Hastaya dumping sendromu anlatılmalı, önleyici girişimler öğretilmeli, beslenme ile ilgili ayrıntılı bilgi verilmelidir. Multivitamin ve pankreas enzim takviyesi gerekli olabilir. Bu destek tedavilerin kullanımı açıklanmalıdır.

Yara yerinin açılmasını önlemek için ağır

işlerden (zorlayıcı egzersizler, dinlenmeden yapılan günlük işler, abdominal basıncı artırıcı hareketler vb.) ve ani hareketlerden (hızlı bir şekilde yataktan kalkmak, vücut mekaniğine dikkat etmeden ve ani bir şekilde yere eğilip bir şeyler almaya çalışmak vb.) kaçınılması gerektiği önerilmektedir. Yara yerinde enfeksiyon bulguları (kızarıklık, akıntı, kötü koku, ısı artışı, ağrı) gözlemlendiğinde kuruma başvurusu gerektiği anlatılmalıdır.

Bariatrik Cerrahi uygulanan hastalarda venöz tromboemboli (VTE) riskini azaltmak için DMAH tedavisinin dört hafta süresince devam etmesi gerekmektedir. Bu nedenle hastaya ve ailesine bu uygulamayı evde nasıl sürdüreceği öğretilmelidir.

Taburculuk süreci ilk üç haftalık süreci kapsayan ilk aşama ve daha uzun süreli izlemin yapıldığı (üç-sekizinci Hafta) ikinci aşamayı ve uzun dönem izlemi kapsamaktadır.

İlk Aşama

Bu aşama taburculuktan üç hafta sonra hastanın ilk ameliyat sonrası kontrolüne kadar geçen süreyi içerir. Hastanın taburcu olması için belirli kriterlerin karşılanması gerekir. Taburculuk kriterlerine göre hasta şunları yapabilmelidir:

- berrak sıvıları alımı konusunda istekli olmalı,
- günde üç defa takviye besin (fortimel, diasip, vitasure, ensure vb.) almalı,
- bulantı ve kusmayı önleyebilmeli/yönetebilmeli (Puplampu ve Simpson, 2016),

Taburculuk hasta eğitimi, berrak sıvılardan yüksek proteinli sıvı öğün replasmanlarının dahil edilmesine kadar ilk diyet ilerlemesi hakkında sözlü ve yazılı talimatlar içermelidir. Hemşire, sıvı formda uygun yemek seçimini güçlendirmeye odaklanmalıdır. Sıvı besinlerin

hazırlanmasına yönelik açıklamalarda bulunmalı ve bu besinlerin tüketimi konusunda hastayı desteklemelidir. Bu süreç, ameliyat sonrası yara iyileşmesine, sıvı alımının artırılmasına ve ameliyat sonrasında davranışsal değişikliklerin geliştirilmesine katkı sağlar (Puplampu ve Simpson, 2016).

Hastanın taburculuk sonrası kullanacağı ilaçlar, hasta ve tüm ekip üyeleri ile tartışmalıdır. Hastaya yara bölgesinin nasıl korunacağı, yara bakımının nasıl yapılacağı ve bu konuda yardım alması gerektiği hemşire tarafından anlatılmalıdır. Hastaneye yeniden başvurusunu gerektiren belirti ve bulgular şunları içerir:

- 38 ° C'den yüksek bir sıcaklık,
- reçeteli ilaçlarla kontrol edilmeyen ağrı,
- cerrahi alanlarda kanama ve
- sıvıları tolere edememe veya yutmama (Jaklevic, 2021)

Hastanın ameliyat sonrası kontrol tarihleri tüm ekibe (cerrahi, hemşire, beslenme danışmanı gibi) bildirilmelidir. Ayrıca ameliyat sonrası destek grupları ile ilgili tüm iletişim bilgileri ve grup faaliyetleri hasta ile paylaşılmalıdır (Jaklevic, 2021).

Hastalar, hem yeterli hidrasyonun sağlanması için (örneğin, saatte 150 ml) hem de gastrik fonksiyonun uyarılması için çeşitli berrak sıvılar içeren bir beslenme biçimine sahip olmalıdır. Ameliyattan sonraki üç hafta boyunca, hastanın beslenme planı saatte 250 ml sıvı içermeli ve düşük şekerli, düşük kalorili (600 ila 800 kalori/gün), yüksek protein (60 g/gün) takviyesi içermelidir. Diyetin amacı davranış değişikliğini teşvik etmek ve kalan mide dokusu ve anastomozun ameliyattan sonra iyileşmesi için gereken zamanı sağlamaktır. Ameliyat sonrası beslenme kurallarına uyulmadığında hastalarda, midenin kalan dokusunda gerilme, özofagus

tıkanıklığı, gastroözofageal reflü, kusma, aspirasyon pnömonisi veya yara ayrılması riski artmaktadır (Fencel, Walsh ve Vocke, 2015).

İkinci Aşama

İkinci aşama ameliyat sonrası üç ile sekizinci haftaları içerir. Ameliyat sonrası erken dönemde, hasta izleminin temel hedefleri beslenme durumunu değerlendirmek, uyumsuz yeme bozukluklarını tanımlamak, potansiyel komplikasyonları değerlendirmek (herni vb.), komorbiditelerin durumunu izlemek, düzenli egzersizi teşvik etmek, kilo kaybı ilerlemesini ele almak ve kontrol etmektir. Laboratuvar değerleri (örn. B1 vitamini, B12 vitamini, magnezyum, fosfor, kan hücresi sayımı, albümin, metabolik değerler) izlenmelidir. İlk ameliyat sonrası kontrol sonrası, hastaların beslenme programları minimal veya daha küçük olan bir sonraki aşamaya geçer. Beş haftaya kadar yumuşak yiyecekler (örneğin ton balığı veya çırpılmış yumurtalar) yenmelidir. Birçok hasta aşırı ve anlık yaşam tarzı değişikliklerinde zorluk çeker. Hastaların stresli durumlarda yeme alışkanlığı var ise ve ameliyattan sonra da stresli yaşıyorlarsa, artık yemek yemeyi rahatlamak amaçlı kullanmamaları gerektiğini bilmelidirler. Bu nedenle, bariatrik cerrahi ekibi, hastanın stresten kurtulmak için yemek yeme gibi uyumsuz davranışları var ise bu davranışları nelerin tetiklediğini bilmelidir. Aynı zamanda bu zorluklarla, stresli durumlarda etkili baş edebilmesi için hastayı desteklemeli, etkili baş etme yöntemlerini öğretmelidir. Ayrıca hastalar yemeklerini bitiremiyorlarsa kendilerini yemeye zorlamamalıdır. Bu konuda hastalar uyarılması önemlidir (Gagnon ve Karwacki Sheff, 2012).

Bu sürecin sonuna doğru hastanın tam bir diyetle geçmesi sağlanır. Uzun vadeli öneriler, üç büyük yemek yerine beş veya altı küçük öğün yemek, yavaş yemek ve iyi çiğnemek, yemek

sırasında sıvı alımından kaçınmak ve kızarmış yiyeceklerden ve yağ veya şeker içeriği yüksek yiyeceklerden uzak durmaktır. Hastaların gereksinimleri değerlendirilmeli ve planlamalar buna göre yapılmalıdır. Bu süreçten sonra hastaların beslenme biçimleri tüm hayatları boyunca devam edecekleri beslenme düzeni olacaktır. Hastalara ilerleyen zamanlarda daha çeşitli yiyebileceği ve bunu tolere edebileceği söylenmelidir. Bununla birlikte kilo koruma ve sağlıklı beslenme yaşam tarzını sürdürmek için beslenme kurallarına yaşam boyu uyulması gerektiği söylenmelidir. Günlük en az iki litre sıvı alması gerektiği belirtilmelidir (Jaklevic, 2021, Gagnon ve Karwacki Sheff, 2012).

Uzun Dönem İzlem

Ameliyat Sonrası Fiziksel Sorunlar

Birçok bariatrik cerrahi hastası, aşırı kilo kaybını takiben karın-perineal bölgede, iç uyluklarda, memede ve kolların altında ciltte sarkmalar yaşar. Hastalara, plastik bir cerrahla görüşme yapmadan önce maksimum kilo kaybını elde etmek için 18 ila 24 ay beklemeleri önerilir. Bu süreçte egzersizle kilo kaybını desteklemeleri hastaların sarkma yaşama ihtimalini azaltmakla birlikte plastik cerrahi ameliyatları için de daha az girişim yapılmasını sağlayacaktır (Jaklevic, 2021).

Bariatrik cerrahinin başarısı çeşitli sonuç ölçütleri kullanılarak değerlendiriliyor olsa da, kilo kaybı başarıyı değerlendirmek için en sık kullanılan ölçüm aracıdır. Gagnon ve Sheff (2012), bariatrik cerrahi hastalarında ameliyat başarısının ameliyattan bir yıl sonra %50'den fazla vücut ağırlığı kaybına eşdeğer olarak ve başarısızlığın ise vücut ağırlığının %30'dan az kilo kaybı olarak tanımlamaktadır. Literatürde kısıtlayıcı prosedürler (örn., Mide bandı, kol gastrektomi) için %50-80'lik bir kilo kaybı ve malabsorptif prosedürler (örn., Gastrik bypass,

biliopankreatik) için %60-80'lik bir kilo kaybı olarak açıklanmaktadır. Uzun vadeli başarı büyük ölçüde hastanın motivasyonuna, diyet ve egzersize uyumuna bağlıdır. Ek olarak, hastalar kişisel başarı sadece kilo verme yüzdesine değil, aynı zamanda komorbiditelerin iyileştirilmesine ve alınan ilaçların azaltılmasına da bağlanabilir. Literatür bariatric cerrahi ameliyatı geçiren hastaların beş yıl boyunca takip edilmelerini ve olası vitamin ve mineral eksikliklerini (örn. B12 vitamini, D vitamini, kalsiyum, demir) tanımlamak için yıllık laboratuvar bulgusu takibini önermektedir (Parrot vd., 2017).

Ameliyat sonrası hastalarda yapılan etkili takiplerin ameliyat sonrası komplikasyonları azaltarak yeniden günlük yaşamlarına dönüşlerini ve uyumlarını kolaylaştırdığı bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda hasta izlemlerinde ameliyat sonrası yüz yüze görüşmeler ve takibin yanı sıra web tabanlı eğitimler, mobil uygulamalar ile hasta takipleri, teletıp yönteminin kullanımı, video yardımlı yöntemlerin uygulanması gibi birçok farklı uygulamanın olduğu görülmektedir. Bu yöntemlere ek olarak Whatsapp veya Facebook gibi sosyal medya uygulamalarında da gruplarla hasta takibi yapıldığı görülmektedir. Literatürde bu yöntemlerin her birinin farklı açılardan avantajları olduğu görülmektedir. Ancak kendi içlerinde bazı dezavantajlara sahip olan bu yöntemlerin eksik yönleri giderilerek ya da kombine kullanımları ile hasta takipleri açısından dezavantajlarının azaltılabileceği düşünülmektedir. Hastaların bilgi düzeyinin artırılmasına yönelik yapılan yöntemler hastalar açısından faydalı olmakla birlikte davranış değişikliğini sağlamada sınırlı kalmaktadır.

Chotiyarnwong, Boonnasa, Chotiyarnwong ve Unnanuntana (2021) ve Dahodwala, Geransar, Babion, de Grood ve Sargious (2018) yaptığı çalışmalar hastaların video destekli yöntemler içerisinde sadece bilgi içeren videolardan

memnuniyet düzeyleri düşük olmakla birlikte bilgi verirken aynı zamanda uygulamalı olarak gösteren videolar için memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Başka bir çalışmada ise, yüz yüze görüşmelerde hastalar çift taraflı iletişim kurduklarını dile getirirken, diğer yöntemleri bu açıdan dezavantajlı gördüğünü iletmislerdir. Bu nedenle hastalarda uzun dönem takip için seçilecek yöntemlerin hastalarla çift taraflı iletişimi sağlayacak şekilde interaktif olması yararlı olacaktır.

Ameliyat Sonrası Psikolojik Sorunlar

Morbid obezite ile ilgili psikolojik sorunlar, bariatric cerrahi sonuçlarını tartışılmaz bir şekilde etkilemektedir. Ameliyattan önce hastaların yaklaşık 2/3'ünde en az bir psikiyatrik tanı olduğu bildirilmektedir. Lier ve arkadaşlarının (2013) ve Kalarchian ve arkadaşlarının (2007) yaptığı ve ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası bir yılda yapılan takiplerde psikiyatrik hastalıklar üzerine yapılan çalışmalarda hastaların %66'sının yaşam boyu en az bir Eksen I tanısı (majör ruhsal bozukluklar dahil klinik bozukluklar) öyküsünün olduğu görülmüştür. Ayrıca, bu grubun %29'unda bir veya daha fazla Eksen II bozukluğu (altta yatan yaygın kişilik bozuklukları) bulunurken, %27'sinde ömür boyu aşırı yeme bozukluğu görülmüştür (Dawes vd., 2016; Beck, Mehlsen ve Støving, 2012). Literatürde morbid obez hastalarda duygu durum bozuklukları ve kişilik bozuklukları, yıkıcı yeme davranışları ve olumsuz beden imajı gibi özelliklerin çok yaygın olduğu bildirilmektedir. Bariatric cerrahi sonrası sağlanan kilo kaybının bu sorunların bazılarını iyileştirse de, iyileşme geçici görünmektedir. Hastanın ruh hali başarılı kilo kaybı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Ancak kilo kaybı psikolojik sorunlarının iyileştirilmesine daha geçici bir etkiye sahiptir (Dawes vd., 2016; Beck, Mehlsen ve Støving, 2012; Driscoll, S., Gregory, Fardy ve Twells, 2016).

Bariatrik popülasyonda depresif bozukluklar en sık görülen psikolojik sorunlardır ve bunu anksiyete bozukluğu izlemektedir. Bariatrik cerrahi hastalarında depresif bozukluk insidansı, literatürde %4.4 ile %53 arasında değişmektedir. Depresif bozukluklar, olumsuz duygu durum ve iştaha tepki olarak fiziksel işlevi olumsuz yönde etkilemektedir ve yemek yemeyi arttırmaktadır. Kadın hastalar erkek hastalara göre depresyona daha yatkın olsa da, ameliyat sonrası psikolojik gelişimleri daha olumlu yönde olmaktadır (Dawes vd., 2016; Beck, Mehlsen ve Støving, 2012; Driscoll, S., Gregory, D. M., Fardy, J. M., & Twells).

Depresyon ve anksiyete bozuklukları en yaygın sorunlar olmakla birlikte, diğer sorunlar da dikkat çekici olduğu görülmektedir. Bariatrik popülasyonda yüksek somatizasyon (%29.3), sosyal fobi (%18), hipokondriyaz (%15) ve obsesif kompulsif bozukluk (%13.6) da görülebilmektedir. Alshammari vd.'nin yaptığı çalışmada (2022) bariatrik cerrahi kliniğinde tedavi edilen bir grup hasta, histrionik, sınırda, şizotipal ve pasif agresif olmak üzere %72 kişilik bozukluk insidansı göstermiştir. Literatür ile karşılaştırıldığında, bariatrik cerrahi geçiren hastaların psikopatik olarak sapkın veya kişilik özelliklerinde düzensiz olduğu bulunmuştur. İlginç bir şekilde, %32.6'sında yaşam boyu madde kullanım bozukluğu tanısı vardır, bu da madde kullanımını ve kilo sorunlarının bazı ortak temelleri paylaşabileceğini düşündürmektedir. Yapılan literatür taramasında bir kişinin subjektif kontrol kaybına maruz kaldığı kısa bir süre içinde objektif olarak büyük miktarda yiyecek tüketilmesi ile belirlenen aşırı yeme bozukluğu (BED), ameliyat öncesi morbid obezlerde kapsamlı bir şekilde incelenmiştir. BED, bariatrik popülasyonda %4 ile %50 arasında görülmüştür. Bu hastaların daha depresif belirtilere sahip olduğu, aniden ve aşırı yemek yeme veya gece yeme gibi yeme

davranışları bulunduğu bildirilmektedir (Lier, Biringier, Stubhaug ve Tangen, 2013; Major vd., 2020; Kubik, Gill, Laffin ve Karmali, 2013; Marino vd., 2012; Müller, Mitchell, Sondag ve de Zwaan, 2013). Genel olarak, ruhsal sağlık, bariatrik cerrahi ameliyatından sonraki ilk birkaç yıl içinde iyileşme eğilimindedir, ancak pozitif dönüşüm kalıcı olmayabilir. Büyük kilo kaybı depresyonu, anksiyete semptomlarını, paranoid düşünceyi azaltabilir ve kişiler arası ilişkileri geliştirebilir.

Literatürde bariatrik cerrahi sonrası destek gruplarının hastaların özellikle ameliyat sonrası ilk altı ayda kilo vermeleri konusunda oldukça destekleyici olduğu aynı zamanda da hastaların ameliyat öncesi psikolojik sorunlarının üstesinden gelmesi ile ilgili de olumlu sonuçlar sağladığı bildirilmektedir. Destek grupların en az üç en fazla 10 toplantı olacak şekilde planlama yapıldığı ve hastaların ortalama olarak beş toplantıya katıldıkları belirtilmiştir. Bu nedenle yapılacak toplantı planlarının iki ayda bir şekilde planlanmasının yararlı olduğu düşünülmektedir. Hastalar için planlanacak olan destek grupların içeriğinin beslenme ve egzersiz açısından da desteklenmesi gerektiği, bu şekilde uyumu daha da artırarak ameliyat sonrası geçirilen sürenin hasta açısından daha yararlı geçirilebileceği vurgulanmaktadır. Planlanan toplantıların cerrah ve hemşire ile birlikte yürütülmesi gerektiğini belirten çalışmalar da vardır. Bazı çalışmalar ameliyat sonrası yapılan destek grup toplantılarının, ameliyat öncesinde başlanmasının ameliyat sonrasında uyumu artıracağını belirtmektedir (Livhits vd., 2011; Parretti, Hughes ve Jones, 2019).

Abela, Stevens, Reddy ve Soldin'in (2011) çalışmasında da destek grubun haricinde bazı hastalar her doktor kontrolü sonrası bariatrik cerrahi alanında uzmanlaşmış bir hemşire ile

görüşmelerinin ameliyat sonrası uyumlarının artırdığı, görüşme imkanlarının olmaması durumunda iyileşme ve uyum süreçlerinde kopmalar olabileceğini düşündüklerini ifade etmişlerdir. Bu ifadelere ek olarak hastanelerde bariatric cerrahi alanında uzmanlaşmış bir hemşirenin olmasının ve hastaların kontrol günlerinde poliklinikte bulunmasının yararlı olacağı görüşü savunulmaktadır. Hastaların ameliyat sonrası ilk iki yıl süre ile izlenmesinin önemli olduğu vurgulanmaktadır.

SONUÇ

Günümüzde hemşirelerin hızlandırılmış iyileştirme protokollerinde yer alan rollerini rutin hasta bakımına yansıtmasına karşın bu rollerin hızlandırılmış iyileştirme protokolleri kapsamında sistematik hale getirilerek uygulanması gerekmektedir. Bariatric cerrahi sonrası hastanın bakımında bütüncül bakış açısıyla hastanın değerlendirilmesi gerekir. Hemşireler, bariatric cerrahi öncesi ve sonrasında gelişebilecek komplikasyonlar için risk faktörlerinin farkında olmalı ve erken tanılanması/önlenmesi için hem hasta hem hastane olanaklarını da değerlendirerek kanıta dayalı rehberlerin önerileri doğrultusunda gerekli girişimleri uygulamalıdır. Hastaların ameliyattan sonra yeni yaşamına ve yeni beslenme şekline uyum sağlaması için, etkili kilo kaybını sağlamak, ruhsal sağlığın iyileştirilmesine katkıda bulunmak için destek grup oturumları gibi interaktif yöntemleri kullanarak hastaları izlem süreci boyunca en az iki yıl desteklemeleri yararlı olacaktır.

Bilgilendirme

Derlemede herhangi bir potansiyel çıkar çatışması bulunmamaktadır. Derleme makale olması nedeniyle etik kurul ve kurum izni alınmamıştır. Derleme makale hazırlanırken yayın etiğine uyulmuştur. Derlemenin Fikir:

KY, FV; Tasarım: KY, FV; Literatür tarama: KY; Eleştirel inceleme: FV; Yazma: FV katkı sağlamıştır.

KAYNAKLAR

Dünya Sağlık Örgütü 2021 (World Health Organization). Obesity and overweight. [online] URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010. 2014, [online] URL: <https://www.saglik.gov.tr/TR,4736/turkiye-beslenme-ve-saglik-arastirmasi-2010-yayinlandi.html>

Thorell, A., MacCormick, A. D., Awad, S., Reynolds, N., Roulin, D., Demartines, N., Vignaud, M., Alvarez, A., Singh, P. M., & Lobo, D. N. (2016). Guidelines for Perioperative Care in Bariatric Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations. *World journal of surgery*, 40(9), 2065–2083. <https://doi.org/10.1007/s00268-016-3492-3>

Basse, L., Raskov, H. H., Hjort Jakobsen, D., Sonne, E., Billesbølle, P., Hendel, H. W., Rosenberg, J., & Kehlet, H. (2002). Accelerated postoperative recovery programme after colonic resection improves physical performance, pulmonary function and body composition. *The British journal of surgery*, 89(4), 446–453. <https://doi.org/10.1046/j.0007-1323.2001.02044.x>

Gustafsson, U. O., Hausel, J., Thorell, A., Ljungqvist, O., Soop, M., Nygren, J., & Enhanced Recovery After Surgery Study Group (2011). Adherence to the enhanced recovery after surgery protocol and outcomes after colorectal cancer surgery. *Archives of surgery (Chicago, Ill. : 1960)*, 146(5), 571–577. <https://doi.org/10.1001/archsurg.2010.309>

- Topp, R., Swank, A. M., Quesada, P. M., Nyland, J., & Malkani, A. (2009). The effect of prehabilitation exercise on strength and functioning after total knee arthroplasty. *PM & R : the journal of injury, function, and rehabilitation*, 1(8), 729–735. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2009.06.003>
- Fried, M., Hainer, V., Basdevant, A., Buchwald, H., Deitel, M., Finer, N., Greve, J. W., Horber, F., Mathus-Vliegen, E., Scopinaro, N., Steffen, R., Tsigos, C., Weiner, R., Widhalm, K., & Bariatric Scientific Collaborative Group Expert Panel (2007). Interdisciplinary European guidelines for surgery for severe (morbid) obesity. *Obesity surgery*, 17(2), 260–270. <https://doi.org/10.1007/s11695-007-9025-2>
- Mills, E., Eyawo, O., Lockhart, I., Kelly, S., Wu, P., & Ebbert, J. O. (2011). Smoking cessation reduces postoperative complications: a systematic review and meta-analysis. *The American journal of medicine*, 124(2), 144–154.e8. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2010.09.013>
- Srinivasa, S., Kahokehr, A. A., Yu, T. C., & Hill, A. G. (2011). Preoperative glucocorticoid use in major abdominal surgery: systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Annals of surgery*, 254(2), 183–191. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3182261118>
- Smith, I., Kranke, P., Murat, I., Smith, A., O’Sullivan, G., Søreide, E., Spies, C., in’t Veld, B., & European Society of Anaesthesiology (2011). Perioperative fasting in adults and children: guidelines from the European Society of Anaesthesiology. *European journal of anaesthesiology*, 28(8), 556–569. <https://doi.org/10.1097/EJA.0b013e3283495ba1>
- American Society of Anesthesiologists. (2017). Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration: Application to Healthy Patients Undergoing Elective Procedures: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration. *Anesthesiology*, 126(3), 376–393. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000001452>
- Siyam, M., & Benhamou, D. (2007). Prise en charge anesthésique d’un adulte atteint d’un syndrome d’apnées obstructives du sommeil (SAOS) [Anaesthetic management of adult patients with obstructive sleep apnea syndrome]. *Annales francaises d’anesthesie et de reanimation*, 26(1), 39–52. <https://doi.org/10.1016/j.annfar.2006.06.022>
- Nicholson, M., Chan, N., Bhagirath, V., & Ginsberg, J. (2020). Prevention of Venous Thromboembolism in 2020 and Beyond. *Journal of clinical medicine*, 9(8), 2467. <https://doi.org/10.3390/jcm9082467>
- Zee, A. A., van Lieshout, K., van der Heide, M., Janssen, L., & Janzing, H. M. (2017). Low molecular weight heparin for prevention of venous thromboembolism in patients with lower-limb immobilization. *The Cochrane database of systematic reviews*, 8(8), CD006681. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006681.pub4>
- Overby, D. W., Kohn, G. P., Cahan, M. A., Galanko, J. A., Colton, K., Moll, S., & Farrell, T. M. (2009). Prevalence of thrombophilias in patients presenting for bariatric surgery. *Obesity surgery*, 19(9), 1278–1285. <https://doi.org/10.1007/s11695-009-9906-7>
- Guyatt, G. H., Akl, E. A., Crowther, M., Gutterman, D. D., Schünemann, H. J., & American College of Chest Physicians

Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis Panel (2012). Executive summary: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*, 141(2 Suppl), 7S–47S. <https://doi.org/10.1378/chest.1412S3>

Mechanick, J. I., Youdim, A., Jones, D. B., Garvey, W. T., Hurley, D. L., McMahan, M. M., Heinberg, L. J., Kushner, R., Adams, T. D., Shikora, S., Dixon, J. B., Brethauer, S., American Association of Clinical Endocrinologists, Obesity Society, & American Society for Metabolic & Bariatric Surgery (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. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 21 Suppl 1(0 1), S1–S27. <https://doi.org/10.1002/oby.20461>

Kushner R. (2000). Managing the obese patient after bariatric surgery: a case report of severe malnutrition and review of the literature. *JPEN. Journal of parenteral and enteral nutrition*, 24(2), 126–132. <https://doi.org/10.1177/0148607100024002126>

Istfan, N. W., Lipartia, M., Anderson, W. A., Hess, D. T., & Apovian, C. M. (2021). Approach to the Patient: Management of the Post-Bariatric Surgery Patient With Weight Regain. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 106(1), 251–263. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa702>

Donadelli, S. P., Junqueira-Franco, M. V., de Mattos Donadelli, C. A., Salgado, W., Jr, Ceneviva, R., Marchini, J. S., Dos Santos, J. E., & Nonino, C. B. (2012). Daily vitamin

supplementation and hypovitaminosis after obesity surgery. *Nutrition (Burbank, Los Angeles County, Calif.)*, 28(4), 391–396. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2011.07.012>

Heber, D., Greenway, F. L., Kaplan, L. M., Livingston, E., Salvador, J., Still, C., & Endocrine Society (2010). Endocrine and nutritional management of the post-bariatric surgery patient: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 95(11), 4823–4843. <https://doi.org/10.1210/jc.2009-2128>

Grundy, S. M., Stone, N. J., Bailey, A. L., Beam, C., Birtcher, K. K., Blumenthal, R. S., Braun, L. T., de Ferranti, S., Faiella-Tommasino, J., Forman, D. E., Goldberg, R., Heidenreich, P. A., Hlatky, M. A., Jones, D. W., Lloyd-Jones, D., Lopez-Pajares, N., Ndumele, C. E., Orringer, C. E., Peralta, C. A., Saseen, J. J., Yeboah, J. (2019). 2018

AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APHA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Blood Cholesterol: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 73(24), 3168–3209. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.11.002>

Rösslein M. (2015). Erwachsene Patienten mit obstruktiver Schlafapnoe (OSA) - Perioperatives Management [Perioperative management of adult patients with obstructive sleep apnea]. *Anesthesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie* : AINS, 50(3), 174–184. <https://doi.org/10.1055/s-0041-100965>

Ewens, B., Kemp, V., Towell-Barnard, A., &

- Whitehead, L. (2022). The nursing care of people with class III obesity in an acute care setting: a scoping review. *BMC nursing*, 21(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00760-7>
- Bellicha, A., Ciangura, C., Roda, C., Torcivia, A., Aron-Wisnewsky, J., Poitou, C., & Oppert, J. M. (2022). Effect of exercise training after bariatric surgery: A 5-year follow-up study of a randomized controlled trial. *PloS one*, 17(7), e0271561. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271561>
- Almarshad, F. M., Almegren, M., Alshuaibi, T., Alobaodi, N., Almutawa, A., Basunbl, H., AlGahtani, F., & Al Rawahi, B. (2020). Thromboprophylaxis after bariatric surgery. *Blood research*, 55(1), 44–48. <https://doi.org/10.5045/br.2020.55.1.44>
- Puplampu T, Simpson S. Nursing care of the bariatric surgery patient. In: Agrawal S. (eds) obesity, bariatric and metabolic surgery. Springer, Cham. 2016.
- Jaklevic M. C. (2021). The Push for Earlier Bariatric Surgery for Adolescents With Severe Obesity. *JAMA*, 325(22), 2241–2242. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.7912>
- Fencl, J. L., Walsh, A., & Vocke, D. (2015). The bariatric patient: an overview of perioperative care. *AORN journal*, 102(2), 116–131. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2015.05.007>
- Gagnon, L. E., & Karwacki Sheff, E. J. (2012). Outcomes and complications after bariatric surgery. *The American journal of nursing*, 112(9), 26–37. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000418920.45600.7a>
- Parrott, J., Frank, L., Rabena, R., Craggs-Dino, L., Isom, K. A., & Greiman, L. (2017). American Society for Metabolic and Bariatric Surgery Integrated Health Nutritional Guidelines for the Surgical Weight Loss Patient 2016 Update: Micronutrients. *Surgery for obesity and related diseases : official journal of the American Society for Bariatric Surgery*, 13(5), 727–741. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2016.12.018>
- Chotiyarnwong, P., Boonnasa, W., Chotiyarnwong, C., & Unnanuntana, A. (2021). Video-based learning versus traditional lecture-based learning for osteoporosis education: a randomized controlled trial. *Aging clinical and experimental research*, 33(1), 125–131. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01514-2>
- Dahodwala, M., Geransar, R., Babion, J., de Grood, J., & Sargious, P. (2018). The impact of the use of video-based educational interventions on patient outcomes in hospital settings: A scoping review. *Patient education and counseling*, 101(12), 2116–2124. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.06.018>
- Dawes, A. J., Maggard-Gibbons, M., Maher, A. R., Booth, M. J., Miake-Lye, I., Beroes, J. M., & Shekelle, P. G. (2016). Mental Health Conditions Among Patients Seeking and Undergoing Bariatric Surgery: A Meta-analysis. *JAMA*, 315(2), 150–163. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.18118>
- Beck, N. N., Mehlsen, M., & Støving, R. K. (2012). Psychological characteristics and associations with weight outcomes two years after gastric bypass surgery: Postoperative eating disorder symptoms are associated with weight loss outcomes. *Eating behaviors*, 13(4), 394–397. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.06.001>
- Driscoll, S., Gregory, D. M., Fardy, J. M., & Twells, L. K. (2016). Long-term health-related quality of life in bariatric surgery patients: A systematic review and meta-analysis. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 24(1), 60–70. <https://doi.org/10.1002/oby.23118>

org/10.1002/oby.21322

Alshammari, S. A., Alassiri, M. A., Allami, H. A., Almousa, H. M., Alobaid, A. S., Ismail, D. H., & Bin Onayq, A. I. (2022). The Prevalence of Depression and Anxiety in Post-bariatric Surgery Patients at King Khalid University Hospital, Riyadh. *Cureus*, *14*(12), e32500. <https://doi.org/10.7759/cureus.32500>

Lier, H. Ø., Biringer, E., Stubhaug, B., & Tangen, T. (2013). Prevalence of psychiatric disorders before and 1 year after bariatric surgery: the role of shame in maintenance of psychiatric disorders in patients undergoing bariatric surgery. *Nordic journal of psychiatry*, *67*(2), 89–96. <https://doi.org/10.3109/08039488.2012.684703>

Major, P., Stefura, T., Dziurawicz, B., Radwan, J., Wysocki, M., Małczak, P., & Pędzwiatr, M. (2020). Quality of Life 10 Years After Bariatric Surgery. *Obesity surgery*, *30*(10), 3675–3684. <https://doi.org/10.1007/s11695-020-04726-7>

Kubik, J. F., Gill, R. S., Laffin, M., & Karmali, S. (2013). The impact of bariatric surgery on psychological health. *Journal of obesity*, *2013*, 837989. <https://doi.org/10.1155/2013/837989>

Marino, J. M., Ertelt, T. W., Lancaster, K., Steffen, K., Peterson, L., de Zwaan, M., & Mitchell, J. E. (2012). The emergence of eating pathology after bariatric surgery: a rare outcome with important clinical implications. *The International journal*

of eating disorders, *45*(2), 179–184. <https://doi.org/10.1002/eat.20891>

Müller, A., Mitchell, J. E., Sondag, C., & de Zwaan, M. (2013). Psychiatric aspects of bariatric surgery. *Current psychiatry reports*, *15*(10), 397. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0397-9>

Livhits, M., Mercado, C., Yermilov, I., Parikh, J. A., Dutson, E., Mehran, A., Ko, C. Y., Shekelle, P. G., & Gibbons, M. M. (2011). Is social support associated with greater weight loss after bariatric surgery?: a systematic review. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, *12*(2), 142–148. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2010.00720.x>

Parretti, H. M., Hughes, C. A., & Jones, L. L. (2019). ‘The rollercoaster of follow-up care’ after bariatric surgery: a rapid review and qualitative synthesis. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, *20*(1), 88–107. <https://doi.org/10.1111/obr.12764>

Abela, C., Stevens, T., Reddy, M., & Soldin, M. (2011). A multidisciplinary approach to post-bariatric plastic surgery. *International journal of surgery (London, England)*, *9*(1), 29–35. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2010.10.002>