

Tıkayıcı Uyku Apne Sendromlu Hastalarda Ameliyat Sonrası Hemşirelik İzlem Formunun Geliştirilmesi

Development Of Nursing Monitoring Form For Patients With Obstructive Sleep Apnea Syndrome

Nurdan GEZER¹, Meryem YAVUZ van GİERSBERGEN², İbrahim KURT³

¹Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

²Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

³Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı

ÖZ

Amaç: Tıkayıcı Uyku Apne Sendromlu hastalarda hemşirelik izlem formunun geliştirilmesi amacıyla analitik olarak planlandı. **Yöntem:** Araştırmanın örneklemini belirlemede olasılıksız örneklem seçme yöntemlerinden gelişigüzel örneklem yöntemi kullanıldı. Evrendeki 280 erişkin hasta örnekleme de oluşturdu. Araştırmaya 180 hasta katıldı. Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmacı tarafından oluşturulan hasta tanıtım ve Uyku Bozukluğu Belirtileri Formu, Mallampati Skorlaması, Tıkayıcı Uyku Apne Sendromu Belirtilerini Tanılama Rehberi, Epworth Uykululuk Ölçeği, Tıkayıcı Uyku Apne Sendrom'lu hastada Ameliyat Sonrası Risk Değerlendirme Rehberi, Tıkayıcı Uyku Apne Sendromlu hastada Ameliyat Sonrası İzlem Formundan yararlanıldı. Verilerin değerlendirmesinde Yüzdellik, Ki-Kare, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanıldı.

Bulgular: Uyku bozukluğu belirtileri formunda yer alan horlama ve gün boyu uykululuk hali sıklığı, apne tanısı alma, gece boyunca solunum durması, gece sık uyanma, gün boyunca uyanık kalmada zorlanma gibi durumlara ilişkin bulgulara bakıldığında Tıkayıcı Uyku Apne Sendrom riski olan ve olmayan hastalar arasında anlamlı bir fark bulundu ($p<0.01$). Tıkayıcı Uyku Apne Sendrom riski olan hastaların BKİ, Boyun çevresi, Mallampati Skorlaması, Tıkayıcı Uyku Apne Sendrom risk puanı ve EUÖ puan ortalamalarının riski olmayanlara göre anlamlı bulundu ($p<0.01$). Geliştirilen izlem formuyla Tıkayıcı Uyku Apne Sendrom riski olan hastaların izlemi yapıldı. Ameliyat sonrası bu hastalara pozisyon verilmesi, solunuma yardımcı araç gereç kullanılması gerektiği bulundu. Tıkayıcı Uyku Apne Sendromu riski olan ve olmayan hastaların ameliyat sonrası izlem formuna göre Tıkayıcı Uyku Apne Sendromu riski olan hastaların %27'sinin monitörize edilmesi ve O₂ satürasyonlarının izlenmesi gerektiği görüldü.

Sonuç: Tıkayıcı Uyku Apne Sendrom'lu hastaların cerrahi kliniklerinde tanılanmasında ve ameliyat sonrası monitörize edilmesinde ve izlemi yapılmasında geliştirilen izlem formunun kullanışlı olduğu görüldü.

Anahtar Kelimeler: Tıkayıcı Uyku Apne Sendromu, Postoperatif Komplikasyon, Hasta Takibi, Hemşirelik Bakımı

ABSTRACT

Objective: This study is planned as analytically with for the purpose of developing nursing monitoring form for patients having obstructive sleep apnea syndrome (OSAS).

Methods: A improbable random sampling method was used to determine the sample of the study. 280 adult patients in the universe formed the sample. 180 patients participated in the study. The data were collected by using the patient information form and the Sleep Disorder Symptoms Form, Modified Mallampati Scoring, Guidelines for Diagnosing the OSAS Symptoms, Epworth Sleepiness Scale, Postoperative Risk Assessment Guide for the patientswith OSAS, and Postoperative Monitoring

Sorumlu Yazar: Nurdan Gezer

Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın, TÜRKİYE
nurdangezer@yahoo.com

Geliş Tarihi: 30.01.2019 – Kabul Tarihi: 31.01.2019

*Çalışma Tıkayıcı Uyku Apne Sendromlu Hastalarda Hemşirelik İzlem Standardının Geliştirilmesi adlı tezden yapılmıştır. Tez 17.12.2008 tarihinde kabul edilmiştir. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İZMİR

**Bu çalışma 19-21 Ekim 2011 tarihleri arasında Şanlı Urfa'da yapılan 13. Ulusal Hemşirelik Kongresinde "Uluslararası Katılımlı" poster bildiri olarak sunulmuştur.

Form for the patient with OSAS. In the evaluation of the data, Percentage, Chi-Square, the significance of the difference between the two means were used.

Results: When the symptoms in the sleep disorder symptoms form are evaluated according, sleep disorder symptoms like dozing during daytime, snoring, respiratory standstill and waking up frequently throughout the night are found significantly higher in patient with OSAS risk compared to other group. ($p<0.01$) BMI, neck circumference, modified mallampati scoring, OSAS risk score and ESS mean scores of patient with OSAS were found significantly higher than risky group. The patient monitoring form developed by the researcher was used. The patients with OSAS risk have risk due to the application of opioid narcosis during the operation, for that reason it was found out that positioning these patients and using auxiliary devices and tools after operation are necessary. When monitoring and oxygen saturation follow-up situations of the patients with and without OSAS risk are checked after operation, it was seen that 27 % of the patients with OSAS risk should be monitored and O2 saturation of them has to be followed.

Conclusion: It was found that the monitoring form developed for the diagnosis of OSAS patients in surgical clinics and monitoring of postoperative monitoring was useful.

Key Words: Obstructive Sleep Apnea Syndrome, postoperative complication, patient monitoring, nursing care

1. GİRİŞ

Uyku, hayatımızın üçte birini geçirdiğimiz ve sağlıklı yaşam için vazgeçilmez bir olgu olmasına karşın, uyku fizyolojisi ancak yirminci yüzyılda elektroensefalogram (EEG)'nin uygulanmasıyla açıklanabilmiştir. Uykuda solunum bozukluğunun en önemli grubunu “uyku apne sendromu” oluşturmaktadır. Literatürlerde Tıkayıcı Uyku Apne Sendromu (TUAS) erişkinlerde astım ve diabetes mellitustan daha sık görülen bir hastalık olarak belirtilmektedir (1,2,3). TUAS; total ya da parsiyel olarak tıkanmış bir hava yoluna karşı gösterilen solunum çabasıdır ve apne, hava yolu geçişi tekrar sağlanınca gürültülü bir horlama veya uyanıklıkla (arousal) sonlandırılır (4,5).

TUAS, erkek ve kadınlarda, her yaş, ırk, sosyoekonomik düzey ve etnik kökünde görülebilen bir uyku bozukluğudur. Bazı literatürlerde de TUAS insidansı genel popülasyonda %2-4 arasında olduğunu bildirilmektedir (2). Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) 12 milyon yetişkin bireyde TUAS olduğu saptanmıştır ve TUAS'ın tedavisi sağlık giderlerinin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır (6). Bu konuda ülkemizde hastalık prevalansı açısından yapılan tek çalışma Köktürk ve ark (1998) yaptığı habitüel horlama ile TUAS arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmadır. Bu çalışmada araştırmacılar %0,9–1,9 arasında prevalans değeri tahmin etmişlerdir (7).

TUAS çevresel ve kalıtsal olarak çok sayıda faktörden etkilenmektedir (2,8,9). Yaş, cinsiyet, genetik özellikler, şişmanlık, boyun çevresinin genişliği, (kısa ve kalın boyun), kraniofasial anomaliler (retrognati, mikrognati), sigara, alkol ve hipnotik ilaç kullanımı TUAS' a eğilimi arttıran başlıca faktörlerdir (8,9,10,11). TUAS'lı hastaların çoğunda en belirgin üç semptom gece aşırı horlama, apne ve gündüzleri uyku hali olup, ayrıca boğulma hissi ile aniden uyanma, yatak partneri tarafından tanımlanan apne gibi semptomlarda görülmektedir (12).

TUAS, uzun dönemde de kardiyovasküler komplikasyonlara neden olabilmektedir. TUAS, ABD ulusal komitesinin raporunda da hipertansiyonun tanımlanabilir nedenleri arasında kabul edilmektedir. Sistemik hipertansiyon yanı sıra, pulmoner hipertansiyon, kalp yetersizliği, aritmi, inme ve miyokard infarktüsü de TUAS'ın neden olduğu komplikasyonlar arasında sayılabilir (2,10,13). Tüm bu komplikasyonlar ise TUAS 'ın morbidite ve mortalitesini arttırmaktadır. Bir başka çalışmada da insomnia ve TUAS'da baş ağrısının belirleyici bir karakteristik olduğu bildirilmektedir. Bu durum vasküler hastalık riskinin artması ve kognitif davranışlarda bozulma, gece uyanmaları, insomnia, gün boyunca uykululuk hali ile

ilişkilendirilmektedir. Bu hastalarda baş ağrısı da görülmektedir (1,3,14,15,16). Ayrıca konsantrasyon bozukluğu, hafıza kaybı, unutkanlık, huzursuzluk, depresyon, psikoz, libidoda azalma ve impotans TUAS’da görülen nörokognitif bozukluklardır (10).

TUAS’ın yol açtığı bu komplikasyonlar nedeniyle ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında hastalarda önemli sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Özellikle anestezide yaygın kullanılan sedasyon ve analjezi ilaçlarının uygulamasına bağlı olarak hastalarda üst hava yolu tıkanması ortaya çıkabilmektedir. TUAS olan hastalarda hava yolu obstrüksiyonu gelişmesi daha fazla risk oluşturmaktadır. Anestetiklerin opioid türevi analjeziklerin ve sedatiflerin uygulanmasıyla ilişkili ciddi hava yolu komplikasyonları tıkayıcı uyku apne sendromu hastalarında mortalite ve morbidite sonuçlarını arttırmaktadır. Olumsuz sonuçlar çoğunlukla opioid veya sedatif ilaçların uygulanması sonrası, kardiyak arrest, zorlu entübasyon ve entübasyonda başarısızlık, ekstübasyon sonrası solunum yolu tıkanıklığıyla ilişkilidir (9,12,17,18).

Bu nedenle öncelikle ameliyat öncesi değerlendirmede dikkat edilmesi gerekli konulardan birisi de ameliyat öncesi premedikasyon amacıyla verilen anksiyolitik ajanların kullanımınıdır. Sedatif premedikasyonu TUAS’lı hastalarda hava yolu obstrüksiyonunu ağırlaştırabilir ve bazı yazarlar bu nedenle TUAS’lı hastalarda sedatifle premedikasyondan kaçınılması gerektiğini bildirmektedirler (9).

Ameliyat sonrası dönemde ise TUAS’ı olan hastalarda ameliyat sonrası hipertansiyon ve kardiyak aritmi insidansı artışına ek olarak, oksijen desatürasyonu, havayolu tıkanıklığı, yeniden entübasyon, beyin ölümü ve ölüm gibi hava yolu ile ilişkili komplikasyonlarda artmaktadır (8,9,19). Cerrahi hemşireliğinde ameliyat sonrası bakımda karşılaşılabilecek başlıca komplikasyonlar solunum ve dolaşım sistemine ilişkin solunum depresyonu, laringospazm ve bronkospazm kardiyak arresttir (16).

TUAS gibi ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında hastanın yaşamını tehlikeye sokabilecek ek sağlık sorunları olan hastaları ameliyat öncesi dönemde tanımlamak ve ameliyat sonrası dönemde gereksiz komplikasyonların gelişmesini önlemek hemşirenin mesleki sorumlulukları arasındadır (8,9). Literatürlerde TUAS’ı olan hastaların ameliyat sonrası dönemde komplikasyonlar yönünden en az üç saat izlenmesi gerektiği vurgulanmaktadır (8,20). Yine başka bir literatürde ameliyat sonrası dönemde komplikasyon belirtileri gözlenen hastaların 12 saat izlenmesi gerektiği vurgulanmaktadır (16,18). Ülkemizde ise TUAS hastaları ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hemşireler tarafından tanımlanamamaktadır. Hemşirelerin TUAS’ı tanılayıcı bir formu olmaması ve ameliyat sonrası dönemde de bu hastalara özgü hemşirelik izlem formu olmaması nedeniyle bu hastalara özel bir hemşirelik bakımı verilmemektedir. Oysa bu hastaların ilk 24 saat yüksek ölüm riski taşıdığı belirtilmektedir (9,10). Bu çalışmanın amacı hastalığı tanımlayıcı kriterleri bilmek ve ameliyat sonrası dönemde TUAS’ı olan hastaların izlem ve bakımını sağlamak için hemşirelik izlem formunu geliştirmektir.

2. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, analitik kesitsel olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evren ve örnekleme

Araştırma Adnan Menderes Üniversitesi (ADÜ) Uygulama ve Araştırma Hastanesi ile Aydın Devlet Hastanesi (ADH) cerrahi kliniklerinde yürütüldü. Araştırmanın evrenini Mart 2008–Kasım 2008 tarihleri arasında ADÜ Uygulama ve Araştırma Hastanesi (n=84) ve ADH cerrahi servislerine başvuran (n=96) ve çalışmaya katılmayı kabul eden 18 yaş üzeri 280 erişkin hasta oluşturdu.

Araştırmanın örneklemini belirlemede olasılıksız örneklem seçme yöntemlerinden gelişigüzel örneklem yöntemi kullanılmıştır. Evrendeki 280 erişkin hasta örnekleme de oluşturmuştur. Araştırmaya 180 hasta katılmıştır. Araştırmanın yapıldığı kliniklerde Mart-Kasım tarihleri arasında toplam 280 hasta planlı cerrahi ameliyatı oldu. Bu hastaların günü birlik cerrahi hastası (4), KBB hastası (18), ameliyat sonrası yoğun bakıma alınması (32) ve çalışmaya katılmak istememe (33) nedeni ile toplam 100 hasta çalışma dışı bırakıldı.

Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmacı tarafından oluşturulan hasta tanıtım formu ile Uyku Bozukluğu Belirtileri Formu, Modifiye Mallampati Skorlaması, TUAS Belirtilerini Tanılama Rehberi, Epworth Uykululuk Ölçeği, TUAS'lı Hastada Ameliyat Sonrası Risk Değerlendirme Rehberi, TUAS'lı Hastada Ameliyat Sonrası İzlem Formundan yararlanıldı.

Veri Toplama araçları

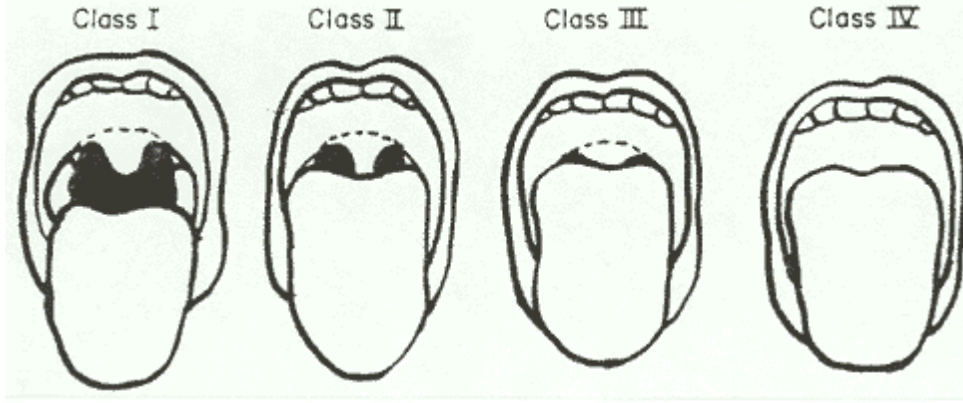
Hasta Tanıtım Formu: Bu formda hastanın tanıtıcı özelliklerini kapsayan; yaş, cinsiyet, medeni durum, boy, kilo, beden kitle indeksi, boyun çevresi, vital bulguları, sigara, alkol ve ilaç alışkanlığı, geçirdiği veya var olan kronik hastalıkları, kadınlarda menopoz durumu, daha önceden geçirdiği ameliyatlara, alerji durumuna ilişkin bilgileri içeren 27 soru vardı.

Formda yer alan beden kitle indeksi (BKİ) ; vücut ağırlığı/boy² formülüyle hesaplandı. Beden kitle indeksi 35 kg /m²'den fazla olanlar belirlendi ve TUAS tanılama rehberindeki bölüme işaretlendi. Boyun çevresi ölçümü krikotroid membrandan cm cinsinden ölçülmüştür. Boyun çevresi 42,5cm ve üzerinde olan erkek hastalar, boyun çevresi 41,5cm ve üzerinde kadın hastalar belirlendi ve TUAS belirtilerini tanılama rehberindeki bölüme işaretlemesi yapıldı. Boyun çevresi ölçümü krikotroid membrandan cm cinsinden ölçüldü.

Modifiye Mallampati Skorlaması: Hastanın ağız içi kavitesini objektif olarak değerlendirmek için modifiye mallampati skorlaması kullanıldı. Bu skorlama; esas olarak, anestezide zor entübasyon riski taşıyan hastaları önceden saptama amacıyla geliştirilmiş, üst hava yolu darlığı ortak noktasından hareketle, TUAS'lı hastaların klinik muayenesinde kullanılmak üzere modifiye edilmiş bir yöntemdir. Hastadan dilini dışarı çıkarmaksızın, ağızını maksimum derecede açması istenir. Bu sırada orofaringeal hava pasajının sınırlarını oluşturan plikalar, tonsiller ve dil dorsumunun birbirleriyle olan ilişkileri baz alınarak oluşturulan görsel bir derecelendirme sistemidir (19). Hastanın uyku sırasında solunumunu etkileyen ağız içi anomalileri objektif olarak belirlemek için (büyük dil, tonsillerin orta hatta yakın olması vb) modifiye mallampati skorlamasına göre değerlendirildi (Resim 1).

Modifiye Mallampati Skorlaması

- Grade 1: Yumuşak damak,uvula,plikalar ve tonsiller rahatça görülür.
Grade 2: Yumuşak damak,uvula,plikalar ve tonsillerin üst kutbu görülür
Grade 3: Yalnızca yumuşak damağın bir kısmı görülebilmektedir.
Grade 4: Yalnızca sert damak görülebilmektedir.



Resim 1. Modifiye Mallampati Skorlaması

Uyku Bozukluğu Belirtileri Formu: TUAS'da görülen uyku bozukluğu belirtileri olarak; horlama sıklığı, gün boyunca uykululuk hali yaşama sıklığı, uykuda solunum durması durumunun söylenmesi, gece uyanma sıklığı, baş ağrısı, depresif hissetme, hafızada zayıflama, gece boyunca boğuluyormuş hissi, sabah kendini iyi uyumamış hissetme, cinsel istekte azalma ve sık idrara çıkma durumuna ilişkin bilgileri içeren, araştırmacı tarafından puanlanmasında kullanılan ve üç bölümden oluşan 13 soru içeren rehberdir (21,22).

TUAS Belirtilerini Tanılama Rehberi: Amerikan Anestezistler Birliğinin (ASA) oluşturduğu bu rehber TUAS'ı olan hastalarda, ameliyat öncesi dönemde hastanın havayolu açıklığını sürdürmede ortaya çıkan potansiyel güçlükler nedeniyle morbidite ve mortalitesini azaltmak amacıyla oluşturulmuştur (23,24). TUAS belirtilerini tanılama rehberinde yer alan uyku sırasında gözle görülür hava yolu tıkanıklığı öyküsü ve uyku halinin bir veya daha fazla izlenme öyküsüne ilişkin bilgiler hasta ve yakını ile birebir görüşülerek elde edilmiştir. Bu tanılama rehberindeki uykululuk hali ile ilgili sorulara EVET yanıtını veren hastalar Epworth uykululuk ölçeği (EUS) ile değerlendirilmiştir (25). Ölçekten on ve üzeri puan alan hastalar TUAS riski taşıyor kabul edilmiştir. ASA kriterleri çerçevesinde oluşturulan TUAS belirtilerini tanılama rehberinin işlem basamaklarının kapsam geçerliliği çoğul uzman görüşü alınarak desteklendi.

Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ): 1991 yılında Johns tarafından geliştirilmiştir. Pratik, uygulaması ve değerlendirilmesi kolay ve yaygın olarak kullanılan bir ölçektir. Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ) basit ve öz bildirim dayalı bir ölçektir. Bireyin genel gündüz uykululuk düzeyini sorgulamaktadır. Ağargün ve arkadaşları tarafından 1999 yılında EUÖ'nin Türkçeye uyarlanarak geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçekteki her bir madde hiçbir

zaman=0, nadiren= 1, sıklıkla= 2 ve her zaman=3 olarak derecelendirilmiştir. Ölçekten her bir durum için alınan puan 10'dan büyükse aşırı gündüz uykululuğunun varlığından söz edilir (26).

TUAS'lı Hastada Ameliyat Sonrası Risk Değerlendirme Rehberi ; TUAS'lı hastalarda ameliyat sonrası ortaya çıkabilecek komplikasyonları belirleyebilmek için ASA kriterlerine göre hazırlanmış ameliyat sonrası TUAS riski skorlama rehberinden oluşmaktadır. Rehber üç bölümden oluşmuştur. Rehberin A bölümü ciddi uyku apnesinde klinik göstergeler puan skoru yer almaktadır. B bölümünde anestezi ve cerrahi girişimler puan skoru yer almaktadır. Hastalarda cerrahi girişimin tipi ve verilen anestezinin özelliğine göre alınan puana bakılarak risk belirlendi. C bölümünde ise ameliyat sonrası opioid gereksinim puan skoru yer almaktadır. Hastanın ameliyat sonrası opioid kullanma durumuna göre puanlama yapıldı. Bu puanlar üzerinden hastanın aldığı toplam puan belirlendi ve hastanın ameliyat sonrası ortaya çıkabilecek komplikasyonlar açısından risk durumu saptandı. Rehberde göre puan arttıkça komplikasyon çıkma riski de artacağı kabul edildi (25). TUAS'lı hastada ameliyat sonrası risk değerlendirme rehberinin üç bölümünde de puan skorları 0–3 arasındadır. TUAS'lı hastada ameliyat sonrası risk değerlendirme rehberinin işlem basamaklarının kapsam geçerliliği çoğul uzman görüşü ile desteklendi.

Ameliyat Sonrası TUAS'lı Hasta İzlem Formu; Çalışma grubunda yer alan TUAS'lı hastalarda ameliyat sonrası anesteziye bağlı ortaya çıkabilecek komplikasyonları önlemeye yönelik araştırmacı tarafından geliştirilen hemşirelik izlem formudur. Çalışma grubuna alınan hastalar ASA kriterleri ve literatür bilgileri çerçevesinde araştırmacı tarafından geliştirilmiş hemşirelik izlem formuna göre izlendi. Bu formla ameliyat sonrası dönemde TUAS'lı hastalar pozisyon, aritmi, desatürasyon, hipotansiyon, hipertansiyon, solunum şekli, sayısı ve tipindeki değişiklikler izlendi.

Pulse oksimetre: Ameliyat sonrası dönemde hastaların oksijen satürasyonu ve nabız hızı pulse oksimetre ile izlendi. Oksijen satürasyonu % 96 -100 (geniş sınırlarda % 90–100) arası normal kabul edilir. Kronik hastalıkları olan hastalarda arteriyel kan gazında SaO₂ %85–89 kabul edilebilir bir düzeydir (9).

Hasta izlem Monitörü: Ameliyat sonrası dönemde hastanın kan basıncını ve nabzını ölçmek için kliniklerde kullanılan standart hasta izlem monitörü kullanıldı. Hastanın kan basıncının ölçümünde 120/80 mmHg normal değer kabul edildi.

Verilerin Toplanması

Ameliyat olmak için cerrahi kliniklere başvuran tüm hastalar ile ön görüşme yapılarak çalışmaya katılmaları konusunda görüşüldü. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların tümünün Hasta Tanıtım Formu ile demografik verileri ve BKİ, boyun çevresi ölçümleri kaydedildi. Modifiye Mallampati Skorlaması ile ağız içi değerlendirildi. Hastanın ağız içi görsel derecelemeye bakılarak daha önceden belirlenmiş 1–4 arası standart skorlamaya göre, grade 3–4 olan hastalar TUAS riski olan hastalar olarak kabul edildi. Hastalardan işlem sonrası Uyku Bozukluğu Belirtileri Formu ve Epworth Uykululuk ölçeğini doldurmaları istendi. Daha sonra TUAS bakım protokolünü geliştirmek için hazırlanan ameliyat öncesi dönem TUAS Belirtilerini Tanıma Rehberine göre hastaların bu ölçeklerden aldıkları puanlar hesaplandı. TUAS riski olduğu belirlenen hastalarda Ameliyat Sonrası TUAS Riski skorlama rehberi

kullanıldı. TUAS riski olduğu tespit edilen 64 hasta araştırmacı tarafından geliştirilen Ameliyat Sonrası TUAS'lı Hasta İzlem Formu ile 24 saat izlendi ve veriler bu forma kaydedildi.

Etik İlkeler

Araştırma kapsamına alınan hastalara uygulamaya ilişkin bilgi verildi ve yazılı bilgilendirilmiş onamları alındı. Araştırma protokolü Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulu tarafından onaylandı. Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden ve Aydın Devlet Hastanesi'nden resmi izin alındı. Ölçek kullanımı için Profesör Doktor Mehmet Yücel Ağargün'den sözlü ve yazılı izin alındı.

Verilerin Analiz Edilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin analizi Statistical Package For Social Science (SPSS) paket programında yapıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun değerlendirilmesinde Kolmogorov Simirnov Shapiro-Wilk testleri kullanıldı. Araştırmanın amacına uygun olarak toplanan verilerin analizinde; yüzdeler, Ki-Kare, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanıldı.

3. BULGULAR

Çalışmaya katılan TUAS riski olan ve risk olmayan hastaların tanıtıcı özellikleri, sağlığı etkileyen tanıtıcı özellikleri, cinsiyet, menopoz, sigara kullanma, BKİ, yaş, kronik hastalıklar, ameliyat tipi, Modifiye Mallampati Skoru, TUAS riski olan hastaların TUAS ciddiyetine ve ameliyat sırasında opioid türevi anestezi ilaç kullanma durumlarına göre dağılımları Tablo 1'de verildi.

TUAS'da görülen uyku bozukluğu belirtilerine ilişkin bulgulara bakıldığında; TUAS riski olan hastaların, %57'si hemen her zaman, %25'i sıklıkla, risk taşımayanların %21'i hemen her zaman, %17'si sıklıkla horladığını belirtti (Tablo 2). Hastaların son aylarda gün boyu uykululuk durumuna bakıldığında; TUAS riski olan hastaların %36'sı hemen her zaman, %25'i sıklıkla, risk olmayanların %12'si hemen her zaman, %3'ü sıklıkla uyukladığını belirtti. TUAS risk taşıyan hastaların %8'si önceden TUAS tanısı aldığını, %82'si ise almadığını belirtti. TUAS riski olan hastaların %100'ü, risk olmayanların %1'i (nadiren) solunum durması öyküsü olduğunu ifade etti. TUAS riski olan hastaların %94'ü, risk olmayanların %58'i gece boyunca sık uyandığını, TUAS riski olan hastaların %53'ü, risk olmayanların %25'i gün boyunca uyanık kalmada zorlandığını belirtti. TUAS riski olan hastaların %53'ü, risk olmayanların %29'u sabah baş ağrısı olduğunu ifade etti (Tablo 2). TUAS riski olan hastaların %75'i, risk olmayanların ise %44'ü kendini depresif hissettiğini, TUAS riski olan hastaların %72'si, risk olmayanların %45'i hafızasında zayıflama olduğunu ifade etti. TUAS riski olan hastaların %70'i, risk olmayanların %25'i gece boğulma hissi yaşadığını, TUAS riski olan hastaların %88'i, risk olmayanların %41'i kendini sabah kalkınca gece iyi uyuyamamış hissettiğini belirtti. Bu çalışmada TUAS riski olan hastaların %75'i, risk olmayanların %46'sı gece sık idrara çıktığını belirttiği görüldü (Tablo 2).

Tablo 1. TUAS Riski Olan ve Olmayan Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (N = 180)

Tanıtıcı Özellikler		TUAS Riski Olan Hastalar (N=64)		TUAS Riski Olmayan Hastalar (N=116)		Toplam (N = 180)	
		n	%	n	%	n	%
Medeni Durum	Bekar	57	89	86	74	143	79
	Evli	7	11	30	26	37	21
Eğitim Durumu	Okuryazar olmayan	13	21	26	23	39	22
	Okuryazar	4	6	6	5	10	6
	İlkokul	36	56	70	60	106	58
	Ortaöğretim	9	14	12	10	21	12
	Üniversite	2	3	2	2	4	2
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	27	42	57	49	84	46
	Çalışıyor	19	30	36	31	55	30
	Emekli	18	28	18	16	36	20
	Öğrenci	-	-	5	4	5	4
Sağlığı etkileyen Tanıtıcı Özellikler							
Cinsiyet	Kadın	33	52	33	52	X ² =1300 p= 0,254	sd=1 p >0,05
	Erkek	31	48	31	48		
YAŞ	X=53,65±13,162	X=51,30±17,505	t=0,933	sd=179	p =0,352	p>0,05	
Kadınlarda Menopoz durumu	Var	20	60	40	57,1	X ² =0,206 p= 0,650	sd=1 p >0,05
	Yok	13	40	30	42,9		
Sigara kullanım Durumu	Kullanan	29	45	66	57	X ² =3.097 p= 0,213	sd=2 p >0,05
	Kullanmayan	21	33	25	22		
	bırakan	14	22	25	22		
BKİ	X=35,04±5,009	26,75±6,161	t=5,545	sd=179	p=0,000		
Kronik Hastalık Olma Durumu	Kronik Hastalığı Yok	32	50	78	67		
	Yük. Tansiyon	13	20	19	16		
	Diabet	6	10	6	5		
	DM + Yük. Tan.	6	10	7	6		
	Astım+KOAİ	5	7	2	2		
	Troid	2	3	4	4		
Ameliyat Tipi	Açık	52	81	98	84		
	Laparoskopik	12	19	18	16		
Opioid türevi anest. ilaç kull.		64	100	116	100		
Modifiye Mallampati Skorlaması	Grade I	-	-	22	19		
	Grade II	-	-	47	41		
	Grade III	22	34	36	31		
	Grade IV	42	66	11	9		
TUAS riski olan hastaların	Hiç yok	46	72	-	-		
	Hafif	16	25	-	-		

Ciddiyete göre dağılımları	Orta	2	3	-	-
	Ciddi	46	72	-	-

Tablo 2. TUAS'da Görülen Uyku Bozukluğu Belirtilerinin Dağılımı

BELİRTİLER	TUAS RİSKİ OLAN HASTALAR (N=64)				TUAS RİSKİ OLMAYAN HASTALAR (N=116)				Önemlilik	
	Evet		Hayır		Evet		Hayır			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Önceden TUAS tanısı olması	8	13	56	87	1	1	115	99	$X^2=12,023$ sd=3 p= 0,002 p < 0,05	
Gece boyunca solunum durması	64	100	0	0	2	1	115	99	$X^2=13,498$ sd=2 p= 0,000 p < 0,001	
Gece boyunca sık uyanma	60	94	4	6	67	58	49	42	$X^2=25,717$ sd=3 p= 0,000 p < 0,001	
Gün boyunca uyanık kalmada zorlanma	34	53	30	47	29	25	87	75	$X^2=52,727$ sd=3 p= 0,000 p < 0,001	
Sabah baş ağrısı	34	53	30	47	34	29	82	71	$X^2=11,058$ sd=3 p= 0,004 p < 0,05	
Kendini depresif hissetme	48	75	16	25	51	44	65	56	$X^2=16,050$ sd=3 p= 0,000 p < 0,001	
Hafızada zayıflama	46	72	18	28	52	45	64	55	$X^2=12,165$ sd=3 p= 0,000 p < 0,001	
Gece boğulma hissi	45	70	19	30	29	25	87	75	$X^2=35,659$ sd=3 p= 0,000 p < 0,001	
Sabah kalkınca gece iyi uyumama hissi	56	88	8	12	48	41	68	59	$X^2=39,503$ sd=3 p= 0,000 p < 0,001	
Gece sık idrara çıkma	48	75	16	25	53	46	63	54	$X^2=14,946$ sd=3 p= 0,001 p < 0,05	
Horlama Durumu	Horlamıyor	2	3	36	31	2	3	36	31	$X^2=21,351$ sd=3 p= 0,000 p < 0,001
	Bazen (1-2 kez/ Hafta)	10	15	36	31	10	15	36	31	
	Sıklıkla (3-4 kez / Hafta	16	25	20	17	16	25	20	17	
	Her zaman (5-7 kez/ Hafta)	36	57	24	21	36	57	24	21	
	Uyuklamıyor	13	20	64	55	13	20	64	55	
Gün Boyu Uykululuk Durumu	Bazen (1-2 kez/ Hafta)	12	19	34	30	12	19	34	30	$X^2=42,189$ sd=3 p= 0,000 p < 0,001
	Sıklıkla (3-4 kez/ Hafta)	16	25	4	3	16	25	4	3	
	Hemen Her zaman (5-7 kez/ Hafta)	23	36	14	12	23	36	14	12	

Uyku bozukluğu belirtilerinden horlama ve gün boyu uykululuk hali sıklığı, TUAS tanısı alma, gece boyunca solunum durması, gece boyunca sık uyanma, gün boyunca uyanık kalmada zorlanma, sabah baş ağrısı, kendini depresif hissetme, hafızada zayıflama, gece boğulma hissi, sabah kalkınca gece iyi uyumama hissi, gece sık idrara çıkma durumuna ilişkin bulgulara bakıldığında TUAS riskli olan ve olmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0.01$) (Tablo 2).

Tablo 3’de TUAS riskli olan ve olmayan hastaların boyun çevresi, mallampati skoru, TUAS risk puanı ve EUS puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0,01$). TUAS riskli olan ve olmayan hastaların yaşam bulguları puan ortalamalarına göre dağılımına bakıldığında hastaların sistolik ve diastolik tansiyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0,01$), (Tablo 3).

Tablo 3. Hastaların Boyun Çevresi, Modifiye Mallampati Skoru, TUAS Risk Puanı, EUÖ Puanı ve Ameliyat Öncesi Yaşam Bulguları Ortalamalarına Göre Dağılımı

	Tuas Riskli Olan Hastalar (n=64)		Tuas Riskli Olmayan Hastalar (n =116)		Önemlilik (Gruplar arası)	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS		
Boyun Çevresi	180	43,45	3,17	38	3,82	t=7,351 p=0,000 sd=179 p<0,001
Modifiye Mallampati Skorlaması	180	3,65	0,47	2,31	0,88	t=11,240 p=0,000 sd=179 p<0,001
TUAS Risk Puanı	180	7,34	1,50	1,66	1,58	t=23,374 p=0,000 sd=179 p<0,001
EUÖ Puanı	180	13,89	3,22	4,08	2,91	t=20,799 p=0,000 sd=179 p<0,001
Sistolik kan basıncı	180	128,79	16,79	121,164	16,62	t=2,938 p=0,000 sd=179 p>0,001
Diastolik kan basıncı	180	77,75	9,99	72,49	10,80	t=3,209 p=0,000 sd=179 p<0,001

Araştırmacı tarafından geliştirilen ameliyat sonrası izlem formuyla izlenen ve TUAS riskli olan hastaların %90’ının solunumu ritmik, %10’unun solunum ritmi apneik olarak kaydedildi. %100’ünün nabız ritmi sinüs, olarak belirlendi. TUAS riskli olan hastaların ameliyat sonrası pozisyon verilme durumlarına bakıldığında; hastaların %45’inin sırtüstü, %45’inin semifowler, %10’unun fowler pozisyonunda yattığı görüldü (Tablo 4). Ameliyat sonrası solunuma yardımcı araç kullanımlarına bakıldığında; TUAS riskli olan hastaların solunumuna yardımcı araç olarak %25’inde nazal kanül, %14’ünde maske kullanıldığı, risk olmayan hastaların ise sadece %5’inde nazal kanül gereksinimi olduğu görüldü. TUAS riskli olan hastalardan %27’sinde oksijen satürasyonu izlenmesi gerektiği görüldü. Geliştirilen formla izlenen ve risk olmayan hastalarda ise nabız, solunum ve satürasyon yönünden herhangi bir sorun saptanmadı (Tablo 4).

Tablo 4. TUAS Riski Olan ve Olmayan Hastaların Ameliyat Sonrası Solunum ve Nabız İzlem, Pozisyon Verilme ve Yardımcı Araç Kullanımlarına Monitörize Edilme ve O₂ Satürasyonu İzlemlerine Göre Dağılımı

Yaşam bulgusu izlem		TUAS Riski Olan Hastalar (n= 64)		TUAS Riski Olmayan Hastalar (n= 116)	
		n	%	n	%
Ameliyat Sonrası Solunum Ritmi	Ritmik	58	90	116	100
	Apneik	6	10	-	-
Amel. Sonrası Nabız Ritmi	Sinüs	64	100	116	100
Amel. Sonrası verilen Pozisyon	Sırtüstü	29	45	89	77
	Semi Fowler	29	45	18	16
	Fowler	6	10	9	7
Amel. Sonrası Yardımcı Araç Kullanımı	Yardımcı araç yok	39	61	110	95
	Nazal Kanül	16	25	6	5
	Maske	9	14	-	-
Amel.Sonrası Monitörize Edilme	Var	17	27	-	-
Amel.Sonrası O₂ Satürasyonu İzlemi	Yok	47	73	116	100
	Var	17	27	-	-
Toplam		64	100	116	100

4. TARTIŞMA

TUAS tıbben ciddi kabul edilen, erişkinlerde, erkeklerde, horlayanlarda, menopoza girmiş kadınlarda, yaşlılarda ve şişmanlarda daha sık görülmektedir (8; 9). Bu çalışmada TUAS riski kadın ve erkekte benzer oranlarda bulunmuştur. TUAS'da erkek cinsiyet bağımsız bir risk faktörüdür. Son yıllarda yapılan çalışmalarda kadınlarda da oldukça yüksek sıklık saptanmış ve her yaş grubu için kadın/erkek oranı 1/2–3 olarak belirtilmiştir (8). Bu çalışmada TUAS riski taşıyan hastaların yaş ortalaması X=53,65 risk taşımayanların X= 51,30 bulundu. Literatürlerde TUAS riskinin daha çok 30–60 yaş arası erişkinlerde görüldüğü bildirilmektedir. Genç hastalarda da TUAS gelişmesine rağmen yaşla insidans artmaktadır. Bunun nedeni olarak yaş ilerledikçe kilo alma ve farengeal kasların tonüsünün kaybı düşünülmektedir (8). Bu sebeple TUAS'da orta yaş popülasyonu önemli bir risk faktörüdür (2,8,9).

Çalışmada TUAS riski taşıyan ve taşımayan kadınların menopoz durumları arasında fark bulunmadı. Ancak literatürde menopoz sonrası kadınlarda TUAS riskinin daha fazla olduğu belirtilmektedir. Bunun nedeni olarak menopoz öncesi dönemde salgılanan progesteron ve östrojenin kadınları TUAS'a karşı koruyucu rol oynadığı çalışmalarda belirtilmektedir (2,8). Çalışma sonuçlarındaki benzerliğin nedeninin TUAS riski taşıyan hastaların büyük bir çoğunluğunun hafif risk taşıyor olması ve menopozun tek başına TUAS riski oluşturmada bir kriter olmamasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmada TUAS riski taşıyan ve taşımayan hastaların sigara içme durumları arasında fark bulunmadı. Ancak TUAS'ta risk faktörleri arasında şişmanlık, yaş cinsiyet yanı sıra sigara ve alkol kullanımı da gösterilmektedir. Çalışmada fark olmamasının nedeninin her iki gruptaki hastaların benzer olarak çoğunlukla sigarayı bırakması veya kullanmaması olabilir.

TUAS riski olan hastaların beden kitle indeksi ortalaması $X=35,03$ risk olmayanlarda $X=26,75$ olarak bulundu. Şişman kişilerde, farinkse yağ infiltrasyonu, dil ve yumuşak damağın büyüklüğü hava yolunda daralmaya sebep olabilmektedir. Bu nedenlerle şişmanlık TUAS'da major risk faktörüdür (12,27). Chung ve ark (2008) BKİ'ni ≥ 35 kg/m² üzeri hastaları aldıkları çalışmada şişmanlık cerrahisi olacak gruplarla kontrol gruplarının BKİ'sinin karşılaştırıldığı ve şişman hastalarda TUAS görülme sıklığını %75,9–86,9 arasında buldukları belirtilmektedir (14,28). Yine Berry (2008) çalışmasında da TUAS'lı olguların %75'inin şişman olduğu gösterilmiştir (28).

Çalışmada büyük bir fark olmamakla beraber TUAS riski olan hastaların risk olmayan hastalara göre daha fazla yüksek tansiyon, diyabet+yüksek tansiyon, akciğer hastalığı (astım, KOAH) olduğunu belirledi. Yapılan çalışmalarda da TUAS'ı olan hastalarda yüksek tansiyon, akciğer hastalıkları görülme oranı yüksek bulunmuştur (2,8,9).

Çalışmada ameliyat tipine göre hastaların büyük çoğunluğunun genel anestezi aldığı ve anesteziye opioid türevi ilaçların kullanıldığı saptandı. Bilindiği üzere opioid türevi anestetik ve analjeziklerin hastalarda ameliyat sonrası solunum sorunlarına ve oksijen desatürasyonuna yol açmaktadır. TUAS hastalarının normal koşullarda bile apne öyküsü olduğu düşünüldüğünde genel anestezi alan bu hastaların solunum yönünden çok yakın takip edilmesi önemlidir.

TUAS riski olan hastaların yapılan ağız içi değerlendirmesinde hastaların tümünün modifiye mallampati skorlaması grade III ve IV olduğu görüldü. Literatürlerde de hastada TUAS riskini belirlemek için yapılan ağız içi değerlendirmesinde modifiye mallampati skorlaması kullanıldığı ve grade III ve grade IV olan hastaların TUAS riski açısından değerlendirilmesi gerektiği bildirilmektedir (21,29). Bilindiği üzere büyük dil, tonsiller ve küçük dili kontrol eden kasların zayıflığı anestezi sonrasında hastalar için risk oluşturmaktadır. Anestezik ilaçların dili kontrol eden kasların gevşemesine yol açabileceği ve hastanın dilinin geriye kaçması veya büyük dil nedeniyle solunum sıkıntısı çekeceği göz önüne alınmalıdır. Ayrıca grade III ve grade IV düzeyinde değerlendirilen hastaların zorlu entübasyon veya reentübasyon açısından riskli olarak kabul edilmesi gerektiği bildirilmektedir (9,17,21).

Çalışmada TUAS riski taşıyan hastaların çoğunda hafif düzeyde, üçte birinde orta düzeyde, az oranda ise ciddi düzeyde risk görülmektedir. Gupta ve ark (2001) yaptığı çalışmada hastaların daha önceden tanılanamaması sebebiyle TUAS riski ne kadar yüksekse hastalarda ameliyat sonrası dönemde komplikasyon riski de o derece artabilmektedir (13).

Bu çalışmada TUAS riski olan hastaların uyku bozukluğu belirtilerine bakıldığında TUAS risk taşıyan hastaların büyük çoğunluğunun önceden TUAS tanısı almadığı görüldü. TUAS'ın önceden tanılanmaması ameliyat sonrası komplikasyon riskini arttırabilir. Bir çalışmada tanılanmamış ve tedavi edilmemiş TUAS hastalarının olduğu ve cinsiyete göre tanılanmama oranının kadınlarda %93, erkeklerde %82 olarak bildirilmiştir (6,30). Bu çalışmada da bu oran %87 olarak bulundu. Bu önemli bir orandır. Bunun nedeni TUAS tanılanmasında altın standart olan polisomnografinin yapıldığı yerlerin az olması ve bu uygulama için hastanın en az bir gün hastanede kalması ve ayrıca maliyet gerektirmesi sebebiyle hastaların tercih etmemesinden, zaman kaybı nedeniyle de hekimlerin

yönlendirmemesinden kaynaklanmış olabilir. Tanılanamayan TUAS'lı hastalar ameliyat sonrası dönemde yeniden entübasyon, zor entübe edilme ya da edilememe, kardiyak aritmi, desatürasyon, solunum depresyonu, faringeal kollaps, hipoksi, apne, beyin ölümü veya ölüm gibi yaşamsal risklerle karşılaşmaktadır (8,9).

TUAS riski olan hastaların uyku bozukluğu belirtilerinin (gece boyunca solunum durması, gece boyunca sık uyanma, gün boyunca uyanık kalmada zorlanma, sabah baş ağrısı, kendini depresif hissetme, hafızada zayıflama, gece boğulma hissi, sabah kalkınca gece iyi uyumama hissi, gece sık idrara çıkma, horlama ve gün boyu uykululuk durumu) risk olmayan hastalara göre daha yüksek olduğu bulundu. Risk olan ve olmayan hastalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi. TUAS'lı hastalarda uyku bozukluğu belirtilerinin sıkça görülmesi beklenen bir sonuç olarak yorumlanmıştır. Literatürde de uyku bozukluğu belirtilerinin TUAS'lı hastalarda daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (8,9,10).

Çalışmada TUAS riski olan ve olmayan hastaların boyun çevresi, mallampati skoru, TUAS risk puanı ve EUS puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Yapılan çalışmalarda da TUAS riski olan hastaların boyun çevresi, mallampati skorlaması, EUS puan ortalamaları TUAS riski olmayan hastalara göre anlamlı olarak yüksek bulunduğu bildirilmektedir (8,19). Bir çok çalışmada da TUAS riski olan hastaların belirleyicilerinden olan boyun çevresi genişliği, kısa ve kalın boyun, mallampati skoru ve EUS puan ortalamaları yüksek olduğu belirtilmektedir (25). Çalışma sonuçları literatürle uyumludur (23,30).

Çalışmada TUAS riski olan hastalar ile risk olmayanların sistolik ve diastolik tansiyonları arasında anlamlı fark bulundu. Yapılan çalışmalarda da TUAS riski olan hastaların yüksek tansiyon şikayetlerinin olduğu ve tek başına TUAS'ın yüksek tansiyonun ortaya çıkmasında risk faktörü olduğu bildirilmektedir (13,23).

Bilindiği üzere kliniklerde kullanılan standart hemşire izlem formunda sadece ateş, solunum ve tansiyon izlemi kaydedilmektedir. Hastada bir durum fark edildiğinde ise hemşire notları bölümüne kayıt yapılmaktadır. Bu çalışmada ameliyat sonrası dönemde TUAS riski olan ve olmayan hastaların izlemi araştırmacı tarafından geliştirilen izlem formu ile yapıldı. TUAS riski taşımayan hastaların tansiyon, solunum ve nabız ritmi, oksijen satürasyonu düzeyinde sorun olmadı. Solunum sıkıntısına bağlı yardımcı araç gereç kullanımı açısından sadece altı hastada nazal kanül kullanıldı. TUAS riski olan hastaların ameliyat sonrası izlemlerine bakıldığında ise hastaların %10'unda solunum ritmi apneik olarak kaydedildi. Hastaların %10'unda apneik solunum görülmesi önemlidir. Çünkü literatürlere bakıldığında apne fazlarında hastanın oksijen satürasyonunun düştüğü ve buna bağlı hastanın uykudan uyandıdığı ve nefes aldığı bildirilmektedir. Anestezi etkisi geçmeyen hastalarda uyanmada ve nefes almada sorun yaşayabileceği göz önüne alınarak hastaların solunum takiplerinin yapılırken solunum derinliğine ve özelliğine de bakılması gerekmektedir (9,24).

Çalışmada TUAS riski olan hastaların yarıya yakınının sırtüstü, pozisyonda yattığı görüldü. Çalışmalara bakıldığında sırtüstü pozisyonda hastanın hava yolu açıklığının kapanabileceği ve bununda hastanın hipoksiye girmesine veya oksijen desatürasyonuna yol açabileceği bildirilmektedir. Özellikle henüz uyanma aşamasında olan TUAS'lı hastalara, yüksek sırtüstü, sağ veya sol yan, semifowler veya fowler pozisyonu verilmesi gerektiği, bu pozisyonların sırtüstü pozisyona tercih edilmeleri gerektiği vurgulanmaktadır (9,21).

TUAS riski olan hastaların ameliyat sonrası solunuma yardımcı araç kullanımına bakıldığında hastaların yarısına yakınının solunumuna yardımcı araç olarak nazal kanül ve maske kullanıldığı görüldü. Literatürlerde de bu hastalarda özellikle uyanma aşamasında oksijen desatürasyonu gelişmemesi için yardımcı araçlarla oksijen verilmesi gerektiği bildirilmektedir. TUAS'ı veya TUAS riski olan hastaların özellikle oksijen satürasyonlarının sürekli izlenmesi gerektiği ve normal oda havasında solunum düzeylerine bakılarak oksijen desteğinin kesilmesine karar verilmesi gerektiği bildirilmektedir (9,29).

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmanın sonucunda cerrahi kliniklerine ameliyat için başvuran hastaların arasında tanımlanmamış ve TUAS riski taşıyan hastalar varlığı tespit edilmiştir. TUAS riski olan hastalarda risk taşımayanlara göre horlama, gündüz uykululuk hali gibi uyku bozukluğu belirtilerinin çok yüksek oranda görüldüğü belirlenmiştir. Bunlara ilaveten TUAS riski olan hastaların boyun çevresi, mallampati skorlaması, TUAS risk puanı ve EUS puan ortalamalarının TUAS riski olmayan hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Çalışmada araştırmacı tarafından geliştirilen ameliyat sonrası TUAS'lı hasta izlem formunun kullanımı ile TUAS riski taşıyan hastalarda risk taşımayanlara göre daha fazla komplikasyon geliştiği saptanmıştır. Hastaların yaklaşık dörtte birinde oksijen satürasyonu, solunum sayısı ve derinliği ile nabız ritminde bozulma komplikasyonları yaşanmıştır. Gelişen komplikasyonları önlemek için hastalara pozisyon verilmesi ve solunuma yardımcı araç geç kullanılması gerekmiştir.

Çalışmada araştırmacı tarafından geliştirilen ameliyat sonrası TUAS'lı hasta izlem formunun kullanımı komplikasyonları saptama ve önleme açısından yararlı olduğu görülmüştür.

Öneriler;

Ameliyat sonrası dönem TUAS riski olan hastaların ameliyat sonrası izlemlerinde tam monitörizasyon yapılması, özellikle ameliyat sonrası serviste izlenecek bu hastaların solunumu, tipi, derinliği ile nabız ritmi ve hızının kaydedilmesini sağlayacak, TUAS riski olan hastalar için geliştirilmiş izlem formu ile izlenmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Alberti A, Mazotta G, Gallinella E, Sarchielli P. (2005). Headache Characteristics in Obstructive Sleep Apnea Syndrome and Insomnia. *Acta Neurol. Scand.* 111: 309–16.
2. Atılğan Arıtürk Z, Abakay A, Ülgen S. (2011). Tıkayıcı Uyku Apne Sendromu ve Kardiyovasküler Sorunlar. *Dicle Tıp Dergisi.* 38 (2) 253-256
3. Saunamaki T, Jehkonen MA. (2007). A Review of Executive Functions In Obstructive Sleep Apnea Syndrome. *Acta Neurol. Scand.*;115: 1–11.
4. Dursunoğlu N, Dursunoğlu D. (2005). Obstrüktif Uyku Apne Hipopne Sendromunun Kardiyovasküler Sistem Üzerine Etkileri. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi.* 41.
5. Endeshaw Y. (2006). Clinical Characteristics of Obstructive Sleep Apnea in Community- Dwelling Older Adults. *JAGS.* 54: 1740–4.
6. Udoh O. Obesity and Obstructive Sleep Apnea. *Total Health.* 2006;28: 4. 26–27.

7. Köktürk O. (1998). Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Epidemiyolojisi, Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 46:193-201.
8. Simson S, Pruitt B. (2012). Alarm For Patients with Obstructive Sleep Apnea. Nursing. (April), 34-41
9. Fidan F, Ünlü M. (2005). Obstrüktif Uyku Apne Sendromu ve Anestezi. Kocatepe Tıp Dergisi. 6.1-5
10. Gross B et all. (2006). Practice Guidelines for the Perioperative Management of Patients With Obstructive Sleep Apnea, Anesthesiology. 104:1081-93.
11. Practice Guidelines For the Perioperative Management of Patients with Obstructive Sleep Apnea. (2006;) 104:5. 1081-93.
12. Jensen R, Olsborg C, Torbergsen T, Bekkelund SI. (2004). Is Obstructive Sleep Apnea Syndrome Associated With Headache? Acta Neurol. Scand. 109:180-4.
13. Gupta RM, Parvizi J, Hanssen AD, GAy PC. (2001). Postoperative complications in patients with obstructive sleep apnea syndrome undergoing hip or knee replacement: a case-control study. Mayo Clinic Proc. 76: 9. 897-905.
14. Chung F et all. (2008). Stop Questionnaire. Anesthesiology. 108(5): 812-21.
15. Schneider C, Fulda S, Schulz H. (2004). Daytime Variation in Performance and Tiredness\Sleepiness amongs in Patients With İnsomnia, Narcolepsy, Sleep Apnea and Normal Controls. J. SLEep Res. 13: 373-83
16. Erdil F, Elbaş ÖN. (1999). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Kitabı 117-18. III. Baskı, Tasarım Ofset Ltd.Şti. Ankara,.
17. Deutzer J. (2005). Potential Complications of Obstructive Sleep Apnea in patients Undergoing Gastric Bypass Surgery. Cirit. Care Nurs Q. 28(3):293-99
18. Fırat H. (2007). Uyku Apne Sendromu. Toraks Derneği Yayınları.
19. Khan AF, Ali M. (2008). Perioperative Management of Patients with Obstructive Sleep Apnoea- A Review. Indian Jour. of Anaesthesia. 52(2): 140-7.
20. Tate J et all. (2002). More Than a Snore Recognizing the Danger of Sleep Apnea. Nursing. 32(8):46-49.
21. Moore P, Bardwell WA, İsrail-Ancoli S, Dimsdale JE. (2001). Association Between Polysomnographic Sleep Measures and Health-Related Quality of Life in Ostructive Sleep Apnea. J.Sleep Res. 10: 303-8.
22. Scales B. Screening High-Risk Patients For the Amblulatory Setting. Journal Of PeriAnesthesia Nursing. 2003;18: 5. 307-16.
23. Grunstein RR. (2006). Syndrome Zzzzzz: The Overlap Between Snoring, Sleep Apnea, and Metabolic Syndrome. Drug Development Research. 67: 616-18
24. Chung F at all. (2008). Validation of the Berlin Questionnaire and American Society of Anesthesiologists Checklist as Screaning Tools for Obstructive Seleep Apnea in Surgical Patients, Anesthesiology. 108:822-30
25. Broström A, at all. (2007). Obstructive Sleep Apnoea Syndrome-patients' Perceptions of Their Sleep and Its Effects on Their Life Situation. JAN. 57(3): 318-327
26. Ağargün, M. Y., Çilli, A. S., Kara, H., Bilici, M., Telcioğlu, M., Semiz, Ü. B., ve Başoğlu, C. (1999). Epworth Uykululuk Ölçeğinin geçerliği ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 10(4), 261-267.
27. Willard R et all. (2005). Wake Up Call for Sleep. Nursing. 35: 3. 47-49.
28. Berry D. (2008). Case Study: Obstructive Sleep Apnea. MEDSURG Nursing. 17:1, 11-17.
29. Zeitz K, McCutcheon H, Albrecht A. (2004). Postoperative Complications in The First 24 Hours: A General Surgery Audit. Jour. Adv..
30. Pang KP. (2007). Identifying Patients Who Need Close Monitoring During and After Upper Airway Surgery for Obstructive Sleep Apnoea. Otolaryngology.