



Aylin Güçlü<sup>1</sup>, Pınar Tunç Tuna<sup>2</sup>, Dr. Şerife Kurşun<sup>3</sup>

Geliş/Received : 18.10.2016  
Kabul/Accepted : 12.06.2017

### Öz

Bariatrik cerrahi; yaşam kalitesini artıran, obeziteyi azaltarak ya da ortadan kaldırarak kronik hastalıkları ve mortaliteyi azaltan uzun dönem kilo kaybı için bir alternatif olarak son yıllarda uygulanmaya başlayan bir cerrahi girişimdir. Bu cerrahi girişim yalnızca diyet ve egzersizle tedavi olamayan üçüncü derece obezite ve Morbid obez olan bireylerde sürekli kilo kaybı sağlayan en etkili yöntem olarak kabul edilmektedir. Bariatrik cerrahinin başarılı olabilmesi için; ameliyat öncesi dönemde hasta hazırlığının uygun biçimde yapılması, bariatrik cerrahi hakkında deneyimli ameliyathane ekibinin olması ve ameliyat sonrası dönemde kaliteli ve yeterli bakımın sunulması gerekir. Bu nedenle hemşirelerin bariatrik cerrahide hemşirelik bakımından haberdar olmaları gerekmektedir. Bu makale bariatrik cerrahi ve bariatrik cerrahideki perioperatif hemşirelik bakımını sunmak amacıyla hazırlanmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Bariatrik cerrahi, Obezite, Perioperatif, Hemşirelik bakımı

### Abstract

Bariatric surgery, which has begun to be implemented in recent years as an option for long-term weight loss, is a surgical procedure that improves quality of life, reduces chronic diseases and mortality by reducing or completely eliminating obesity. This surgical intervention is considered the most effective method for achieving permanent weight loss in individuals with a third degree of obesity and morbid obesity, who cannot be treated with only diet and exercise. For the success of bariatric surgery, the patient should be prepared properly in the preoperative period, the presence of a team with previous bariatric surgery experience in the operating room should be ensured and adequate and quality postoperative care should be provided. Therefore, the nurses should be acquainted with nursing care in bariatric surgery. This article was prepared with the aim of presenting perioperative nursing care in bariatric surgery.

**Key words:** Bariatric surgery, Obesity, Perioperative, Nursing care

1 Öğr. Gör.; Yüksek İhtisas Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD, Ankara  
2 Arş. Gör.; Selçuk Ü. Akşehir Kadir Yallagöz Sağlık Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD, Konya  
3 Yrd. Doç.; Selçuk Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD, Konya

## Giriş

Bariatrik cerrahi, obez hastalar için kilo kaybını sağlamak amacıyla geliştirilmiş bir tedavi yöntemidir (1-3). Bariatrik cerrahi uygulamaları; kısıtlayıcı, emilimi bozucu ve hem kısıtlayıcı hem de emilimi bozucu şeklinde sınıflandırılır (1,4,5). Metabolik ve bariatrik cerrahi için Amerikan Metabolik ve Bariatrik Cerrahi Birliği'ne göre 2013 yılında Amerika'da 179.000 bariatrik cerrahi ameliyatı yapılmış ve 2011 yılından itibaren bariatrik cerrahi ameliyatlarında %15'lik bir artış olmuştur. Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Başkanlığının (2014) "Türkiye'de Obezite Tedavisinde Obezite Cerrahisinin Yeri" adlı raporunda Türkiye'de bariatrik cerrahi uygulanan vaka sayıları; 2008 yılında 2197, 2010 yılında 3268, 2012 yılında 4511 olarak verilmiştir ve yıllık yeni obezite vaka sayıları da giderek artmaktadır (7).

Bariatrik cerrahi için sağlık ekibi cerrahlar, hemşireler, diyetisyenler ve psikologlardan oluşmaktadır (8). (kaynak parantez içine alınmamış). Ekibin bir parçası olan hemşireler en iyi klinik sonuçların alınmasında önemli rol oynamaktadır. Bununla birlikte hemşirelerin bariatrik cerrahinin perioperatif aşamalarında ana bakım sağlayıcısı olma, bireylere özgü duygusal, fiziksel ve sosyal problemlere yönelik hemşirelik bakımının sunulmasına ilişkin sorumlulukları vardır (8,10).

**Tablo 1.** BKİ kategorileri

Kategori	BKİ (kg/m <sup>2</sup> )
Zayıf	<18,5
Normal kilolu	18,5-24,9
Şişman	25,0-29,9
1. Derece obez	30-34,9
2. Derece obez	35,0-39,9
3. Derece obez	40-49,9
Morbid obez	≥40

Bariatrik cerrahinin başarısı için gereken şartlardan birisi de hemşirelerin bu konudaki bilgileridir. Bu nedenle hemşirelerin bariatrik cerrahiye yönelik uygulamalardan ve bakımdan haberdar olmaları gerekmektedir (10). Bu makale bariatrik cerrahi ve bariatrik cerrahideki perioperatif hemşirelik bakımını sunmak amacıyla hazırlanmıştır.

## 1. Bariatrik Cerrahi

Bariatrik cerrahi; yalnızca diyet ve egzersizle tedavi olamayan üçüncü derece obezite ve morbid obez olan bireylerde sürekli kilo kaybı sağlayan en etkili yöntem olarak kabul edilmektedir (10). Bariatrik kelimesi Yunanca kökenli olup "bar" ve "iatrik" kelimelerinden oluşmuştur. İkisi birden kilo tedavisi anlamına gelmektedir (11). Bariatrik cerrahiye aday olan hastalarda ilk bakılacak olan ölçütü obezitenin derecesidir ve obezite derecesi Beden Kitle

**Tablo 2.** Ayarlanabilir mide bandının avantaj ve dezavantajları

Avantajlar	Dezavantajlar
Diğer bariatrik cerrahilerle karşılaştırıldığında daha düşük mortalite ve komplikasyonlara sahip olması	İlk kilo kaybının diğer bariatrik yöntemlerden daha yavaş olması
Gebelik ve diğer besin ihtiyaçları için ayarlanabilir olması, malnütrisyon riskinin düşük olması	En iyi sonuçlar için düzenli takip gerektirmesi
Diğer bariatrik cerrahilere göre daha az ağrı ve yara izine neden olması	Bantta kayma olursa etkinliğinin azalması
Hastanede kalış süresinin daha az olması	Safra taşı oluşumu ve yüksek oranda şeker alması, çok fazla yemek yemesi gibi mide bandı ile uyumsuz yeme davranışları oluşumu
Hiçbir anastomoz gerektirmemesi ve emilimi etkilememesi	Port alanı enfeksiyonu, mide erezyonu ve özefagus dilatasyonu komplikasyonlarının bulunması
Diğer bariatrik yöntemlere göre minimal invaziv girişimle yapılması	Bir cihaz implantasyonunun gerekli olması
Obeziteye eşlik eden hastalıklar üzerinde olumlu etki göstermesi	Port kaçaklarında cerrahi işlem gerektirmesi
Düşük mortaliteye sahip olması ve geri dönüşümlü olması	

İndeksi (BKİ=vücut ağırlığı/ boyun metrekaresi) ile tanımlanır (4). BKİ kategorileri Tablo 1'de verilmiştir (10).

### **Bariatrik cerrahi için ölçütler;**

- Geleneksel yöntemlerle kilo kaybını başaramayan ya da sürdüremeyen bireyler,
- BKİ>40 olması,
- BKİ<35'den küçük olan bireyler için bir ya da daha fazla obeziteyle ilişkili hastalıklarının olması (hipertansiyon, kalp yetmezliği, uyku apnesi gibi),
- Ameliyat riskinin kabul edilebilir olması,
- Uzun süreli tedavi ve takip için uyumlu olabilmelidir (11).

## **2. Bariatrik Cerrahi Yöntemleri**

### **2.1. Ayarlanabilir mide bandı**

Ayarlanabilir mide bandı, midenin üst kısmı etrafına şişirilebilir silikon bir band yerleştirilmesi ameliyatıdır. Başlangıçta silikon bandın içi boştur. Başlangıçta boş olan silikon bandın içi yaklaşık altı hafta sonra salin sıvı ile şişirilerek mide poşu oluşturulur ve böylece gıda alımı kısıtlanır (8). Aynı zamanda afferent sinir uçları daha arken uyarılır ve daha erken tokluk hissi oluşturulur (12). Ayarlanabilir mide bandının avantaj ve dezavantajları Tablo 2 'de yer almaktadır (9,12,13).

### **2.2. "Sleeve" gastrektomi**

"Sleeve" gastrektomi kısıtlayıcı bir ameliyattır. Midenin yaklaşık %85'i zımbalanır ve zımbalanan kısım çıkarılır (14). Sonuç olarak dar tüp benzeri bir mide oluşturulur. Oluşan midenin küçük olması ve midenin açlık hissi oluşumuna katkı sağlayan ghrelin hormonu salgılayan kısmının da çıkarılmasıyla daha hızlı tokluk oluşur (15).

"Sleeve" gastrektomi avantaj ve dezavantajları Tablo 3'de yer almaktadır (9, 14, 15).

### **2.3. Biliopankreatik diversiyon- duodenal "switch"**

Biliopankreatik diversiyon- duodenal "switch" ameliyatında pilorun korunduğu bir tüp mide oluşturulur. Daha sonra ince bağırsak ileoçekal valvden yaklaşık 225 cm proksimalden kesilir. Distalde kalan ince bağırsak mideye anastomoz edilir. Ayrılan ince bağırsağın proksimal kesimi (duodenumdan gelen safra ve pankreatik enzimleri taşıyan kısım) ileoçekal valvden yaklaşık 75 cm proksimale ağızlaştırılır (16).

Biliopankreatik diversiyon-duodenal "switch" ameliyatı fazla kilo kaybı sağlayan ve diğer ameliyat türlerine göre tekrar kilo alma ihtimali az olan bir cerrahi girişimdir, fakat komplikasyon oranı fazladır.

Biliopankreatik diversiyon-duodenal "switch" ameliyatının avantaj ve dezavantajları Tablo 4'de

**Tablo 3.** "Sleeve" gastrektomi avantaj ve dezavantajlar

<b>Avantajlar</b>	<b>Dezavantajlar</b>
Ameliyatta pilor korunur ve dumping sendromu gelişime ihtimali azdır.	Geri dönüştürülebilir değildir. Mide lümeni ayarlanamaz. Bu nedenle malnütrisyon riski vardır.
İnce bağırsaklara ve mezenter dokuya müdahale olmaması nedeniyle malnütrisyon riski daha azdır ve intestinal herni riski yoktur.	Aşırı yemek yemeye bağlı kalıcı dilatasyon riski vardır.
GİS sistem endoskopi için erişilebilirdir.	Dilatasyon tedavisi gerektiren gastrik stenoz riski vardır.
Vücutta herhangi bir yabancı cisim (ayarlanabilir mide bandı gibi) bırakılmaz.	En önemli komplikasyon gastrik kaçak riskidir ve erken fark edilmezse ölümcül olabilir. Bunların görülmesi zor olmasına karşın hastalarda meydana gelen taşikardi, ateş, takipne, oligüri, oksijen gereksiniminin artması gibi belirtiler kaçak olduğunun göstergesi olabilir ve acil hekime haber verilmesi gereken durumlardır.
Sleeve gastrektomi düşük komplikasyon oranı ile morbid obez hastalar için son derece başarılı bir ameliyattır	Diğer olası komplikasyonlar; kanama, yara yeri enfeksiyonu, pulmoner emboli, kanama, kilo kaybında azalmalar ve kilo alımıdır.

yer almaktadır (16,17).

#### 2.4. Roux-en-Y gastrik "bypass"

Roux-en Y gastrik "bypass" hem emilimi bozucu hem de kısıtlayıcı bir ameliyattır. Ameliyat esnasında 15-30 ml'lik bir poş oluşturularak gıda alımı kısıtlanır. Gastrojejenostomi ile de emilim kısıtlanır. Ameliyat sonucunda küçük mide poşuna jejunum eklenir ve duodenum ise jejunumun daha aşağı kısmına eklenir. Böylece "Y" formu oluşur (13,17). Alınan gıdalar pankreatikobiliyer ile birleşen alana kadar sindirilmeden geçer (13). Hastalarda tokluk hissi iki biçimde oluşur. Bunlardan ilki; küçük mide poşunun gıda alımı ile gerilmesiyle doyma merkezine sinyal gönderilir ve tokluk hissi oluşturulur. İkincisi ise; mide poşundan ince bağırsağa geçen gıdalar ince bağırsaktan intreklinler (kolesitokinin, peptit-YY, GLP-1) adı verilen hormonların salgılanmasını sağlayarak tokluk hissini oluşturur.

Roux-En Y gastrik "bypass" ameliyatının avantaj ve dezavantajları Tablo 5'de yer almaktadır (13,18).

#### 3. Bariatrik Cerrahide Hemşirelik Bakımı

Obezite prevelansı ve obeziteyle ilişkili ikincil hastalıklar toplumda hızlı bir biçimde artmaktadır. Obezite ile ilişkili yaygın olarak görülen ikincil hastalıklar içinde uyku apnesi gibi solunum sistemine yönelik hastalıklar, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, tip 2 diyabet, dislipidemi, harekette sınırlılık, depresyon ve yeme bozukluğu gibi ruhsal hastalıklar yer almaktadır (19). Bu hastalıklar, perioperatif süreçte hastaların bakımını etkilemektedir (20).

Perioperatif dönemde hemşireler, güvenli ve uygun hemşirelik girişimlerini sağlamak için hastaları doğru değerlendirmelidir (18,19). Ayrıca hemşireler, psikososyal etmenlerin de hastaların kilo vermelerinde bir engel olduğunun farkında olmalıdır (20). Bu nedenle perioperatif dönemin her aşamasında bireylere özgü fiziksel, duygusal ve sosyal gereksinimlere yönelik hemşirelik bakımı planlanmalı ve sağlanmalıdır (18,19).

#### 3.1. Preoperatif Dönemde Hemşirelik Bakımı

Fiziksel hazırlık ve bariatrik cerrahi nedeniyle olması gereken davranış değişikliği için preoperatif dönemde hasta hazırlığı önemlidir (18). Preoperatif dönem; hastanın temel değerlendirilmesini ve hasta eğitimini kapsamaktadır (21).

#### Psikososyal Hazırlık

- Hastalar; yapılacak cerrahi girişim, destekleyici kaynaklar, hasta memnuniyeti ve diğer yöntemler hakkında bilgilendirilmelidir (9,18).

- Hastalar için güvenli bir çevre sağlanmalı, hasta mahremiyeti korunmalı (örneğin hasta için uygun önlük) ve hastaların günlük yaşam aktivitelerine yönelik gereksinimleri belirlenmeli ve karşılanmalıdır (20).

- Hastalardan preoperatif dönemde motivasyonu artırmak için üçer tane kısa, orta ve uzun vadeli hedef belirlemeleri istenmelidir (13,18).

- Hastaların sıvı alımlarını takip etmeleri için bir bardak almaları sağlanmalıdır (13,18).

**Tablo 4.** Biliopankreatik diversiyon- duodenal "switch" ameliyatı avantajları, dezavantajları ve potansiyel problemleri

Avantajlar	Dezavantajları ve potansiyel problemleri
Pilor bozulmadan kalır	Hastalarda kötü kokulu gaz çıkışı, gaz ağrısı, saç dökülmesi ve şişkinlik gibi potansiyel sorunlar görülebilir.
Hastalar diğer bariatrik yöntemlere göre daha fazla yemek yiyebilir bu nedenle hastaların memnuniyeti daha fazladır ve gıda intoleransı azdır.	Uzun vadede yağda çözünen vitaminlerin eksikliği, volvulus sonucu bağırsak tıkanması, ülser gelişimine bağlı anastomoz kaçağı, karaciğer rahatsızlıkları, laktöz intoleransı, yetersiz kalsiyuma bağlı kemik rahatsızlıkları, ciddi anemi, herni, dumping sendromu görülebilir.
Birçok hastada %60-%70'lik kilo kaybı sağlar.	Demir eksikliği ve protein malnütrisyonu oluşumunda ikinci bir operasyon gerekebilir.
Hızlı kilo kaybı sağlar.	Cerrahi bölgede büyük kan damarlarının olması ve safra kanalının bulunması nedeniyle zor bir operasyondur.

**Tablo 5.** Roux-En y ameliyatı avantajları ve dezavantajları

Avantajlar	Dezavantajlar
Başlangıçtan itibaren hızlı kilo kaybı sağlar.	Şeker ve yağ oranı yüksek karbonhidratların tüketilmemesi gerektiğine yönelik açıklamalara karşın karbonhidrat tüketimine bağlı dumping sendromu gelişebilir. Dumping sendromu belirtileri yemekten sonra görülen bulantı, halsizlik, terleme, baygınlık ve bazen de diyaredir.
Diğer bariatrik cerrahi yöntemlere göre daha fazla kilo kaybı sağlar.	GİS bölümleri zımbalandığından dolayı değerlendirilemez.
Minimal invaziv yaklaşımla yapılabilir.	Yaygın olmamakla birlikte beslenme eksikliğinin bir sonucu olarak B12 vitamini, demir ve kalsiyum eksiklikleri görülebilir.
Hastaların üçte ikisi, vücut ağırlıklarının üçte ikisini kaybedebilirler.	Saç dökülmeleri meydana gelebilir ancak geri dönüşümlüdür
Hastaların üçte biri ideal vücut ağırlığına kavuşur.	Oluşan mide boyutu ayarlanamaz. Tersine çevirmek son derece zordur.
Tip 2 diyabet gibi ikincil hastalıklar önemli ölçüde iyileştirilir.	İki yıl sonra hafif kilo alımları meydana gelir.
	Sleeve gastrektomi ya da ayarlanabilir mide bandı ameliyatlarına göre mortalite oranı daha yüksektir.
	Komplikasyonları; GİS kanama, özefagus darlığı, fistül oluşumu, sepsis ve solunum yetmezliği, safra taşı oluşumu ve insizyonel herni, derin ven trombozu (DVT), pulmoner emboli, anastomoz kaçağı, herni, cerrahi alan enfeksiyonu ve volvulustur.

### Fiziksel Hazırlık

- Preoperatif dönemde dolaşım, solunum, nörolojik ve immün sistem değerlendirmeleri yapılmalı ve fiziksel değerlendirme kayıt altına alınmalıdır (9,13,18,22).

- Hastalarda olabilecek diyabet, hipertansiyon gibi ikincil hastalıkları, gastroözefagual reflü ve safra kesesi hastalıkları kaydedilmelidir. Ayrıca uyku apnesi için pozitif hava yolu basıncı aleti kullanıp kullanmadığını sorgulanmalıdır (9,13,18,22).

- Hastaların yaşı, boyu, kilosu ve BKİ'ni değerlendirilmelidir. Kullandığı vitaminleri, bitkisel ürünleri ve ilaçları, alerjilerini, beslenme alışkanlıklarını, ailesinde obezite öyküsünün olup olmadığını, alkol ve sigara alışkanlığını ve duygusal durumunu belirlenmelidir (9,13,18,22).

- Obez hastalarda hareketsizliğe bağlı derin ven trombozu risk olması nedeniyle hastaların fiziksel sınırlılıklarının olup olmadığı değerlendirilmelidir (17,23).

- Cilt bütünlüğü değerlendirilmelidir. Cilt kıvrımlarının altında ülserasyon, tahriş, enfeksiyon, basınç yarası olup olmadığı

incelenmeli; renk, ödem, daha önce geçirilmiş bir cerrahi yara izi, sıcaklık, turgor ve damarlanma gözden geçirilmelidir (17,23).

- Laboratuvar testleri gözden geçirilmelidir (17). Hemşirelerin değerlendirmesi gereken laboratuvar testleri pulmoner fonksiyon testi, arteriyel kan gazı, karaciğer, glikoz ve gebelik testleridir (9,13,17).

- Bariatrik cerrahi ekipmanlarının kullanımı hastalar ve personeller için uygun bir biçimde düzenlenmelidir (17).

- Ameliyattan en az iki hafta öncesinde tüketilen yağ, şeker ve karbonhidrat miktarları azaltılmalıdır (18,24).

- Hastalara cerrahiden altı hafta öncesinde sigarayı bırakmaları önerilmelidir (13,18,24).

### 3.2. İntraoperatif Dönemde Hemşirelik Bakımı

İntraoperatif bakım; hastanın ameliyathaneye girmesiyle başlar ve anestezi sonrasında hastanın bakım ünitesi ya da yoğun bakım ünitesine transferine kadar sürer (17). Bu süreçte, bariatrik

cerrahi hastasının bakımında yer alan hemşirelik uygulamaları şunlardır:

- Ameliyathaneye kabul edilen hastanın güvenliği için taşıma sırasında uygun araçlar ve yeterli personel sağlanmalıdır (25).

- Yataklar, obez hastaları kaldırmak için ve hastaların yataktan sarkmalarını için uygun olmalı, hastanın bacaklarını destekleyen bölümleri olmalı ya da desteklemek için aparatları olmalı, hastanın kollarını destekleyebilmeli, hasta güvenliği için uygun bağlamaları olmalıdır (17,24).

- Hastaların yağ dokularının vena kava inferiora bası oluşturması ve hava yolu açıklığını etkilemesi nedeniyle hastalar kardiyopulmoner risk faktörleri açısından takip edilmelidir (9,17).

- Obez hastalarda zor entübasyon riski vardır. Bu nedenle zor entübasyon için gerekli ekipmanlar olan acil arabası, hava yolu maskesi, görüntüleme cihazları hazır bulundurulmalıdır. Ayrıca obez hastalarda diyafragmaya basıyla birlikte aspirasyon riski vardır. Hastalar aspirasyon açısından da takip edilmelidir (18,25).

- Hastalarda uygun pozisyonu sağlamak hem basınç yaralarının hem de solunum problemlerinin önlenmesi açısından önemlidir (25). Bu nedenle ameliyattan hemen önce hastanın basınç noktaları desteklenmeli ve güvenli bir pozisyon verilmelidir. Hasta sırt üstü pozisyondayken vena kava sıkışmasını önlemek için sağ göğüs altına rulo bir havlu sıkıştırılmalı, diyafragma ve inferior vena kavanın basıncını azaltmak için ise pelvis altı desteklenmelidir (9).

- Trendelenburg pozisyonunda solunum organları ve damarlarda tıkanıklık riski olduğu için dikkatli olunmalıdır (9,17).

- Ters trendelenburg pozisyonundaki hastaların düşmesini önlemek için tahta kullanılmalı ve hastanın ayakları da desteklenmelidir (9,17).

- Hastaların düşme riskleri değerlendirilmelidir (9,17).

- Cilt hazırlığında hastalar için uygun antiseptik kullanılmalı ve alerjilerinin olup olmadığı kontrol edilmelidir (9).

- Cerrahi için hazırlanan cilt alanı kullanılacak

alandan daha büyük olmalıdır (26). Bu nedenle yeterli cilt antiseptiği hazır bulundurulmalıdır (9).

- Cilt kıvrımlarının altında oluşabilecek komplikasyonlara yönelik cilt takibi yapılmalıdır (17).

### 3.3. Postoperatif Dönemde Hemşirelik Bakımı ve Taburculuk Eğitimi

Postoperatif dönemde hemşirelik bakımı genel olarak; yaşam bulguların takibi ve beşinci yaşam bulgusu olarak ağrının kaydedilmesi, günlük kilo takibi, hastayı rahatlatma, cerrahi açıdan takibi içerir (27). Postoperatif dönemdeki hemşirelik bakımı ameliyattan hemen sonra, taburculuktan sonraki ilk üç hafta ve üç ile altı hafta arasındaki dönem olarak üç gruba ayrılır (9).

Ameliyattan hemen sonraki dönem anesteziden sonraki dönemden taburculuğa kadar geçen süreyi kapsar. Hemşirelik girişimler; ağrı kontrolünü sağlamayı, yara bakımını, derin ven trombozu için profilaksiyi, sıvı yönetimini kapsar. Bu dönemde risklerin erken belirlenmesi önemlidir (9). Yan/ dik durumda olmak hastaların reflü ve mide bulantısı yakınmalarını azaltır (13,18). Hastalar solunum problemleri yaşayabileceği için 24-48 saat boyunca solunum takibi yapılmalı, ağrı yönetimi için ise hasta kontrollü analjezi, yakınlarının yanında bulunması gibi yöntemlerle giderilmeye çalışılmalıdır (13,25).

İkinci dönemde ameliyattan üç hafta sonraki ziyaret vardır. Hastalardan sıvıları tolere edip etmediği, bulantı ve kusmalarının olup olmadığı ve hareket etmesinde zorluk olup olmadığı, ilaçlarını kullanması hakkında bilgi alınır. Ayrıca hastalarda ateş, ağrı, kanama kontrolleri yapılır (9).

Üçüncü dönemde ise hastaların beslenme bozuklukları olup olmadığı değerlendirilir, herni gibi komplikasyonlar açısından hastalar takip edilir, düzenli egzersiz için teşvik edilir ve vitamin B1, B12 vitamini, magnezyum, fosfor, kan hücreleri sayısı, albümin sonuçları değerlendirilir (9).

Taburculuk aşamasında hastalara küçük porsiyonlarla yemesi, diyetinin yüksek proteinli, düşük yağ ve karbonhidratlı besinleri tercih etmesi ve sıvıları öğünlerle birlikte almaması

gerektiği söylenmelidir. Yüksek karbonhidratlı yiyecek tüketiminin mide ağrısı, mide bulantısı, kusma, ishal, terleme, baş dönmesi ve hızlı kalp atışı gibi damping sendromu bulgularını ortaya çıkarabileceği konusunda hasta bilgilendirilmelidir (21,28).

Mümkün olduğu kadar sık yürümesi, aktivitesini yavaş yavaş artırması, merdiven inip çıkma gibi daha yavaş egzersizlerle başlayıp, giderek daha tempolu egzersizlere geçmesi gerektiği söylenmelidir (21,28).

Hastanede öğrendiği biçimde derin solunum egzersizlerine devam etmesi ve eğer uyku apnesi için öncesinde CPAP ya da BiPAP cihazı kullanıyorsa sağlık ekibine danışmadan kullanmayı bırakmaması gerektiği konusunda bilgilendirilmelidir (21,28).

Büyük oranlarda kilo vermenin ciltte gevşemeye ve sarkmaya neden olabileceği konusunda hastalara bilgi verilmeli ve böyle bir durum gerçekleştiğinde de rekonstrüktif cerrahiye gidebilecekleri konusunda hastalar yönlendirilmelidir (21,28).

### Sonuç ve Öneriler

Dünya'da ve ülkemizde bariatrik cerrahiye yönelik yapılan ameliyatlarda giderek artmaktadır ve bariatrik cerrahideki hemşirelik bakımının gerekliliği ön plana çıkmaktadır. Bariatrik cerrahi geçiren bireylerin perioperatif dönemdeki ihtiyaçlarının belirlenmesi ve ihtiyaçlara yönelik bakımın planlanabilmesi için klinik hemşirelerin bu konuda hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi, perioperatif bakıma ilişkin bilgilerin hemşirelik lisans müfredatına eklenmesi ve bu alana yönelik kanıt düzeyi yüksek çalışmaların sayısının artırılması önerilmektedir.

**İletişim:** Öğr. Gör. Aylin Güçlü

**E-posta:** aylinguclu@hotmail.com

### Kaynaklar

1. Brethauer SA, Chand B, Schauer PR. Risks And Benefits Of Bariatric Surgery: Current Evidence. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 2006;73(11): 993.
2. Bult M, Dalen T, Muller A. Surgical Treatment Of Obesity. *Eur J Endocrinol*, 2008; 158: 135–45.
3. King WC, Chen JY, Belle SH, Courcoulas AP, Dakin GF, Elder KA, Wolfe BM. Change in Pain and Physical Function Following Bariatric Surgery For Severe Obesity. *JAMA*, 2016; 315(13): 1362-71.
4. Çınar S, Özbayır T. Mide ve duodenum hastalıkları. Ed. Karadakovan A, Eti-Aslan F. Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım 3. Baskı Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi; 2014. p. 660-61.
5. Goritz T, Duff E. Bariatric Surgery: Comprehensive Strategies For Management in Primary Care. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2014; 10(9): 687.
6. American Society For Metabolic and Bariatric Surgery. New Procedure Estimates For Bariatric Surgery: What The Numbers Reveal; 2014. Accessed September 8, 2016, at <http://connect.asmb.org/may-2014-bariatric-surgery-growth-printable%20copy.html>
7. Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Başkanlığı. Türkiye'de Obezite Tedavisinde Obezite Cerrahisinin Yeri; 2014 Accessed September 8, 2016, at <http://hta.gov.tr/pdf/obezite%20cerrahisi%20rapor%2025%2004%202014.pdf>
8. Mcgraw CA, Wool DB. Bariatric Surgery: Three Surgical Techniques, Patient Care, Risks, And Outcomes. *AORN Journal*, 2015;102(2): 141-52.
9. Fencil JL, Walsh A, Vocke D. The Bariatric Patient: An Overview Of Perioperative Care. *AORN Journal*, 2015; 102(2): 116-31.
10. Neil JA, Roberson DW. Enhancing Nursing Care By Understanding The Bariatric Patient's Journey. *Aorn Journal*, 2015; 102(2): 132-140.
11. Hussain A, Shamsi EH. Bariatric Emergencies: Current Evidence And Strategies Of Management. *World Journal Of Emergency Surgery*, 2013; 8(1):1.
12. Bessler M, Daud A, Digiorgi Mf, et al. Adjustable Gastric Banding As Revisional Bariatric Procedure After Failed Gastric Bypass: Intermediate Results. *Surg Obes Relat Dis*, 2010;6(1): 31-5.
13. Ide P, Farber E, Lautz D. Perioperative Nursing Care Of The Bariatric Surgical Patient. *AORN Journal*. 2008; 88(1): 30-58.
14. Keidar A, Appelbaum L, Schweiger C, Elazary R, Baltasar A. Dilated Upper Sleeve Can Be Associated With Severe Postoperative

- Gastroesophageal Dysmotility And Reflux. *Obes Surg*, 2010;90(2):140-47.
15. Garneau P, Ahmad K, Carignan S, Trudeau P. preceptorship and proctorship as an effective way to learn laparoscopic sleeve gastrectomy. *Obesity Surgery*, 2014;24(12): 2021-24.
  16. Sudan R, Jacobs DO. Biliopancreatic Diversion With Duodenal Switch. *Surgical Clinics Of North America*, 2011; 91(6): 1281-93.
  17. Nail J, Perioperative nursing care of the patient undergoing bariatric revision surgeryenhancing nursing care by crossmark understanding the bariatric patient's journey. *Aorn Journal*, 2013;97: (2), 214.
  18. Green N. Bariatric Surgery: An Overview. *Nursing Standard*, 2012; 26(36): 48-56.
  19. Yorke S. A Bariatric Nursing Specialty Practice Group May Be Part of The Answer. *Spring*, 2013; 69: 1.
  20. Graham D, Faggionato E, Timberlake A. Preventing Perioperative Complications In The Patient With A High Body Mass Index. *AORN J*, 2011;94(4): 334-47.
  21. Grindel ME, Grindel CG. Nursing Care Of The Person Having Bariatric Surgery. *Medsurg Nursing*, 2006; 15(3): 129.
  22. National Institute for Health and Clinical Excellence. Obesity: The prevention, identification assessment and management of overweight and obesity in adults and children. Clinical guideline, 2006;No. 43. NICE, London.
  23. Dunham M. Caring For Patients Undergoing Bariatric Surgery. *Nursing*. 2013; 43(10): 44-50.
  24. Drake DJ, McAuliffe MS, Edge MJ, Lopez CC. Postoperative Nursing Care of Patients After Bariatric Surgery. *Perspectives*, 2006;6(4): 4-7.
  25. Dybec R. Intraoperative Positioning And Care Of The Obese Patient. *Plast Surg Nurs*, 2004;24(3):118-122.
  26. Thompson J, Bordi S, Boytim M, Elisha S, Heiner J, Nagelhout J. Anesthesia Case Management For Bariatric Surgery, *AANA J*, 2011;79(2): 447-160.
  27. Steyer NH, Oliveira MC, Gouvêa MRF, Echer IC, Lucena ADF. Clinical Profile, Nursing Diagnoses And Nursing Care For Postoperative Bariatric Surgery Patients. *Revista Gaúcha De Enfermagem*, 2016;37(1): 1-8.
  28. Daniels J. Obesity. Ed. Dirksen L, Bucher H. *Medical Surgical Nursing: Assesment and Management of Clinical Problems* Nine edition, Canada: Elsevier Mosby. 2014. p. 920-23.