

T.C.  
İstanbul Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği  
Anabilim Dalı  
Tez Yöneticisi: Doç.Dr.Güler AKSOY

**LARENJEKTOMİ AMELİYATI GEÇİREN HASTALARIN  
BESLENMESİNE İLİŞKİN SORUNLARIN ÇÖZÜMLENMESİNDE  
HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI**

Yüksek Lisans Tezi

**Y. G.  
Yükseköğretim Kurulu  
Dokümantasyon Merkezi**

Nuran TEKE

İstanbul - 1991

## İÇİNDEKİLER

|                                | <u>Sayfa</u> |
|--------------------------------|--------------|
| <b>GİRİŞ</b> _____             | 1            |
| <b>GENEL BİLGİLER</b> _____    | 4            |
| <b>MATERYAL VE METOD</b> _____ | 20           |
| <b>BULGULAR</b> _____          | 22           |
| <b>TARTIŞMA</b> _____          | 50           |
| <b>SONUÇ VE ÖNERİLER</b> _____ | 61           |
| <b>ÖZET</b> _____              | 65           |
| <b>SUMMARY</b> _____           | 66           |
| <b>KAYNAKLAR</b> _____         | 67           |
| <b>EKLER</b> _____             | 73           |
| <b>ÖZGEÇMİŞ</b> _____          | 94           |

## G İ R İ Ő

Sağlıklı olmak insanın temel hakkı olup, bunun korunması ve devamlılığının sağlanması tüm sağlık ekibi görev almaktadır. Hastanın yeniden sağlığına kavuşmasında en önemli görev tüm sağlık ekibi içinde, hasta ile yakın ve sürekli ilişkileri nedeniyle hemŐirelere düŐmektedir(12,35).

Hasta bakımında büyük ve önemli bir role sahip olan hemŐireliđin özünü oluşturan yardım, bireyin, ailenin, toplumun sağlığını sürdürme-si için bilgi vermek olduğu gibi bireyin hastalığı nedeniyle kendi kendine karŐılayamadıđı gereksinimlerinin karşılanması ve en kısa zamanda onun bağımsız hale gelmesini de içerir. Ayrıca sağlık ekibi içinde hasta ile uzun bir süre birlikte olan hemşire, hasta bireyin diğer sağlık personeli ile iletişim sağlamasında da görev üstlenir. Hastaya gereksinim duyduğu yardımı verebilmek, hemşire-hasta arasında iyi iliŐkinin kurulması ile mümkün olur. Hastanın gereksinimlerini ve davranıŐlarını anlamak, davranıŐlarının altında yatan etkenleri tanımak hemşire-hasta iliŐkisinin temelini oluşturur. Hastanın duygularını ve güçlüklerini göz önüne alarak sürdürülen iliŐkiler, tedavinin baŐarıya ulaŐmasında en önemli faktörlerden biridir(12,15,30,35,53).

Günümüzde cerrahi konusunda oldukça önemli geliŐmelerin meydana geldiği gözlenmektedir. Bu geliŐmelere paralel olarak ameliyat geire-

cek olan bireylerin bakımında görev alan hemşirelerin de yeni ve daha karmaşık sorumluluklar alması gerektiği açıkça ortaya çıkmaktadır. Sağlıkla ilgili sorununu cerrahi girişimlerle çözmek zorunda kalan hastaya, fizyolojik, psikolojik ve sosyo-ekonomik sorunlarında rehberlik edecek ve çözümlenici rolüyle yardımda bulunacak kişi hemşiredir. Hastanın anestezi, ameliyata bağlı ve ameliyat sonrası meydana gelebilecek sorunlara karşı fizyolojik ve psikolojik bakımdan ne gibi tepkiler gösterebileceğini bilen cerrahi hemşiresi, hastayı normal fonksiyonlarına ulaştıncaya kadar destekleyecek, koruyacak, rahat ettirecek ve meydana gelebilecek komplikasyonları önlemede etkin bir hasta bakımını planlayıp, uygulama yeteneği ile hastasına nitelikli bir bakım sağlayabilecektir(1,2,44,55).

Larenjektomi endikasyonu konan hastalara ameliyat öncesi dönemde verilecek hemşirelik bakımı, hastada ortaya çıkması olası, onu fiziksel ve psikolojik açıdan etkileyecek durumların olumlu yöne doğru çevrilmesinde etkili olacaktır. Bu nedenle hastaya verilecek ameliyat öncesi hemşirelik bakımının kapsamını, hekimle işbirliğine gidilerek uygulanacak tedavi yöntemlerinin, bakımın gerektireceği hemşirelik uygulamalarının açıklanması, iletişimin sağlanmasında kullanılacak yeni yöntemlerde hastaya yardımcı olma ve yaşamın en üst düzeyde sürdürülmesinde gerekli olan beslenmenin sağlanması ve uygulanacak beslenme yöntemlerinin hastaya öğretilmesini içerir(2,7,35).

Larenjektomili hastalarda, hemşire solunum yolunun fizyolojik olarak değişmesine bağlı olarak solunumun sürdürülmesinde hastaya yardım ederek, yeni yaşam biçimine uyumda onu desteklemelidir. Ayrıca bu hastalarda dengeli bir beslenmenin sağlanması, nazogastrik beslenmenin en iyi koşullarda sürdürülmesi, sonraki yaşamı boyunca beslenme gereksinimlerinin sağlanması yöntemlerinin öğretilmesi, hemşirenin görev ve sorumlulukları içinde yer almaktadır(7,19,28,35,39).

Hastanın insizyon yeri iyileştikten yaklaşık 7-10 gün sonra oral beslenmeye başlanmaktadır.Parsiyellarenjektomide yutma sırasında beslenmenin solunum yollarına aspirasyonunu önleyen epiglotun çıkartılması, yiye-

cek ve sıvıların hava yoluna kolayca geçmesi için bir geçit oluşturmaktadır. Bu nedenle hastalar özellikle akciğer komplikasyonları yönünden dikkatlice gözlenmelidir. Nazogastrik tüp çıkartıldıktan sonra hastanın yiyecekleri ve suyu solunum sistemine aspire etmeden yemesini-içmesini öğrenmesi zamana, eğitime ve desteklenmeye gereksinim gösteren durumlardır(19,35,39).

Larenjektomili hastalarda ameliyat sonrası dönemde görülen beslenme sorunlarının erken tanınması, etkin önlem alınması ve çözümlenmesi daha da önemlisi bu sorunların ortaya çıkmasının engellenmesi iyi planlanmış bir hemşirelik bakımı ile sağlanabilir.

Bu çalışma Kulak-Burun-Boğaz servislerinde larenjektomi ameliyatı geçirmiş hastalarda ameliyat sonrası dönemde nazogastrik beslenmeye bağlı olarak oral kavite yaraları, diyare, konstipasyon, bulantı-kusma, hazımsızlık, iştah kaybı, kilo kaybı, kramp şeklinde abdominal ağrı, abdominal distansiyon gibi şikayetleri içeren beslenme sorunlarının çözümlenmesi ve bu konularda hastaya gerekli eğitim ve desteğin sağlanmasında hemşirelik yaklaşımının etkinliğini saptamak amacıyla planlanmıştır.

## GENEL BİLGİLER

Sağlık, organizmanın tüm sistemlerinin uyumlu bir biçimde çalışması sonucu gerçekleştiğinden biyolojik, duygulara bağlı olarak gelişen hareket ve davranışların zeka ile ilişkisi sonucu psikolojik, insanın var olması ancak çevresi ile uyumu sonucu meydana geldiğinden toplumsaldır. Sağlığın, yakın bir geçmişe kadar bireyde hastalık hali olmayışı şeklinde dar bir çerçevede tanımlanması, bireyi etkileyen ruhsal ve sosyal faktörlere yeterince önem verilmemesinin bir göstergesidir(12,13,35).

Sağlık ve hastalık kavramları daima iç içe olduğundan sağlıklı birlikte hastalığı da tanımlamak gerekir. "Hastalık, doku ve hücrelerde yapısal, fonksiyonel ve normal olmayan değişikliklerin yarattığı durumdur" şeklinde yapılan hastalığın bilimsel tanımı biyolojik açıdan doğru ve doyurucudur. Ancak hastalık sadece biyolojik bir olay değildir. Aynı zamanda sosyal, kültürel ve psikolojik bir olgudur. Bu yüzden hastalık kavramı organizmanın yaralanması ya da çeşitli nedenlerle homeostatik dengenin bozulması olup, fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunları da beraberinde getiren bir durum olarak tanımlanmaktadır(12,13,25,35,41,55).

Hasta bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan çeşitli düzeylerde bakıma gereksinimleri vardır. Hemşirenin, hastanın bakım gereksinimlerini karşılayabilmesi için bilimsel düşünme yeteneğine sahip olması beklenilendir. Bilimsel düşünme yeteneğinin hemşirelik bakımında kullanıl-

ması, hemşirelik süreci ile gerçekleşir. Hemşirelik süreci, hastada var olan sorunların saptanması, saptanan sorunların planlanması, planda öngörülen etkinliklerin uygulanması ve uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi aşamaları ile gerçekleştirilir(2,4,6,12,26).

Hasta bakımında fiziksel gereksinimlerin karşılanması ilk sırada yer almaktadır. İnsan gereksinimlerini fiziksel, psikolojik, sosyolojik, spirittüel ve entellektüel alanlarda çok bilinen "14 Temel Gereksinim" ile sınırlanmış bulunan Virginia Henderson fiziksel gereksinimlere ilk sıralarda yer vermiştir. Virginia Henderson'ın 14 temel gereksinimine göre normal solunumdan sonra ikinci sırayı yeterli beslenme almaktadır(12).

Yeterli beslenme insanın, büyümesi, ölen hücrelerinin yenilenmesi, dıştan gelebilecek etkenlere karşı dirençli olması ve uzun süre çalışmada gerekli enerjinin sağlanması için gerekli proteinlerin, karbonhidratların, yağların, vitaminlerin ve minerallerin yeterli miktarda alınması ile gerçekleşmektedir(3,8,9,10,43).

Larenks, hava pasajının başlangıcında, havanın giriş ve çıkışını kontrol eden valvüler sisteme sahip bir organdır. Alt solunum yollarına havadan başka herhangi bir yabancı cismin girmesini önlemek, solunum fonksiyonunun yapılabilmesi için gerekli olan açık hava yolunun inspiryum sırasında sağlanması ve konuşma için gerekli ses dalgalarını oluşturmak larenksin önemli fonksiyonları arasında yer almaktadır. Türkiye'de önde gelen beş ölüm nedenlerinden üçüncü sırada yer alan kanser türleri arasında larenks kanseri üçüncü sırada yer almaktadır. Larenks kanserleri histolojik yönden epidermin spinal ve bazal hücrelerinden kaynaklandığından yassı epitel (Squamocell veya Spinacell) ve bazoselüler karsinoma ismini almaktadır(24,32,34,35,36,45,46,50).

Larenks kanseri etyolojisinde, heredite, yaş, cins, sigara-alkol kullanımı, pre-kanseröz lezyonlar, üst ve alt solunum yollarının kronik infeksiyonları, kimyasal maddeler, hava kirliliği, travma ve iritasyon, beslenme bozuklukları ve virüslerden söz edilmektedir. Çoğunlukla 40 yaşın-

dan sonra, % 90'nı erkek ve sigara-alkol kullanan bireyler arasında görülmektedir(32,36,44,45,46,50).

En belirgin semptomu ses kısıklığı olan larenks kanserinde, boğazda garip bir rahatsızlık hissi, rahatsız edici öksürük, sesin niteliğinin bozulması, dispne, disfaji, iştahsızlık, kaşeksi, ağız kokusu, kanama ve ağrı belli başlı semptomlardır(32,36,44,45).

Larenks kanserinde tedavi cerrahi yöntemler, kemoterapi ve radyoterapi ile gerçekleştirilir. Kanser hücrelerini zehirlemek, öldürmek, bölünme, çoğalma ve yayılmasına engel olmak amacıyla uygulanan kemoterapi daha çok ameliyat ve radyoterapi ile tedavisi mümkün olmayan durumlarda ve ileri vakaların paliatif tedavisinde kullanılmaktadır. Hastalığın başlangıcında derin enfiltrasyon meydana gelmeden önce veya cerrahi tedaviye yardımcı olmak üzere ameliyattan önce ve sonra, ileri vakalarda paliatif amaçla radyoterapi uygulanmaktadır. Kemoterapi ve radyoterapi ile tedavi edilemeyen larenks kanserlerinde klinik bulguya göre parsiyel veya total larenjektomi ameliyatı ve gerekirse tek veya çift taraflı boyun ganglionlarının radikal çıkartılması en iyi sonucu vermektedir. Tümör fasyanın üzerinde ve bir vokal kord ile sınırlı ise (larengofissür) parsiyel larenjektomi ile trakeotomi yapılmakta, kordal yayılma gösteren vakalarda bu tür tedavinin uygun olmadığı belirtilmektedir. Bir kord vokalde fiksasyon yapmış, belli subglotik veya transglotik yayılma göstermiş geniş alanı kapsayan tümörlerde total larenjektominin tek ve en güvenli yol olduğu vurgulanmakta, trakea artık nazofarenks ile birleşmediği için solunumun sürdürülmesi amacıyla hastaya daimi trakeostomi uygulanmaktadır. Primer tümör ile birlikte lenf enfiltrasyonu ve uzak metastaz yoksa radikal boyun disseksiyonu endikedir. Bu durumlarda ameliyat öncesi radyoterapi de tedaviyi olumlu yönde etkilemektedir. Çift taraflı boyun disseksiyonu gerektiren durumlarda ameliyatlara 3-4 hafta ara ile uygulanmaktadır(35,36,37,44,45,47).

Total larenjektomide, cerrahi yöntemlerle solunum yolunun değişmesine bağlı olarak solunan havanın oral ve nazal ısıtma, nemlendirme ve filtre edilme fonksiyonları ortadan kalkmaktadır. Hemşire, bu tür



hastaların odasının nemlendirilmesini sağlayarak, solunum yolunun duyarlı mukozasını korumaya yönelik uygulamalarla salgının kalın ve yapışkan hale gelmesini engelleyebilir. Ayrıca hastaya bir eşarp veya seyrek dokunmuş bir kumaştan dikilmiş kapalı yakalı bir gömlek giydirerek havanın filtre edilmesi ve ısıtılmasını sağlayabilir(35,39,44).

Hemşire, hastayı sürekli gözlem altında tutarak hava yolunun açık tutulmasının yanı sıra sekresyonun çıkartılmasında kullanılan araç-ge-recin hem steril olmasına hem de steril olarak kullanılmasına dikkat ederek, gelişebilecek solunum yolu enfeksiyonlarını engellemede etkin rol oynayabilir. Trakeostomi tüpünde bulunan iç kanülün bakımı da önemlidir. Hemşire tarafından her 8 saatte bir çıkartılıp temizlenen iç kanülde biriken salgılar % 50'lik hidrojen peroksitte bekletilerek, yumaşatıldıktan sonra soğuk su ile iyice fırçalanarak yıkanmalı ve hastaya uygulanmadan önce sterilize edilmelidir(7,35,39,44).

Larenksin işlevleri arasında birinci sırayı alan sfinkter görevi yutma sırasında olduğu gibi defekasyon işlevi sırasında da larenks çıkış valvi gibi kullanılmaktadır. Larenksin çıkartılması sonucu işlevlerinin yerine getirilmemesine bağlı olarak defekasyonda güçlükler meydana gelebileceğinden, hemşire erken ayağa kaldırma, uygun diyet, yeterli sıvının sağlanması, defekasyon alışkanlıklarını yerine getirmede yardım ve yumuşatıcı lavmanların uygulanması ile hastaların karın kaslarını etkin olarak kullanmayı başlatana kadar defekasyon işlevini rahat ve zorlanmadan yapmalarına yardımcı olabilir(2,35,44,55).

Ameliyat sonrası dönemde hasta sesini kaybedeceğinden adaptasyonunun ve çevresi ile iletişiminin sağlanmasında çeşitli yöntemleri kullanabilmesi için ameliyat öncesi dönemde eğitime gereksinimi vardır. Bunun öneminin hastaya kavratılması, işbirliğinin sağlanması açısından da yararlı olacaktır. Hasta okuma-yazma biliyorsa şuuru yerine geldikten sonra kağıt-kalem verilerek, yazarak iletişim kurması sağlanmalıdır. Hasta okuma-yazma bilmiyorsa hemşire tarafından hazırlanan özel resimli kartlar yoluyla iletişim kurulmaya çalışılmalıdır. Hasta yazamıyor veya çok sıkıntı-

lı ise yatağının kenarına herhangi bir şeyle vurması, el çırpması gibi hemşirenin dikkatini çekecek bir ses çıkartması için ameliyat öncesi dönemde eğitilmelidir. Konuşamayan ancak işitmelerinde kayıp olmayan hastalarla yüksek sesle konuşma hemşire ve diğer bireylerin en çok yanılığa düştükleri konulardan biridir. Özellikle hemşirelerin yavaş sesle konuşması ve bu konuda diğer bireyleri uyarması gerekmektedir(7,35,39,44).

Ameliyat sonrası dönemde hastalar sesini kaybetmenin üzüntüsüne, kanser tanısına, yeterli iletişim kurulamayışına, solunum ve beslenme şeklinin değişmesine, uzun süre hastanede kalmaya ve yaşamlarını bağımlı sürdürmeleri gibi nedenlere tepki olarak depresif bir duruma gelmektedirler. Bu dönemde hemşire, hastasını anlayışla karşılayarak, olumlu bir davranış içine girmeli ve duygularını, düşüncelerini, beklentilerini açıklamada cesaretlendirmelidir(2,35,39).

Ameliyat sonrası dönemde hemşire, solunum sisteminin ve gastrointestinal sistemin fonksiyonunu düzenlemek, sirkülasyonu hızlandırmak, ödemin azalmasına yardımcı olmak ve hastanın moralini yükselterek iyileşmeyi hızlandırmak amacıyla aktif ve hareketli olması için hastayı desteklemelidir(2,6,35,44,55).

Larenjektomi ameliyatı geçiren hastaların ameliyat sonrası bakımında hemşirenin titizlikle üzerinde durması gereken diğer bir konu da hastanın yeterli ve dengeli bir biçimde beslenmesinin sağlanmasıdır. Baş ve boyun cerrahisi uygulanan hastaların çoğunun yeme ve içme yetenekleri ya özofagus kanseri, dil ve tonsil tümörleri gibi primer hastalık ya da larenjektomi gibi uygulanan cerrahi işlemler nedeniyle sınırlanmıştır. Kanser hastalarında, intestinal enzimlerin azalması, iştah kaybı, psikolojik nedenlerle hastalığın kabullenilmemesi ve uygulanan tedaviye bağlı olarak beslenme durumu tehlikeli olabilecek boyutlarda bozulabilmektedir. Kanser hücreleri normal hücreler gibi enerji üretmediği gibi enerji kullanımı da artmaktadır. Ayrıca beslenme, cerrahi yaranın iyileşmesini olumlu ya da olumsuz yönde etkileyen birçok öğeden en önemlisini oluşturur. Doku sentezinde kullanılan proteininin eksikliğinde dokuların iyileşmesi olumsuz yönde

etkilenerek, evantrasyon, eviserasyon ve enfeksiyonlara direncin azaldığı görülmektedir. Enfeksiyonlarda da beslenme hem nitelik hem de nicelik açısından önemli bir role sahiptir. Her bir derece ateşin yükselmesi ile bazal metabolizmada artış meydana geldiğinden azot dengesi olumsuz yönde etkilenmektedir. Ayrıca proteinden zengin diyetler enfeksiyonlarda anti-kor yapımının hızlanmasında gerekli olduğundan bu hastalara yüksek kalorili ve proteinli diyetler uygulanmalıdır(3,17,18,19,31,35,37,40).

Yetersiz besin alımı, sindirim ve emilimde bozulma, eksternal besin ögesi kaybı, besin öğeleri açısından tümör ve organizma arasındaki yarış, enerji kullanımının artmış olması, kanserli hastalarda organizmanın ağırlık kaybı nedenleri arasında sıralanmaktadır. Kanserli hastada enerji kullanımının artması da bazal metabolizmanın artmasına, cori halkasının aktivitesinin artmış olmasına, bütün besinlerin yeterli alınmasına karşı intrasellüler metabolizmada kontrol faktörlerinin kaybolmuş olmasına ve enerji sağlanmasında enzim adaptasyonunun ve protein depolarının kullanılmasına bağlıdır(3,19).

Kanserli hastalarda karbonhidrat, protein, yağ, su, elektrolit metabolizmasında önemli değişiklikler olmakla birlikte kanserin tedavisinde kullanılan cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi yöntemleri de hastanın beslenmesini önemli ölçüde etkilemektedir. Yapılan araştırmalarda kilo kaybeden kanserli hastaların günlük enerji ve protein alımlarının normalin altında olduğu gözlenmektedir. Cerrahi girişim geçirmiş hastalarda günlük enerji gereksinimi arttığından, normal gereksinime göre 1000-1100 kalori ilave gerekmektedir. Normal erişkinde 1 gr/kg olan günlük protein gereksinimi kanserli ve cerrahi girişim geçirmiş olan hastalarda 1,5-3 kat artmaktadır. İyileşen dokuların protein ihtiyacının artmasına ek olarak, eksüda yerlerine serum, lökosit veya tam kan transferi nedeniyle yüksek miktarda protein kaybettiği hatırlanmalıdır. Meral Aksoy'un "Beslenme ve Kanser" kitabında kanserli organizma için protein; ideal ağırlık (kg) X 1,69, enerji; ideal ağırlık (kg) X 44 (erkekler için), ideal ağırlık (kg) X 39,6 (kadınlar için) formülleri verilmektedir. Devranoğlu ve arkadaşlarının Türk Oto-Rino-Larengoloji Derneği XV Milli Kongresi'nde sunduğu simpozyumda

larenjektomili hastaların 1,5-2 gr/kg/gün protein ve 40-45 cal/kg/gün kalori alması gerektiği belirtilmektedir(3,19,28).

Baş ve boyun bölgesindeki ameliyatlara mekanik değişikliklere, çiğneme yutma güçlüğüne, tat duyusu kaybına neden olduğundan yumuşak ve sulu gıdalar tüp yoluyla verilmektedir. Yapılan araştırmalarda, bu hastaların yüksek protein ve yüksek kalori içeren tatlılar gibi besinlere karşı isteksiz oldukları, süt ve süt ürünlerine, sebze ve meyvalara ise normal sağlıklı kişiler kadar istekli oldukları gözlenmiştir(3,19,35,52).

Hemşire, diyeti hazırlarken diyetisyen, doktor ve hasta ile işbirliğine girerek hastanın hangi besin maddelerini alabileceğini öncelikle saptamalıdır. Eğer hastanın mide boşalmasında bir gecikme varsa diyetle beslenme değeri yüksek olan besinler daha az miktarda verilmelidir. Diyetle süt ve soyaya dayanan formüllerin kullanılması hastanın besinleri daha iyi tolere etmesini sağlayabilir. Laktoz intoleransı olan hastalara laktozsuz diyet veya diyetle beraber laktaz enzimi uygulanması önerilmektedir. Hemşire ve diyetisyen, diyetlerin hazırlanmasında protein, karbonhidrat ve yağdan sağlanacak enerjinin dengeli olmasına (% 10-15 protein, % 50-60 karbonhidrat, % 30-35 yağ) özen göstermelidir(3,19,35,52,56).

Hastanın ağız, boğaz ve özofagusunda yeme ve yutma fonksiyonlarını engelleyen bir durum varsa veya hastanın şuuru kapalı ancak mide fonksiyonları normal sınırlar içinde ise yaşamını sürdürebilmesi ve malnütrisyon gelişmemesi, malnütrisyonunda ise bu durumun düzeltilmesi için gerekli beslenme elemanlarının gastorintestinal yol ile verilmesi enteral beslenme yoluyla sağlanmaktadır(3,5,19,27,28,52).

Gastrointestinal sistemi fonksiyonel olan hastalarda enteral beslenme parenteral beslenmeye göre çok daha ucuz, doğal, enfeksiyon olasılığı ve komplikasyonlar açısından en az riski olan bir yöntemdir. Enteral beslenmenin büyük bir kısmı oral, nazogastrik, nazoduodenal veya nazojejunal tüp ile olduğu gibi özofagostomi, gastrostomi ve jejunostomi tüpleriyle de uygulanmaktadır(5,7,21,27,28,52).

Larenjektomili hastaların yutma fonksiyonu bozulduğundan ve ameliyat bölgesindeki cerrahi girişime bağlı olarak ağrı ve ödem meydana geldiğinden ameliyat sonrası 7-10 gün gıdaları ağız dışı yollarla vermek gerekmektedir. Bu nedenle gıdaların direkt olarak mideye geçişini sağlamak amacıyla nazogastrik tüp ameliyat işlemi sırasında hastaya uygulanmaktadır(35,39).

Şayet nazogastrik tüp ameliyat işlemi sırasında yerleştirilmemiş ise nazogastrik tüpün yerleştirilmesi tecrübeli hekim ve hemşireler tarafından uygulanmalı dikkat edilecek noktalar bilinmeli ve perferasyon, yanlış yerleştirmelerin olabileceği her zaman hatırlanmalıdır. Tüpün doğru olarak yerleştirildiği mide asidinin aspirasyonu ve turnusol kağıdı ile kontrolü, tüpten hava verilmesi sırasında epigastriumdan hava sesinin dinlenmesi, nazogastrik tüpün ucunu su dolu bardağa yerleştirerek hava kabarcıklarının çıkıp-çıkmadığının gözlenmesi ve tüplerin yerleşim yerinin radyolojik kontrolü ile sağlanmaktadır(21,22,27,28,44,52).

Hasta uzun süre nazogastrik tüp ile beslenecek ve bu işlem eve gittiğinde de devam edecekse hemşire, hastasına nazogastrik tüpü ayna karşısında kendi kendine uygulamasını ve beslenmesini öğretmelidir. Bu durum hastanın kendi kendine saygısını koruyarak, psikolojik açıdan içe kapanıklılığı da önleyecektir(14).

Larenjektomili hastaların beslenmesinde kullanılan tüplerin seçimi de çok önemlidir. 2,5 mm'lik bir dış çapı olan polietilen veya polivilin maddeden yapılan tüp midede 4 ay kadar uzun bir süre kalabilmektedir. Kalın nazogastrik tüp, nazofaringeal rahatsızlık, nazal erozyon, septal nekroz ve abseler, akut otitis media, öksürmede zorluk, laringeal ülserasyon, özofagus ülserasyonu, gastro-özofagial reflüks, özofagus varis yırtılması, gastrik erezyon ve ülserasyon, gastrik perforasyon ve hemoraji gibi komplikasyonlar meydana getirebilmektedir. İnce nazogastrik tüpün ise yerleştirmede yanlışlık, tüpün düğümlenerek tıkanması, konsantre solüsyonların akımında güçlük, mideden geri aspirasyonun mümkün olmaması gibi komplikasyonları olabilmektedir(5,27,28,33,52).

Enteral beslenmede kullanılan diyetin, homojen, hazırlanması kolay, maliyeti ucuz, hastanın ihtiyacı olan eser elementleri, elektrolitleri ve vitaminleri içermesi gerekmektedir. Günümüzde bir çok hastane hazır steril besinleri kullanmaktadır. Ancak evde ve hastane mutfaklarında hazırlanan besinlerin blanderden geçirilerek itina ile hazırlanması, nazogastrik tüpten kolayca akmasını sağlayacaktır. Bu tür besin karışımları, genellikle bakteriyel kontaminasyon için ideal ortam olduğundan, besinlerin çok temiz şartlarda hazırlanması ve hemen kullanılması gerekmektedir(14,28,52).

Enteral beslenme için kullanılan hazır besinler toz ya da sıvı halde şişe veya kutularda saklanmaktadır. Enteral beslenmede kullanılan hazır besinler iki temel gruba ayrılır. Nitrojen kaynağı olarak tam protein, hidrolize yağ ve karbonhidrat içeren tam protein ve polimerik besinler, normal sindirim gerektirir ve osmolaritesi düşük, çoğunlukla az rezidü bırakırlar. Lezzetleri farklı olduğundan oral olarak verilecekse tatlandırılmalı veya tüp yoluyla verilmelidir. Non protein enerji/nitrojen oranı değişiklik göstermesine karşın çoğunlukla 130-170/1 arasında değişmektedir. Nitrojen kaynağı olarak serbest aminoasitleri içeren elementel diyetin enerji kaynağı, monosakkaridler, oligosakkaridler ile orta ve kısa zincirli yağ asitlerinden sağlanmaktadır. Elementel diyet hiperosmolar, tatsız ve tam proteinlere göre çok daha pahalıdır. Çok az sindirim gerektirirler, yukarı ince barsak bölümlerinde emilerek çok az rezidü bırakırlar. Bu iki temel grubun dışında, karaciğer yetmezliğinde düşük proteinli, laktaz yetmezliğinde laktozsuz, respiratuar yetmezlikte düşük karbonhidratlı, ödemde düşük sodyumlu, çölyak hastalığında glutensiz solüsyonlar kullanılmaktadır. Enteral beslenmede uygun diyet seçiminde non protein enerji/nitrojen oranı, osmolarite, laktoz içeriği, rezidü miktarı, vitamin, mineral ve eser element içeriği, mali yük gibi noktalar göz önünde bulundurulmalıdır(5,28,52).

Bir kişinin kalori alımına bağlı olarak uygulanacak diyetinde, enerji kaynağı olarak kullanılmasının yanında esas rolü doku sentezi, bakımı ve iyileşmesi olan protein miktarın belirlenmesinde kalori/nitrojen oranı kullanılmaktadır. Kullanılan her 300 kalori için sağlıklı bir yetişkinin

normalde 1 gram nitrojene gereksinimi vardır. Hastalık sırasında hem kalori hem de nitrojen gereksinimi farklı oranlarda artar. Cerrahi girişim geçirmiş ve stresli hastalar için kalori/nitrojen oranı 120-180/1 arasında değişmektedir. Hazır enteral besinlerde genellikle nitrojen miktarının hesaplanmasında non-protein enerji/nitrojen oranı kullanılmakta ve bu oranda 100-200/1 arasında değişmektedir(52,56).

Enteral beslenmede kullanılan besinlerin ideal osmolalitesi plazma osmolalitesine eş ve 280-300 m. osmol/kg olmalıdır. Genellikle 1 kcal/ml sağlayan besinler düşük osmolaliteli olup, çok daha hızlı ve kolay uygulanmaktadır. Duodenuma kısa sürede gelen hiperosmolar besinler ise barsak içine sıvı çekerek diyareye neden olmaktadır. Hiperosmolar besinlerin diyareye neden olmadan uygulanabilmesi, enteral beslenme setleri ile başlangıçta 25-50 ml/saat hızda gidecek şekilde verilmesi veya kontaminasyon riskini önlemek amacıyla steril su ile sulandırılarak uygulanması ile sağlanmaktadır. Teorik olarak izotonik besinler tam konsantrasyonda ve gastrointestinal şikayetleri ortaya çıkarmadan uygulanmaktadır(21,27,52).

Yeterli miktarda vitamin, mineral ve eser elementleri içeren hazır enteral besinler hastane mutfaklarında hazırlanan besinlere göre çok daha pahalıdır. Enteral besinlerin büyük kısmı süt veya süt ürünlerinden yapıldığından, süt intoleransı bulunan hastalar için soya temelli besinlerin seçilmesi daha uygundur. Süt ürünü besinlerdeki laktoz diyare meydana getirdiğinden, laktaz eksikliği olan, Asya ve Afrikalılar, orta derecede hasar görmüş barsağı olan hastalar için laktoz içermeyen besinler seçilmelidir. Tüm hazır enteral besinler düşük rezidülü olarak tanımlanmasına rağmen, her zaman barsak fonksiyonları normal olmayabilir. Bu durumda gereksiz yere ilaç kullanımından kaçınılmalıdır. Uzun süre enteral beslenme uygulanan hastalara normal barsak aktivitesi için liften zengin besinler uygulanmalıdır. Yalnız bu besinlerin konstipasyon sorununu çözerken diyare meydana getirebileceği unutulmamalıdır(28,33,52).

Erken ameliyat sonrası dönemde hastanın beslenmesinde hekim nazogastrik tüple besleme kararı verene kadar intravenöz sıvılar kullanılır

ve ameliyat sırasında yerleştirilen nazogastrik tüp normal barsak sesleri başlayıncaya kadar gastrik sıvıyı aspire etme amacına hizmet etmektedir. Nazogastrik tüp ile ilk beslenmeye hekim ve hemşire gözetimi altında kk miktarlarda sindirimi kolay olan şekerli su ile başlanmalıdır. Hastanın sıvı besinlere alışabilmesi için 5 gün kadar bir srenin geçmesi gerekmektedir. Hemşire, hastayı beslemeye başlamadan önce düzenli bir fiziksel ortam, rahat bir solunum yolu, iyi bir ağız bakımı ve besinlerin kolay geçmesini sağlamak için hastanın pozisyonu düzenlemelidir(6,7,19,27,39,52).

Birçok hasta yer çekimi etkisiyle damlayan ve damlama hızı kontrol edilebilen infüzyon şeklindeki beslenmeyi başarıyla tolere edebilmektedir. 20-24 saat süren devamlı damlalar halindeki beslenme, bols tarzındaki beslenmenin yaratacağı diyare, abdominal gerginlik, regürjitasyon veya kusma gibi bir çok sorunu zlemektedir. Ancak bazı hastaların tercih ettiği intermittant (2 saatte bir beslenme) beslenme, beslenme aralarında hastalara mobilizasyon olanağı sağladığından daha fizyolojiktir. İntermittant beslenme şuursuz hastalarda da tercih edilmektedir. Bu hastalarda aspirasyon pnömonisi gelişme riski yüksek olduğundan, besinlerin akciğerlere regrjitasyonunu ve aspirasyonunu önlemek amacıyla her beslenmeden önce mide içeriği aspire edilmelidir. Ajite ve kontrol edilemeyen hastalarda da aspirasyon pnömonisini önlemek için bols tarzı beslenme daha uygundur(14,27,52).

Hemşire, nazogastrik beslenmenin başladığı ilk günlerde ideal osmolalitedeki besinlerin hızlı uygulanması sonucu abdominal distansiyon, hazımsızlık, kolik tarzında ağrı ve diyare meydana gelebileceğini bilmeli ve ideal osmolalitedeki beslenmeye geçmeden önce bir-iki gün yarı osmolalitedeki besinleri yavaş olarak uygulamalıdır. Gastrointestinal fonksiyonları azalmış veya ameliyat sonrası dönemde gastrointestinal fonksiyonları yavaş geri dönen hastalara çeyrek osmolalitedeki besinlerin azaltılmış miktarları verilmelidir. Sonraki günlerde hastanın tolere etmesi dikkate alınarak yavaş yavaş besinlerin önce volümü daha sonra osmololitesi arttırılmalıdır(14,27,52).



Hemşire, hastayı ilk kez nazogastrik beslemeye başlamadan önce mide muhtevasını aspire ederek miktarını ölçmelidir. Bu işlem daha sonraki beslenmelerde de tekrarlanmalıdır. Aspire edilen mide muhtevasının miktarı 30 ml ve daha üstü olması gastrointestinal sistemdeki bir tıkanıklığı gösterebilir. Eğer gastrointestinal sistemde bir tıkanıklık yoksa beslenmeye 6-8 saat ara verilmelidir. İlk beslenmede mide muhtevası aspire edildikten sonra tüpten verilen 25 ml'lik suyun geçişi tüpün doğru yerde olduğunu gösterdiğinden bunu takiben hastaya 100 ml'lik çeyrek osmololitedeki besin verilerek takip edilmelidir. Eğer hasta bu miktarda tolere edebiliyorsa ilk gün 3-4 saat ara ile 150-300 ml'lik besin 15-20 dakikalık bir periyot ile tüpten yavaşça verilmelidir. Sonraki günlerde beslenme 2 saatlik aralıklarla 200-300 ml'lik miktarlarda ve 15-20 dakikalık periyotlar halinde gerçekleştirilmelidir(19,21,27,45).

Hemşire, gaz ağrısı, yanma hissi ve kolik şeklindeki ağrının meydana gelmemesi için beslenme sırasında tüpten hava kaçmamasına dikkat etmeli ve hastanın tek başına yapacağı beslenmelerde bu konuya dikkat etmesi gerektiğini açıklamalıdır. Hemşire, bolüs tarzındaki beslenmeye geçmeden önce tüpün içindeki havayı boşaltmalıdır. Beslenme devam ederken de hava yutma olasılığını önlemek için huninin tamamen boşalmamasına, sıvının huni içine yavaşça akıtılmasına ve huninin alçaltılıp-yükseltilerek sıvının akış hızının kontrol edilmesine ve beslenme bittikten sonra 10-20 cc suyu tüpten vererek tüpün ucunun kapatılmasına özen göstermelidir(14,27,52).

Hemşire, beslemeye başlamadan önce ve beslenme bittikten sonra tüpte kalan besin artıklarını temizlemek, tüpün tıkanmasını önlemek, günlük sıvı ihtiyacını karşılamak, özellikle proteinden zengin formüllerde azot artıklarının atılması için nazogastrik tüpten 10-20 cc su vermeli ve hastanın günlük su miktarının, hastanın vücut ısısı ve metabolizması ile değişebileceğini göz önüne almalıdır(14,19,27,52).

Larenjektomili hastalarda beslenmenin ağızdan yapılamaması oral kavitede ortam değişikliği meydana getirdiğinden nemli bir ağız ve

paslı bir dil meydana gelmesi oldukça sıktır. Hemşire bu hastalarda iyileşmeyi hızlandırmak, oluşabilecek koku ve enfeksiyonları önlemek açısından ağız bakımının önemini hastalara açıklayarak, uygulanmasında hastanın katkısını sağlamalıdır. Özellikle hastaların ağızında enfeksiyon varlığında hekim direktifine uygun gargara ve spreylelerin uygulanmasına ameliyat öncesi dönemde başlanmalı ve ameliyat sonrası dönemde de devam edilmelidir. Herhangi bir hekim direktifi yoksa ameliyat sonrası dönemde ağız bakımı günde bir veya iki kez önce yarı yarıya sulandırılmış hidrojen peroksitle, ardından serum fizyolojikle yapılmalı ve yemeklerden sonra, yatmadan önce bir litre ılık suya bir çay kaşığı tuz ve bikarbonat eklenerek hazırlanmış solüsyonlarla ağız irigasyonu yapılmalıdır. Ağız bakımında ilk uygulamayı hemşire neden ve niçinlerini açıklayarak kendisi yapmalı ve bu konuda hasta bilgi kazanıncaya kadar yanında bulunarak ona yardımcı olmalıdır. Ayrıca bu arada hasta normal diş fırçalama alışkanlığını da sürdürmelidir(7,14,22,23,35,38,39).

Nazogastrik beslenme devam ederken hastaların beslenme durumlarını değerlendirmek için diyet anemnezinin doğru alınması, boy, ağırlık, kol kası çevresi, cilt kalınlığını içeren antropometrik ölçümler, kanda üre, kreatinin ve üre nitrojenini içeren biyokimyasal ölçümler yapılarak hasta bu ölçümlerin sonuçlarına göre değerlendirilmeli ve negatif sonuçlar dikkate alınmalıdır(19,28,52).

Dengeli bir beslenmenin sağlanması için gerekli nazogastrik formüllerin hazırlanması hemşire ve diyetisyenin görev ve sorumlulukları içinde yer almaktadır. Hemşire gözlemleri ve laboratuvar bulguları sonucu larenjektomili hastaların beslenme gereksinimleri ve eksiklikleri saptandıktan sonra, uygun gıdaların seçilmesi ve hazırlanması konusunda hekim ve diyetisyenlerle işbirliğine gitmelidir. Hastanın beslenme gereksinimlerini saptamada etkin olabilmek için hastanın beslenme alışkanlıkları, zevkleri ve inançları, yiyeceklerin sıcaklığı, tazeliliği ve yapısı, fiziksel görünüşünün önemli olduğu bilinmelidir. Hemşire yemek servisiyle ilgili olarak görünüşün önemini de dikkate alarak uygun menünün hazırlanmasında gerekli bölümlerle iletişim kurmalıdır. Ayrıca yemek yeme sırasında uygun çevreyi

hazırlama, zevkli ve hoş görünümlü bir yemek servisi yapma, öğünlerden önce hastayı rahat ettirme, yemeğini yemesine yardımda yeterli zaman ayırma ve yemek yeme sırasında yanında olup onu cesaretlendirme gibi faktörleri hemşire göz önünde bulundurarak, bakım aktivitelerini gerçekleştirmelidir(14,35,38,54).

Hemşire tüple beslemede ideal osmolalitedeki besinlerin dinlenme konumundaki barsağa hızla verilmesi, hiperosmolar besinlerin uygulanması, infüzyon hızının yetersiz kontrolü, bolüs tarzı uygulamalar, antibiyotik tedavisi, laktöz intoleransı, besinin bakteriyel kontaminasyonu, hızlı gastrik boşalma, besinin ısısının çok soğuk veya çok sıcak olması sonucu ortaya çıkabilecek komplikasyonlara karşı duyarlı olmalıdır. Hastada bulantı-kusma, dehidratasyon, abdominal distansiyon, hazımsızlık ve kolik tarzında abdominal ağrının en çok görülen gastrointestinal sistem komplikasyonları olduğu konusundaki bilgisi hastanın beslenmesinde besinin osmolalitesine, uygulanış yöntemine, hızına, besinin içeriğine, görünüşüne, temizliğine ve ısısına dikkat etmesi gerektiğini vurgulamakta ve komplikasyonların yanısıra komplikasyon oluşacağı korkusu ile yemek yememe, yemek yemede isteksizlik gibi olumsuz duyguların önlenmesinde hemşirelik bakımının önemini ortaya çıkarmaktadır(14,27,35,38,52).

Erken ameliyat sonrası dönemde barsak hareketlerinin tam olması ve hacmi yetersiz karışımların verilmesi sonucu konstipasyon görülebilir. Hemşire, konstipasyonu önlemek amacıyla hastanın erken ameliyat sonrası dönemde mobilizasyon, yeterli sıvı alımı, liftten zengin besinleri içeren bir menünün hazırlanması gibi önlemleri titizlikle uygulamalıdır. Diyare oluşması durumunda, besinin ısısına, veriliş hızına, bileşimine dikkat edilerek kaybedilen miktardaki sıvının gereksinime eklenmesinin yanısıra besin karışımlarının içerik ve yoğunlukları değiştirilerek veya 3-4 öğünün beslenmeden çıkartılarak ve hekim direktifi ile antidiyaretik ilaçların uygulanmasıyla kontrol altına alınması yoluna gidilmelidir(21,27,28,39,44,52).

Larenjektomili hastalarda insizyon yeri iyileştikten 7-10 gün sonra oral beslenmeye başlanmaktadır.Parsiyellarenjektomide, besinleri yutma

sırasında trakeaya geçmesini önleyen epiglotun çıkartılması, yiyecek ve sıvıların hava yoluna aspirasyonu için bir geçit oluşturduğundan hastalar özellikle akciğer fonksiyonları yönünden dikkatle izlenmelidir. Nazogastrik tüp çıkartıldıktan sonra hastaların yiyecekleri ve suyu, solunum sistemine aspire etmeden yemesini-içmesini öğrenmesi zaman ve desteklenme ile gerçekleşmektedir. Hemşire, hastaya ilk günlerde bebek maması, pelte, krema, elma püresi, patates püresi gibi yarı likid ve ağırlığı olan besinlerin yer çekimi etkisiyle kolay yutulabileceğini açıklayarak, hastayı cesaretlendirmeli ve beslenme zamanlarında hastanın yanında bulunarak onu desteklemelidir(7,14,35,39,44).

Oral beslenmede hastaya yemek yeme eğitimi çeşitli yöntemlerle yapılmaktadır. Bu yöntemlerden birini oluşturan nefes almadan yutma yöntemi, hastaya derin bir nefes aldıktan sonra tutmasını belirtmek, daha sonra bir parça besini ağzına alarak, üç kez yutkunmasını sağlamak ve boğazını temizletmektir. Başka bir yöntem de yiyeceklerin yer çekimi etkisiyle boğazın dorsallığını izleyerek özofagusa geçmesini sağlamak amacıyla hastanın geriye doğru yarı oturur pozisyonda yutmasını sağlamaktır(14,35,39).

Hacettepe Üniversitesi'nde yapılan bir araştırmada, larenjektomili hastaların nazogastrik tüple beslenmesinde tüpe ait komplikasyonlardan kurtulmak amacıyla doğrudan doğruya ağızdan erken beslenme yoluna gidilmiş, bu hastalarda fistül görülmemesi sonucu nazogastrik tüpün larenjektomi sonrası oluşan faringo kutaneal fistüllerin oluşmasında önemli unsurlardan biri olduğu belirtilmiştir. Bunun yanında nazogastrik tüpün, burun ve boğaz iritasyonları, mekanik olarak sekresyon artışına neden olması, sütür hattına direkt travmatik etkisi gibi komplikasyonları oluşturması engelleneceğinden, hastanın taburcu olma zamanı öne alınmakta, ev ortamına geri dönüşü hızlanmakta, mali yükümlülüğü ve iş gücü kaybı azalmaktadır(28,33).

Hemşire, hastaya oral beslenme başladıktan sonraki birkaç gün çığneme sırasında ağrı olabileceği ve bu durumun analjeziklerle geçirilme-

ye çalışılacağını açıklamalıdır. Hasta ilk günlerde verilen sulu-yumuşak besinleri tolere ettikçe yavaş yavaş normal diyete geçilmelidir(14,33,35).

Larenjektomili hastalar erken ameliyat sonrası dönemde bakım ve beslenme ihtiyaçlarını tek başına karşılamada güçlük çektiklerinden, hemşire hasta ile birlikte hasta ailesine de eğitim yapmalıdır. Hastanın nazogastrik yol ile beslenmesi evde de devam edecekse, hasta ile birlikte hasta ailesi de beslenme yöntemleri, besin formüllerinin hazırlanması ve uygulanması konusunda eğitilerek, hastanın bağımsızlığını kazanabilmesi için anlayışlı davranmaları ve desteklemeleri, kısa zamanda bağımsızlıklarını elde etmeleri için tüm çabanın verilmesi gerektiği öğütlenmelidir. Ayrıca gerektiğinde başvurabilecekleri kaynak kişilerin isim, adres ve telefon numaraları ellerine verilerek, güven içinde olmaları sağlanmalıdır.

## MATERYAL VE METOD

Çalışmamız, larenjektomili hastalarda beslenme sorunlarının çözümlenmesinde hemşirelik yaklaşımının önemini vurgulamak amacıyla planlanmıştır.

Araştırma, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi ve İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz kliniklerinde larenjektomi ameliyatı geçirmiş 30 deney ve 30 kontrol grubu olmak üzere toplam 60 olgu üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Hasta grubunu, larenjektomi ameliyatı olmak üzere Kulak Burun Boğaz kliniklerinde yatan erkek ve kadın hastalardan rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiş olgular oluşturmuştur. Deney grubu olarak alınan 30 olguya ameliyat öncesi dönemden ameliyat sonrası onbeşinci güne kadar beslenme konusunda kapsamlı hemşirelik bakımı uygulandı. Deney grubundaki olguların yaş, cins, boylarına göre ideal kiloları bulunarak, cerrahi girişim geçirmiş kanserli hastaların günlük enerji gereksinimleri hesaplandı ve bu hastaların beslenme özellikleri göz önüne alınarak özel diyetler hazırlandı (Diyet listeleri ekte sunulmuştur). Ayrıca deney grubundaki hasta ve refakatleri nazogastrik beslenme yöntemleri, besinlerin hazırlanması, besinlerin veriliş şekilleri ve hatalı beslenme sonucu görülebilecek komplikasyonlar konusunda eğitildi. Kontrol grubunu oluşturan olgulara ise servisteki rutin hemşirelik bakımı ve hastane mutfağında hazırlanan diyet uygulandı.

Araştırmaya alınan deney ve kontrol grubu olgularda beslenme sonucu meydana gelen değişiklikleri ve iki grup arasındaki farkları saptamak amacıyla olgular ameliyattan önce bir kez, ameliyattan sonra üçüncü gün, yedinci gün ve onbeşinci gün olmak üzere dört kez tartıldılar. Ayrıca ameliyattan önce bir kez ve ameliyattan sonra üçüncü günde bir kez olmak üzere kandaki sodyum, potasyum, klorür, üre, şeker, magnezyum, total protein, total kolesterol, trigliserid değerlerinde meydana gelen değişiklikleri saptamak amacıyla iki kez kan alındı.

Araştırma verileri anket formu uygulanarak toplanmıştır. Anket formunun ilk bölümünde cinsiyet, yaş, doğum yeri, eğitim durumu, meslek, medeni durum, çocuk sayısı, aylık gelir gibi olguları tanımlayan sorular yer almaktadır. İkinci bölümde ise olguların beslenme durumlarını, vücut ağırlıklarını ve beslenme sırasında görülebilecek komplikasyonları tanımlayan sorular yer almaktadır.

Anket sonucu elde edilen veriler yüzdeler, chi-square (ki kare) ve t-testi ile değerlendirilerek tablolar halinde verilmiştir.

## B U L G U L A R

Araştırma İ.Ü. Tıp Fakültesi ve İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Servislerinde larenjektomi ameliyatı geçirmiş 30 deney ve 30 kontrol olmak üzere toplam 60 olguya uygulanmıştır.

**Tablo 1**  
**Olguların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı**

| Yaş Grupları  | Sayı (n)  | Oran (%)   |
|---------------|-----------|------------|
| 30-39         | 1         | 1,7        |
| 40-49         | 11        | 18,3       |
| 50-59         | 24        | 40         |
| 60-69         | 21        | 35         |
| 70-79         | 3         | 5          |
| <b>Toplam</b> | <b>60</b> | <b>100</b> |

Olguların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; % 1,7'sinin (n=1) 30-39 yaş grubunda, % 18,3'ünün (n=11) 40-49 yaş grubunda, % 40'ının (n=24) 50-59 yaş grubunda, % 35'inin (n=21) 60-69 yaş grubunda ve % 5'inin (n=3) 70-79 yaş grubunda oldukları ve en büyük yüzdenin 50-59 yaş grubu arasında yoğunlaştığı ve yaş ortalamasının 56,55 olduğu görülmektedir.



**Tablo 2**  
**Olguların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı**

| Cinsiyet | Sayı (n) | Oran (%) |
|----------|----------|----------|
| Kadın    | 1        | 1,7      |
| Erkek    | 59       | 98,3     |
| Toplam   | 60       | 100      |

Olguların cinsiyetlerine göre dağılımına bakıldığında; % 1,7'sini (n=1) kadın, % 98,3'ünü (n=59) erkek hastaların oluşturduğu görülmektedir.

**Tablo 3**  
**Olguların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı**

| Eğitim Durumu    | Sayı (n) | Oran (%) |
|------------------|----------|----------|
| Okur-Yazar Değil | 12       | 20       |
| Okur-Yazar       | 11       | 18,3     |
| İlkokul          | 26       | 43,4     |
| Ortaokul         | 5        | 8,3      |
| Lise             | 6        | 10       |
| Toplam           | 60       | 100      |

Olguların eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; % 20'sinin (n=12) okur-yazar olmadığı, % 18,3'ünün (n=11) okur-yazar, % 43,4'ünün (n=26) ilkokul, % 8,3'ünün (n=5) ortaokul, % 10'unun (n=6) lise mezunu olduğu ve en büyük yüzdenin ilkokul mezunu olanlarda yoğunlaştığı saptanmıştır.

**Tablo 4**  
**Olguların Meslek Gruplarına Göre Dağılımı**

| Meslek         | Sayı (n) | Oran (%) |
|----------------|----------|----------|
| İşçi           | 5        | 8,3      |
| Memur          | 2        | 3,3      |
| Serbest Meslek | 38       | 63,3     |
| Emekli         | 13       | 21,7     |
| Ev Hanımı      | 1        | 1,7      |
| İşsiz          | 1        | 1,7      |
| Toplam         | 60       | 100      |

Olguların meslek gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; % 8,3'ünü (n=5) işçi, % 3,3'ünü (n=2) memur, % 63,3'ünü (n=38) serbest meslek, % 21,7'sini (n=13) emekli, % 1,7'sini (n=1) ev hanımı, % 1,7'sini (n=1) işsiz hastaların oluşturduğu saptanmıştır.

**Tablo 5**  
**Olguların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı**

| Medeni Durum  | Sayı (n)  | Oran (n)   |
|---------------|-----------|------------|
| Bekar         | 2         | 3,3        |
| Evli          | 56        | 93,4       |
| Dul           | 2         | 3,3        |
| <b>Toplam</b> | <b>60</b> | <b>100</b> |

Olguların medeni durumlarına göre dağılımı incelendiğinde; % 3,3'ünün (n=2) bekar, % 93,4'ünün (n=56) evli, % 3,3'ünün (n=2) dul olduğu saptanmıştır.

**Tablo 6**  
**Olguların Sigara Alışkanlıklarına Göre Dağılımı**

| Sigara Alışkanlığı | Sayı (n)  | Oran (n)   |
|--------------------|-----------|------------|
| Var                | 60        | 100        |
| Yok                | -         | -          |
| <b>Toplam</b>      | <b>60</b> | <b>100</b> |

Olguların sigara alışkanlıklarına göre dağılımı incelendiğinde; % 100'ünün (n= 60) sigara alışkanlığı olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 7**  
**Olguların Günlük Kullandıkları Sigara Miktarına Göre Dağılımları**

| Sigara Miktarı (Tane/Gün) | Sayı (n) | Oran (n) |
|---------------------------|----------|----------|
| 11-20 Tane/Gün            | 21       | 35       |
| 21-30 Tane/Gün            | 7        | 11,7     |
| 31-40 Tane/Gün            | 25       | 41,6     |
| 41-50 Tane/Gün            | 6        | 10       |
| 51 Tane/Gün ve Üstü       | 1        | 1,7      |
| Toplam                    | 60       | 100      |

Olguların günlük kullandıkları sigara miktarına göre dağılımları incelendiğinde; % 35'inin (n=21) 11-20 Tane/Gün, % 11,7'sinin (n=7) 21-30 Tane/Gün, % 41,6'sinin (n=25) 31-40 Tane/Gün, % 10'unun (n=6) 41-50 Tane/Gün, % 1,7'sinin (n=1) 51 Tane/Gün ve üstü sigara kullandığı saptanmıştır.

Tablo 8

## Olguların Alkol Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

| Alkol Alışkanlığı | Sayı (n) | Oran (%) |
|-------------------|----------|----------|
| Var               | 16       | 26,7     |
| Yok               | 44       | 73,3     |
| Toplam            | 60       | 100      |

Olguların alkol alışkanlıklarına göre dağılımı incelendiğinde; % 26,7'sinin (n=16) alkol alışkanlığının bulunduğu, % 73,3'ünün (n=44) alkol alışkanlığının bulunmadığı saptanmıştır.

**Tablo 9**  
**Olguların Aldıkları Alkol Miktarına (gr/hafta) Göre Dağılımı**

| Alkol Miktarı (gr/hafta) | Sayı (n) | Oran (%) |
|--------------------------|----------|----------|
| 100-200 gr/hafta         | 3        | 18,75    |
| 201-300 gr/hafta         | -        | -        |
| 301-400 gr/hafta         | -        | -        |
| 401-500 gr/hafta         | 1        | 6,25     |
| 501-600 gr/hafta         | 3        | 18,75    |
| 601 gr/hafta ve üstü     | 9        | 56,25    |
| Toplam                   | 16       | 100      |

Olguların aldıkları alkol miktarına (gr/hafta) göre dağılımı araştırıldığında; % 18,75'inin (n=3) 100-200 gr/hafta, % 6,25'inin (n=1) 401-500 gr/hafta, % 18,75'inin (n=3) 501-600 gr/hafta ve % 56,25'inin (n=9) 601 gr/hafta ve üstünde alkol aldığı belirlenmiştir.

**Tablo 10**  
**Olgularda Sigara ve Alkol Alışkanlığının Birlikte Olmasına Göre Dağılımı**

| Sigara Alışkanlığı | Alkol Alışkanlığı |      | Yok |      | Toplam |     |
|--------------------|-------------------|------|-----|------|--------|-----|
|                    | Var               |      | n   | %    | n      | %   |
| Var                | 16                | 26,7 | 44  | 73,3 | 60     | 100 |
| Yok                | -                 | -    | -   | -    | -      | -   |
| Toplam             | 16                | 26,7 | 44  | 73,3 | 60     | 100 |

Olgularda sigara ve alkol alışkanlığının birlikte olmasına göre dağılımı incelendiğinde; % 26,7'sinde (n=16) sigara ve alkol alışkanlığının birlikte bulunduğu, % 73,3'ünde (n=44) yalnızca sigara alışkanlığının olduğu saptanmıştır.

**Tablo 11**  
**Olguların Teşhislerine Göre Dağılımı**

| Hastanın Teşhisi | Sayı (n) | Oran (%) |
|------------------|----------|----------|
| Larenks Ca       | 59       | 98,3     |
| Piriform Sinüs   | 1        | 1,7      |
| Toplam           | 60       | 100      |

Olguların teşhislerine göre dağılımına bakıldığında; % 98,3'ünü (n=59) larenks kanserli, % 1,7'sini (n=1) Piriform sinüslü hastaların oluşturduğu gözlenmektedir (Tablo 11).

**Tablo 12**  
**Olguların Geçirdikleri Ameliyatın Türüne Göre Dağılımı**

| Ameliyatın Türü           | Sayı (n) | Oran (%) |
|---------------------------|----------|----------|
| Total Larenjektomi        | 16       | 26,7     |
| T.L. + Boyun Disseksiyonu | 28       | 46,7     |
| Parsiyel Larenjektomi     | 2        | 3,3      |
| P.L. + Boyun Disseksiyonu | 14       | 23,3     |
| Toplam                    | 60       | 100      |

Olguların geçirdikleri ameliyatın türüne göre dağılımı incelendiğinde; % 26,7'sinin (n=16) total larenjektomi, % 46,7'sinin (n=28) total larenjektomi + boyun disseksiyonu, % 3,3'ünün (n=2) parsiyel larenjektomi, % 23,3'ünün (n=14) parsiyel larenjektomi + boyun disseksiyonu ameliyatı olduğu saptanmıştır.



**Tablo 13**  
**Deney ve Kontrol Gruplarına Göre Olguların Aldıkları Nazogastrik Beslenme**  
**Mayilerinin Dağılımı**

| NGB Mayileri        | Deney |      | Kontrol |      | Toplam |      |
|---------------------|-------|------|---------|------|--------|------|
|                     | n     | %    | n       | %    | n      | %    |
| Et suyu             | 29    | 96,7 | 25      | 83,3 | 54     | 90   |
| Komposto            | 29    | 96,7 | 23      | 76,7 | 52     | 86,7 |
| Süt+bal+yum+s.yağ   | 29    | 96,7 | 27      | 90   | 56     | 93,3 |
| Çorbalar            | 26    | 86,7 | 22      | 73,3 | 48     | 80   |
| Su                  | 30    | 100  | 30      | 100  | 60     | 100  |
| Ensure vb.          | 19    | 63,3 | 6       | 20   | 25     | 41,7 |
| Bebek mamaları      | 18    | 60   | 21      | 70   | 39     | 65   |
| Meyva suları        | 10    | 33,3 | 6       | 20   | 16     | 26,7 |
| Ayran               | 24    | 80   | 19      | 63,3 | 43     | 71,7 |
| NGT'den geçen yemek | 5     | 16,7 | 0       | 0    | 5      | 8,3  |

\* Bir hasta için birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Deney (n=30) ve kontrol (n=30) gruplarına göre olguların aldıkları nazogastrik beslenme mayilerinin dağılımı incelendiğinde; deney grubu olguların % 96,7'sinin (n=29) et suyu, % 96,7'sinin (n=29) komposto, % 96,7'sinin (n=29) süt+bal+yumurta+sıvı yağ, % 86,7'sinin (n=26) çorbalar, % 100'ünün (n=30) su, % 63,3'ünün (n=19) ensure v.b., % 60'ının (n=18) bebek mamaları, % 33,3'ünün (n=10) meyva suları, % 80'inin (n=24) ayran, % 16,7'sinin (n=5) NGT'den geçen yemeklerle, kontrol grubu olguların (n=30), % 83,3'ünün (n=25) et suyu, % 76,7'sinin (n=23) komposto, % 90'ının (n=27) süt+bal+yumurta+sıvı yağ, % 73,3'ünün (n=22) çorbalar, % 100'ünün (n=30) su, % 20'sinin (n=6) ensure v.b., % 70'inin (n=21) bebek mamaları, % 20'sinin (n=6) meyva suları, % 63,3'ünün (n=19) ayran, % 0'ının (n=0) NGT'den geçen yemekler, toplam olguların (n=60), % 90'ının (n=54) et suyu, % 86,7'sinin (n=52) komposto, % 93,3'ünün (n=56) süt+bal+yumurta, sıvı yağ, % 80'inin (n=48) çorbalar, % 100'ünün (n=60) su, % 41,7'sinin (n=25) ensure v.b., % 65'inin (n=39) bebek mamaları, % 26,7'sinin (n=16) meyva suları, % 71,7'sinin (n=43) ayran, % 8,3'ünün (n=5) NGT'den geçen yemekleri aldıkları saptanmıştır.

**Tablo 14**  
**Deney ve Kontrol Grubu Olgularında Her NGB'den Sonra Tüpten Su Verilip-Verilmediğinin Dağılımı**

| Her NGB'den Sonra Tüpten Su Veriliyor | Evet |      | Hayır |     | Toplam |     |
|---------------------------------------|------|------|-------|-----|--------|-----|
|                                       | n    | %    | n     | %   | n      | %   |
| Deney Grubu                           | 28   | 46,7 | 2     | 3,3 | 30     | 50  |
| Kontrol Grubu                         | 26   | 43,3 | 4     | 6,7 | 30     | 50  |
| Toplam                                | 54   | 90   | 6     | 10  | 60     | 100 |

Deney ve kontrol grubu olgularında her NGB'den sonra tüpten su verilip verilmediğinin dağılımı incelendiğinde; deney grubu olguların (n=30) % 46,7'sinin (n=28) her NGB'den sonra su verdiği, % 3,3'ünün (n=2) su vermediği, kontrol grubu olguların (n=30) % 43,3'ünün (n=26) her NGB'den sonra su verdiği, % 6,7'sinin (n=4) su vermediği saptanmıştır.

**Tablo 15**  
**Deney ve Kontrol Grubu Olgularda Her NGB'den Sonra Tüpten Niçin Su Verildiğinin Dağılımı**

| Her NGB'den Sonra Tüpten Niçin Su Veriliyor | Tüpün Tıkanmasını Önlemek İçin |      | Bilmiyorum |      | Toplam |     |
|---|--------------------------------|------|------------|------|--------|-----|
|   | n                              | %    | n          | %    | n      | %   |
| Deney Grubu                                 | 28                             | 46,7 | 2          | 3,3  | 30     | 50  |
| Kontrol Grubu                               | 14                             | 23,3 | 16         | 26,7 | 30     | 50  |
| Toplam                                      | 42                             | 70   | 18         | 30   | 60     | 100 |

( $\chi^2 = 13,41$  P=0.0003 P<0.001)

Deney ve kontrol grubu olgularda her NGB'den sonra tüpten niçin su verildiğinin dağılımı incelendiğinde; deney grubu olguların (n=30) % 46,7'sinin (n=28) her NGB'den sonra tüpün tıkanmasını önlemek için su verdiği, % 3,3'ünün (n=2) her NGB'den sonra niçin su verildiğini bilmediği, kontrol grubu olguların (n=30) % 23,3'ünün (n=14) her NGB'den sonra tüpün tıkanmasını önlemek için su verildiği, % 26,7'sinin (n=16) her NGB'den sonra niçin su verildiğini bilmediği saptanmıştır.

Her NGB'den sonra tüpten niçin su verildiği deney ve kontrol grubu olguları arasındaki fark istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı bulunmuştur ( $\chi^2 = 13,41$  P=0.0003 P<0.001). Hemşirelerin, deney grubu olgulara ve ailesine her NGB'den sonra tüpün tıkanmasını önlemek için su vermesi gerektiğini açıklamada etkili olduğu saptanmıştır.

**Tablo 16**  
**Deney ve Kontrol Grubu Olguların Her NGB'den Sonra Ağız Bakımı veya**  
**Dişlerin Fırçalanması Dağılımı**

| NGB'den Sonra Ağız Bakımı<br>veya Dişlerin Fırçalanması | Evet |      | Hayır |      | Toplam |     |
|---|------|------|-------|------|--------|-----|
| Deney Grubu   | 25   | 41,7 | 5     | 8,3  | 30     | 50  |
| Kontrol Grubu   | 18   | 30   | 12    | 20   | 30     | 50  |
| Toplam  | 43   | 71,7 | 17    | 28,3 | 60     | 100 |

( $\chi^2 = 2,95$   $p = 0,085$ ,  $p > 0,05$ )

Deney ve kontrol grubu olguların her NGB'den sonra ağız bakımı veya dişlerin fırçalanması dağılımı incelendiğinde; deney grubu olguların ( $n=30$ ) 41,7'sinin ( $n=25$ ) ağız bakımı uyguladığı veya dişlerini fırçaladığı, % 8,3'ünün ( $n=5$ ) NGB'den sonra ağız bakımı uygulamadığı veya dişlerini fırçalamadığı, kontrol grubu olguların ( $n=30$ ) % 30'unun ( $n=18$ ) NGB'den sonra ağız bakımı uyguladığı veya dişlerini fırçaladığı, % 20'sinin ( $n=12$ ) NGB'den sonra ağız bakımı uygulamadığı veya dişlerini fırçalamadığı saptanmıştır.

Her NGB'den sonra ağız bakımının uygulanması veya dişlerin fırçalanmasının deney ve kontrol grubu olguları arasındaki fark istatistiksel olarak incelendiğinde anlamsız ( $\chi^2=2,95$ ,  $p=0,085$ ,  $p>0,05$ ) bulunmuştur. Deney grubuna uygulanan hemşirelik bakımının, NGB'den sonra ağız bakımının uygulanmasında veya dişlerin fırçalanmasında etkili olmadığı saptanmıştır.

**Tablo 17**  
**Deney ve Kontrol Grubu Olgularında NGB Sırasında Tüpten Hava Kaçmamasına Dikkat Edilip-Edilmediğinin Dağılımı**

| NGB Sırasında Tüpten Hava Kaçmamasına Dikkat Ediliyor mu? | Evet |      | Hayır |     | Hayır |     |
|---|------|------|-------|-----|-------|-----|
|   | n    | %    | n     | %   | n     | %   |
| Deney Grubu   | 28   | 46,7 | 2     | 3,3 | 30    | 50  |
| Kontrol Grubu   | 26   | 43,3 | 4     | 6,7 | 30    | 50  |
| Toplam  | 54   | 90   | 6     | 10  | 60    | 100 |

Deney ve kontrol grubu olgularında NGB sırasında tüpten hava kaçmamasına dikkat edilip-edilmediğinin dağılımı incelendiğinde; deney grubu olguların (n=30) % 46,7'sinde (n=28) tüpten hava kaçmamasına dikkat edildiği, % 3,3'ünde (n=2) tüpten hava kaçmamasına dikkat edilmediği, kontrol grubu olguların (n=30) % 43,3'ünde (n=26) tüpten hava kaçmamasına dikkat edildiği, % 6,7'sinde (n=4) tüpten hava kaçmamasına dikkat edilmediği saptanmıştır (Tablo 17).

**Tablo 18**  
**Deney ve Kontrol Grubu Olgularında NGB Sırasında Tüpten Niçin**  
**Hava Yutturulmadığının Dağılımı**

| NGB'de Tüpten Niçin Hava Yutturulmuyor? | Batında Distansiyonu Önlemek |    | Bilmiyorum |    | Toplam |     |
|---|------------------------------|----|------------|----|--------|-----|
|   | n                            | %  | n          | %  | n      | %   |
| Deney Grubu                             | 24                           | 40 | 6          | 10 | 30     | 50  |
| Kontrol Grubu                           | 12                           | 20 | 18         | 30 | 30     | 50  |
| Toplam                                  | 36                           | 60 | 24         | 40 | 60     | 100 |

( $\chi^2 = 8.4$  P= 0.0037 p<0.05)

Deney ve kontrol grubu olgularında NGB sırasında tüpten niçin hava yutturulmadığının dağılımı incelendiğinde; deney grubu olgularının (n=30) % 40'ı (n=24) batında distansiyonu önlemek olduğunu, % 10'u (n=6) NGB'de tüpten hava yutturulmamasının nedenini bilmediğini, kontrol grubu olgularının (n=30) % 20'si (n=12) batında distansiyonu önlemek olduğunu, % 30'u (n=18) NGB'de tüpten hava yutturulmamasının nedenini bilmediğini belirtmiştir (Tablo 18).

NGB sırasında tüpten niçin hava yutturulmadığının deney ve kontrol grubu olguları arasındaki fark istatistiksel olarak incelendiğinde anlamlı bulunmuştur ( $\chi^2=8,40$ , p=0.0037, p<0.05). Deney grubu hastalara uygulanan hemşirelik bakımının, hastaların nazogastrik beslenme konusundaki eğitiminde etkili olduğu saptanmıştır.

**Tablo 19**  
**Deney ve Kontrol Grubu Olgularında Günlük Enerji Gereksiniminin Karşılanamamasına**  
**Bağlı Olarak Gelişen Kilo Kaybının Dağılımı**

| Kilo Kaybı    | Var |      | Yok |      | Toplam |     |
|---------------|-----|------|-----|------|--------|-----|
|               | n   | %    | n   | %    | n      | %   |
| Deney Grubu   | 6   | 10   | 24  | 40   | 30     | 50  |
| Kontrol Grubu | 25  | 41,7 | 5   | 8,3  | 30     | 50  |
| Toplam        | 31  | 51,7 | 29  | 48,3 | 60     | 100 |

( $\chi^2 = 21,62$  P= 0.0000 P<0.001)

Deney ve kontrol grubu olgularının günlük enerji gereksinimlerinin karşılanamamasına bağlı olarak gelişen kilo kaybının dağılımı incelendiğinde; deney grubu olgularının (n=30), % 10'unda (n=6) kilo kaybının olduğu, % 40'ında (n=24) kilo kaybının olmadığı, kontrol grubu olgularının (n=30), % 41,7'sinde (n=25) kilo kaybının olduğu, % 8,3'ünde (n=5) kilo kaybının olmadığı saptanmıştır (Tablo 19).

Deney grubu ile kontrol grubu olgularının günlük enerji gereksinimlerinin karşılanamamasına bağlı olarak gelişen kilo kaybı arasındaki fark istatistiksel olarak incelendiğinde ileri derecede anlamlı bulunmuştur ( $\chi^2=21.62$ , p=0.0000, p<0.001). Deney grubu hastalara uygulanan hemşirelik bakımının, larenjektomili hastalarda kilo kaybının önlenmesinde etkili olduğu saptanmıştır.

**Tablo 20**  
**Deney ve Kontrol Grubu Olgularında NGB'lerin İçeriğine Ve Veriliş Hızına Bağlı Olarak Gelişen Hazımsızlığın Dağılımı**

| HAZIMSIZLIK   | Var |      | Yok |      | Toplam |     |
|---------------|-----|------|-----|------|--------|-----|
|               | n   | %    | n   | %    | n      | %   |
| Deney Grubu   | 3   | 5    | 27  | 45   | 30     | 50  |
| Kontrol Grubu | 11  | 18,3 | 19  | 31,7 | 30     | 50  |
| Toplam        | 14  | 23,3 | 46  | 76,7 | 60     | 100 |

$$(x^2 = 4,56 \quad P = 0.0326 \quad P < 0.05)$$

Deney ve kontrol grubu olgularında NGB'lerin içeriğine ve veriliş hızına bağlı olarak gelişen hazımsızlığın dağılımı incelendiğinde; deney grubu olguların (n=30), % 5'inde (n=3) hazımsızlığın olduğu, % 45'inde (n=27) hazımsızlığın olmadığı, kontrol grubu olguların (n=30), % 18,3'ünde (n=11) hazımsızlığın olduğu, % 31,7'sinde (n=19) hazımsızlığın olmadığı saptanmıştır.

Deney ve kontrol grubu olgularında NGB'lerin içeriği ve veriliş hızına bağlı olarak gelişen hazımsızlığın iki grup arasındaki farkı istatistiksel olarak araştırıldığında anlamlı bulunmuştur ( $x^2=4,56$ ,  $p=0.0326$ ,  $p<0.05$ ). Deney grubuna uygulanan hemşirelik bakımının, NGB'lerin içeriğine ve veriliş hızına bağlı olarak gelişen hazımsızlığı önlemede etkili olduğu saptanmıştır.

NGB = Nazogastrik Besin



**Tablo 21**  
**Deney ve Kontrol Grubu Olgularında NGB'lerin Hızlı Verilmesine,**  
**Isısına ve İçeriğine Bağlı Olarak Gelişen Diyarenin Dağılımı**

| Diyare        | Var |      | Yok |      | Toplam |     |
|---------------|-----|------|-----|------|--------|-----|
|               | n   | %    | n   | %    | n      | %   |
| Deney Grubu   | 10  | 16,7 | 20  | 33,3 | 30     | 50  |
| Kontrol Grubu | 14  | 23,3 | 16  | 26,7 | 30     | 50  |
| Toplam        | 24  | 40   | 36  | 60   | 60     | 100 |

$$(x^2 = 0,4292 \quad P > 0,05)$$

Deney ve kontrol grubu olgularında NGB'lerin hızlı verilmesine, ısısına ve içeriğine bağlı olarak gelişen diyarenin dağılımı incelendiğinde; deney grubu olgularının (n=30), % 16,7'sinde (n=10) diyare geliştiği, % 33,3'ünde (n=20) diyare gelişmediği, kontrol grubu olgularının (n=30), % 23,3'ünde (n=14) diyare geliştiği, % 26,7'sinde (n=16) diyare gelişmediği, toplam olguların (n=60), % 40'ında (n=24) diyare geliştiği, % 60'ında (n=36) diyare gelişmediği saptanmıştır.

NGB'lerin hızlı verilmesine, ısısına ve içeriğine bağlı olarak gelişen diyarenin deney ve kontrol grupları arasındaki fark istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $x^2=0,4292$ ,  $p > 0,05$ ). Deney grubuna uygulanan hemşirelik bakımının, NGB'lerin hızlı verilmesine, ısısına ve içeriğine bağlı olarak gelişen diyarenin önlenmesinde etkili olmadığı görülmüştür.

**Tablo 22**  
**Deney ve Kontrol Grubu Olgularında Ağızdan Beslenememeye Bağlı**  
**Olarak Gelişen Oral Kavite Yaralarının Dağılımı**

| Oral Kavite Yaraları | Var |      | Yok |      | Toplam |     |
|----------------------|-----|------|-----|------|--------|-----|
|                      | n   | %    | n   | %    | n      | %   |
| Deney Grubu          | 5   | 8,3  | 25  | 41,7 | 30     | 50  |
| Kontrol Grubu        | 19  | 31,7 | 11  | 18,3 | 30     | 50  |
| Toplam               | 24  | 40   | 36  | 60   | 60     | 100 |

$$(x^2 = 11,73 \quad p = 0,0006 \quad p < 0,001)$$

Deney ve kontrol grubu olgularında ağızdan beslenememeye bağlı olarak gelişen oral kavite yaralarının dağılımı incelendiğinde; deney grubu olguların (n=30) % 8,3'ünde (n=5) oral kavite yarası olduğu, % 41,7'sinde (n=25) oral kavite yarası olmadığı, kontrol grubu olguların (n=30), % 31,7'sinde (n=19) oral kavite yarası olduğu, % 18,3'ünde (n=11) oral kavite yarası olmadığı saptanmıştır.

Deney ve kontrol grubu olgularında ağızdan beslenememeye bağlı olarak gelişen oral kavite yaraları istatistiksel olarak incelendiğinde ileri derecede anlamlı ( $x^2=11,73 \quad p = 0,0006 \quad p < 0,001$ ) bulunmuştur. Deney grubuna uygulanan hemşirelik bakımının oral kavite yaralarını önlemede etkili olduğu saptanmıştır.

**Tablo 23**  
**Deney ve Kontrol Grubu Olgularının Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası**  
**Total Protein Değerleri Arasındaki Farkın Dağılımı**

| Total Protein | İki Değer Arasında Artış |      |     |      | Toplam |      |
|---------------|--------------------------|------|-----|------|--------|------|
|               | Var                      |      | Yok |      | n      | %    |
|               | n                        | %    | n   | %    | n      | %    |
| Deney Grubu   | 5                        | 10,4 | 20  | 41,7 | 25     | 52,1 |
| Kontrol Grubu | 5                        | 10,4 | 18  | 37,5 | 23     | 47,9 |
| Toplam        | 10                       | 20,8 | 38  | 79,2 | 48     | 100  |

$$(x^2 = 0,0019 \quad p > 0,05)$$

Deney ve Kontrol grubu olgularının ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası protein değerleri arasındaki farkın dağılımı incelendiğinde; deney grubu olgularının (n=25) % 10,4'ünde (n=5) ameliyattan önceki protein değeri ile ameliyattan sonraki protein değeri arasında artış olduğu, % 41,7'sinde (n=20) artış olmadığı, kontrol grubu olgularının (n=23) % 10,4'ünde (n=5) ameliyattan önceki protein değeri ile ameliyattan sonraki protein değeri arasında artış olduğu, % 37,5'inde (n=18) artış olmadığı saptanmıştır.

Deney ve Kontrol grubu olgularının ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası protein değerleri arasındaki artış istatistiksel olarak incelendiğinde anlamsız bulunmuştur ( $x^2 = 0,0019 \quad P > 0.05$ ). Deney grubuna uygulanan hemşirelik bakımının, larenjektomili hastalarda ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası meydana gelen protein değeri değişikliğinde etkili olmadığı saptanmıştır.

**Tablo 24**  
**Deney ve Kontrol Grubu Olgularının Ameliyat Öncesi ve Ameliyat**  
**Sonrası Trigliserid Değerleri Arasındaki Farkın Dağılımı**

| TRİGLİSERİD   | İki Değer Arasında Artış |      |     |      | Toplam |      |
|---------------|--------------------------|------|-----|------|--------|------|
|               | Var                      |      | Yok |      | n      | %    |
|               | n                        | %    | n   | %    |        |      |
| Deney Grubu   | 7                        | 12,5 | 20  | 35,7 | 27     | 48,2 |
| Kontrol Grubu | 13                       | 23,2 | 16  | 28,6 | 29     | 51,8 |
| Toplam        | 20                       | 35,7 | 36  | 64,3 | 56     | 100  |

( $X^2 = 2,09$   $P > 0.05$ )

Deney ve kontrol grubu olgularının ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası trigliserid değerleri arasındaki farkın dağılımı incelendiğinde; deney grubu olguların (n=27) % 12,5'inde (n=7) ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası trigliserid değerleri arasında artış olduğu, % 35,7'sinde (n=20) artış olmadığı, kontrol grubu olguların (n=29) % 23,2'sinde (n=13) ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası trigliserid değerleri arasında artış olduğu, % 28,6'sında (n=16) artış olmadığı saptanmıştır.

Deney ve kontrol grubu olgularının ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası trigliserid değerleri arasındaki artış istatistiksel olarak incelendiğinde anlamsız ( $X^2 = 2,09$ ,  $p > 0.05$ ) bulunmuştur. Deney grubuna uygulanan hemşirelik bakımının, larenjektomili hastalarda ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası meydana gelen trigliserid değişikliğinde etkili olmadığı saptanmıştır.

**Tablo 25**  
**Deney ve Kontrol Grubu Olgularının Ameliyat Öncesi ve Ameliyat**  
**Sonrası Total Kolesterol Değerleri Arasındaki Farkın Dağılımı**

| TOTAL KOLESTEROL | İki Değer Arasında Artış |       |     |       | Toplam |       |
|------------------|--------------------------|-------|-----|-------|--------|-------|
|                  | Var                      |       | Yok |       | n      | %     |
|                  | n                        | %     | n   | %     | n      | %     |
| Deney Grubu      | 3                        | 5,35  | 24  | 42,85 | 27     | 48,20 |
| Kontrol Grubu    | 5                        | 8,95  | 24  | 42,85 | 29     | 51,80 |
| Toplam           | 8                        | 14,30 | 48  | 85,70 | 56     | 100   |

( $\chi^2 = 0,45$   $P > 0,05$ )

Deney ve kontrol grubu olgularının ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası total kolesterol değerleri arasındaki farkın dağılımı incelendiğinde; deney grubu olguların (n=27) % 5,35'inde (n=3) ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası total kolesterol değerleri arasında artış olduğu, % 42,85'inde (n=24) artış olmadığı, kontrol grubu olguların (n=29) % 8,95'inde (n=5) ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası total kolesterol değerleri arasında artış olduğu, % 42,85'inde (n=24) artış olmadığı saptanmıştır.

Deney ve kontrol grubu olgularının ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası total kolesterol değerleri arasındaki artış istatistiksel olarak incelendiğinde anlamsız ( $\chi^2 = 0,45$ ,  $p > 0,05$ ) bulunmuştur. Deney grubuna uygulanan hemşirelik bakımının, larenjektomili hastalarda ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası meydana gelen total kolesterol değişikliğinde etkili olmadığı saptanmıştır.

**Tablo 26**  
**Deney ve Kontrol Grubu Olgularının Ameliyat Öncesi ve Ameliyat**  
**Sonrası Şeker Değerleri Arasındaki Farkın Dağılımı**

| ŞEKER         | İki Değer Arasında Artış |      |     |       | Toplam |       |
|---------------|--------------------------|------|-----|-------|--------|-------|
|               | Var                      |      | Yok |       | n      | %     |
|               | n                        | %    | n   | %     | n      | %     |
| Deney Grubu   | 20                       | 33,9 | 10  | 16,95 | 30     | 50,85 |
| Kontrol Grubu | 20                       | 33,9 | 9   | 15,25 | 29     | 49,15 |
| Toplam        | 40                       | 67,8 | 19  | 32,20 | 59     | 100   |

$$(x^2 = 0,026 \text{ } P > 0.05)$$

Deney ve kontrol grubu olguların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası şeker değerleri arasındaki artışın dağılımı incelendiğinde; deney grubu olguların (n=30) % 33,9'unda (n=20) ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası şeker değerleri arasında artış olduğu, % 16,95'inde (n=10) artış olmadığı, kontrol grubu olguların (n=29) % 33,9'unda (n=20) ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası şeker değerleri arasında artış olduğu, % 15,25'inde (n=9) artış olmadığı saptanmıştır.

Deney ve kontrol grubu olgularının ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası şeker değerleri arasındaki artış istatistiksel olarak incelendiğinde anlamsız ( $x^2 = 0,026 \text{ } p > 0.05$ ) bulunmuştur. Deney grubuna uygulanan hemşirelik bakımının, larenjektomili hastalarda ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası meydana gelen şeker değişikliğinde etkili olmadığı saptanmıştır.

**Tablo 27**  
**Deney ve Kontrol Grubu Olgularının Ameliyat Öncesi ve Ameliyat**  
**Sonrası Üre Değerleri Arasındaki Farkın Dağılımı**

| ÜRE           | İki Değer Arasında Artış |        |     |        | Toplam |       |
|---------------|--------------------------|--------|-----|--------|--------|-------|
|               | Var                      |        | Yok |        | n      | %     |
|               | n                        | %      | n   | %      | n      | %     |
| Deney Grubu   | 15                       | 25,425 | 15  | 25,425 | 30     | 50,85 |
| Kontrol Grubu | 20                       | 33,9   | 9   | 15,25  | 29     | 49,15 |
| Toplam        | 35                       | 59,325 | 24  | 40,675 | 59     | 100   |

$$(x^2 = 2,19 \text{ } P > 0.05)$$

Deney ve kontrol grubu olguların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası üre değerleri arasındaki farkın dağılımı incelendiğinde; deney grubu olguların (n=30) % 25,425'inde (n=15) ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası üre değerleri arasında artış olduğu, % 25,425'inde (n=15) artış olmadığı, kontrol grubu olguların (n=29) % 33,9'unda (n=20) ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası üre değerleri arasında artış olduğu, % 15,25'inde (n=9) artış olmadığı saptanmıştır.

Deney ve kontrol grubu olguların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası üre değerleri arasındaki artış istatistiksel olarak incelendiğinde anlamsız ( $x^2 = 2,19 \text{ } p > 0.05$ ) bulunmuştur. Deney grubuna uygulanan hemşirelik bakımının, larenjektomili hastalarda ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası meydana gelen üre değişikliğinde etkili olmadığı saptanmıştır.

**Tablo 28**  
**Deney ve Kontrol Grubu Olgularının Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Sodyum Değerleri Arasındaki Farkın Dağılımı**

| SODYUM        | İki Değer Arasında Artış |    |     |    | Toplam |     |
|---------------|--------------------------|----|-----|----|--------|-----|
|               | Var                      |    | Yok |    | n      | %   |
|               | n                        | %  | n   | %  | n      | %   |
| Deney Grubu   | 15                       | 25 | 15  | 25 | 30     | 50  |
| Kontrol Grubu | 18                       | 30 | 12  | 20 | 30     | 50  |
| Toplam        | 33                       | 55 | 27  | 45 | 60     | 100 |

$$(x^2 = 0,58 \text{ } P > 0.05)$$

Deney ve kontrol grubu olguların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası sodyum değerleri arasındaki farkın dağılımı incelendiğinde; deney grubu olguların (n=30) % 25'inde (n=15) ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası sodyum değerleri arasında artış olduğu, % 25'inde (n=15) artış olmadığı, kontrol grubu olguların (n=30) % 30'unda (n=18) ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası sodyum değerleri arasında artış olduğu, % 20'sinde (n=12) artış olmadığı saptanmıştır.

Deney ve kontrol grubu olguların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası sodyum değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak incelendiğinde anlamsız ( $x^2 = 0,58$ ,  $p > 0.05$ ) bulunmuştur. Deney grubu olgulara uygulanan hemşirelik bakımının, larenjektomili hastalarda ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası meydana gelen sodyum değişikliğinde etkili olmadığı saptanmıştır.



**Tablo 29**  
**Deney ve Kontrol Grubu Olgularının Ameliyat Öncesi ve Ameliyat**  
**Sonrası Potasyum Değerleri Arasındaki Farkın Dağılımı**

| POTASYUM      | İki Değer Arasında Artış |      |     |      | Toplam |     |
|---------------|--------------------------|------|-----|------|--------|-----|
|               | Var                      |      | Yok |      | n      | %   |
|               | n                        | %    | n   | %    |        |     |
| Deney Grubu   | 10                       | 16,7 | 20  | 33,3 | 30     | 50  |
| Kontrol Grubu | 9                        | 15   | 21  | 35   | 30     | 50  |
| Toplam        | 19                       | 31,7 | 41  | 68,3 | 60     | 100 |

( $\chi^2 = 0,06$   $P > 0,05$ )

Deney ve kontrol grubu olguların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası potasyum değerleri arasındaki farkın dağılımı incelendiğinde; deney grubu olguların (n=30) % 16,7'sinde (n=10) ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası potasyum değerleri arasında artış olduğu, % 33,3'ünde (n=20) artış olmadığı, kontrol grubu olguların (n=30) % 15'inde (n=9) ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası potasyum değerleri arasında artış olduğu, % 35'inde (n=21) artış olmadığı saptanmıştır.

Deney ve kontrol grubu olguların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası potasyum değerleri arasındaki artış istatistiksel olarak incelendiğinde anlamsız ( $\chi^2 = 0,06$ ,  $p > 0,05$ ) bulunmuştur. Deney grubuna uygulanan hemşirelik bakımının, larenjektomili hastalarda ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası meydana gelen potasyum değişikliğinde etkili olmadığı saptanmıştır.

**Tablo 30**  
**Deney ve Kontrol Grubu Olgularının Ameliyat Öncesi ve Ameliyat**  
**Sonrası Klorür Değerleri Arasındaki Farkın Dağılımı**

| KLORÜR        | İki Değer Arasında Artış |      |     |      | Toplam |      |
|---------------|--------------------------|------|-----|------|--------|------|
|               | Var                      |      | Yok |      | n      | %    |
|               | n                        | %    | n   | %    | n      | %    |
| Deney Grubu   | 16                       | 27,1 | 14  | 23,7 | 30     | 50,8 |
| Kontrol Grubu | 21                       | 35,6 | 8   | 13,6 | 29     | 49,2 |
| Toplam        | 37                       | 62,7 | 22  | 37,3 | 59     | 100  |

$$(\chi^2 = 2,26 \quad P > 0.05)$$

Deney ve kontrol grubu olguların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası klorür değerleri arasındaki farkın dağılımı incelendiğinde; deney grubu olguların (n=30) % 27,1'inde (n=16) ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası klorür değerleri arasında artış olduğu, % 23,7'sinde (n=14) artış olmadığı, kontrol grubu olguların (n=29) % 35,6'sında (n=21) ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası klorür değerleri arasında artış olduğu, % 13,6'sında (n=8) artış olmadığı saptanmıştır.

Deney ve kontrol grubu olguların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası klorür değerleri arasındaki artış istatistiksel olarak incelendiğinde anlamsız ( $\chi^2 = 2,26$ ,  $p > 0.05$ ) bulunmuştur. Deney grubuna uygulanan hemşirelik bakımının, larenjektomili hastalarda ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemde meydana gelen klorür değişikliğinde etkili olmadığı saptanmıştır.

**Tablo 31**  
**Deney ve Kontrol Grubu Olgularının Ameliyat Öncesi ve Ameliyat**  
**Sonrası Magnezyum Değerleri Arasındaki Farkın Dağılımı**

| MAGNEZYUM     | İki Değer Arasında Artış |    |     |    | Toplam |     |
|---------------|--------------------------|----|-----|----|--------|-----|
|               | Var                      |    | Yok |    | n      | %   |
|               | n                        | %  | n   | %  | n      | %   |
| Deney Grubu   | 13                       | 26 | 12  | 24 | 25     | 50  |
| Kontrol Grubu | 12                       | 24 | 13  | 26 | 25     | 50  |
| Toplam        | 25                       | 50 | 25  | 50 | 50     | 100 |

$$(x^2 = 0,08 \text{ } P > 0.05)$$

Deney ve kontrol grubu olguların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası magnezyum değerleri arasındaki farkın dağılımı incelendiğinde; deney grubu olguların (n=25) % 26'sında (n=13) ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası magnezyum değerleri arasında artış olduğu, % 24'ünde (n=12) artış olmadığı, kontrol grubu olguların (n=25) % 24'ünde (n=12) ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası magnezyum değerleri arasında artış olduğu, % 26'sında (n=13) artış olmadığı saptanmıştır.

Deney ve kontrol grubu olguların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası magnezyum değerleri arasındaki artış istatistiksel olarak incelendiğinde anlamsız ( $x^2 = 0,08$ ,  $p > 0.05$ ) bulunmuştur. Deney grubu olgulara uygulanan hemşirelik bakımının, larenjektomili hastalarda ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemde meydana gelen magnezyum değişikliğinde etkili olmadığı saptanmıştır.

## T A R T I Ő M A

Larenjektomi endikasyonu ile hastaneye gelen hastalarda gerek cerrahi girişimin gerekse cerrahi girişimin normal fizyoloji ve psikolojide meydana getireceği değişiklikler nedeniyle hasta bakımı önem kazanmaktadır. Hasta bakımının etkili bir şekilde gerçekleştirilmesi, hasta bakımına ameliyat öncesi dönemde başlanması ile sağlanabilir. Bu nedenle ameliyat öncesi dönemde uygulanacak hasta bakımı, tedavi yöntemlerinin, iletişimin sağlanmasında kullanılacak yeni yöntemlerin, bakım gerektirecek hemşirelik uygulamalarının ve hastanın yaşamını en üst düzeyde sürdürmesinde gerekli olan beslenme ve yöntemlerinin öğretilmesini içermektedir. Ameliyat sonrası dönemde uygulanan hasta bakımının amacı ameliyata bağlı olarak gelişebilecek komplikasyonları engellemek ya da erken dönemde saptayarak hastanın normal fonksiyonlarına kavuşmasında gerekli önlemleri almayı içermektedir. Ayrıca larenjektomili hastalara verilecek bakımın etkinliği hastanın fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlarının birlikte ele alınması yani bütüncül bir yaklaşım ile sağlanabilecektir(2,7,19,35,55).

Total larenjektomi ameliyatı geçirmiş hastalarda, solunum yolunun fizyolojik değişimine bağlı olarak gelişen yeni solunum yolunun, iletişimde sesin kullanılmamasına bağlı olarak gelişen yeni iletişim yollarının ve ameliyata bağlı olarak değişen beslenme yöntemlerinin sürdürülmesindeki güçlükler belli başlı sorunları oluşturmaktadır(7,19,28,35,39).

Ameliyat sonrası meydana gelebilecek komplikasyonların önlenmesinde hedef, bu komplikasyonların meydana çıkabileceğini işaret eden önemli semptomların üzerinde titizlikle durulması ve değerlendirilmesidir. Oluşabilecek komplikasyonların önlenmesinde ve tedavisinde hemşirelik bakımının önemi yadsınamaz. Bu nedenle hemşirelik bakımının larenjektomi ameliyatı geçirmiş hastalarda değişen beslenme yöntemlerinin ve besinlerin uygulanmasında, beslenmeye bağlı olarak gelişebilecek komplikasyonların önlenmesinde ne denli etkili olduğu açıktır.

Araştırmamızda, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi ve İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanelerinin Kulak Burun Boğaz kliniklerinde larenjektomi ameliyatı geçirmiş hastaların beslenme sorunlarının saptanmasında ve bu sorunların çözümlenmesinde hemşirelik yaklaşımının etkinliğini saptamayı amaçladık.

Araştırma kapsamına alınan tüm olguların (n=60) çoğunluğunun % 40'ının 50-59 yaş grubunda ve yaş ortalamasının 56,55 olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

1980 Baş ve Boyun Kanseri Simpozyumu'nda ülkemizin 13 değişik merkezinden alınan bilgilere göre hazırlanan "Türkiye'de Larenks Kanseri" araştırmasını yöneten Sunar'ın olgularının çoğunluğunun 50-59 yaş grubunda olduğu bildirilmiştir. Bizim bulgularımız bu çalışma ile paralellik göstermektedir. Halef'in 1963-1975 yılları arasında 285 larenks kanserli hasta üzerinde yaptığı araştırmada çoğunluğun % 29,48'inin (n=84) 61-70 yaş grubunda olduğu bildirilmiştir. Ayrıca yapılan literatür taramalarında da larenks kanserinin 40 yaşın üstünde görüldüğü saptanmıştır (29,36,45,48,50).

Araştırma kapsamına aldığımız tüm olguların (n=60) çoğunluğunun % 98,3'ünün erkek olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Halef'in 285 larenks kanserli hasta üzerinde uyguladığı araştırmasında hastaların % 96,84'ünün erkek olduğu bildirilmiştir. Tanılan

literatür bilgilerinde de larenks kanserinin erkeklerde kadınlara oranla daha sık görüldüğü bildirilmektedir. Bulgularımız, Halef'in bulgularına ve literatür bilgilerine paralellik göstermektedir(14,29,32,36,45,48,50).

Larenks kanserinin erkeklerde daha çok görülme nedeninin erkeklerin kadınlara göre daha çok sigara kullanması olduğu düşünülebilir. Günümüz kadınlarının sigara kullanma alışkanlığının artması sonucu larenks kanserlerindeki erkek-kadın oranının değişmesi beklenilendir. 1910'da Chiari'nin verdiği kadın-erkek oranı bu durumun son yıllarda kadınlar aleyhine değişmiş olduğunu belirtmektedir(45).

Araştırma kapsamına aldığımız 60 olgunun % 43,4'ünün ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Yıldız'ın 60 hasta üzerinde yaptığı çalışmasında % 41,67'sinin, Süyük'ün 100 hasta üzerinde yaptığı çalışmasında % 52'sinin, Coşkun'un 160 hasta üzerinde yaptığı çalışmasında % 28,75'inin ilkokul mezunu olduğu bildirilmiştir. Bulgularımız çalışmalara paralellik göstermektedir(16,49,55) (Tablo 3).

Hastaya yapılan eğitim ve açıklamaların doğru olarak anlaşılması ve değerlendirilmesi hastanın öğrenim durumuna bağlıdır. Öğrenim durumu ile paralellik gösteren meslek gruplarından serbest mesleğin gelişmekte olan ülkeler arasında yer alan ülkemizin sosyo-kültürel durumunu yansıttığı bildirilmiştir(49).

Süyük'ün 100 hasta üzerinde yaptığı araştırmada olguların % 27'sinin serbest meslek sahibi olduğu bildirilmiştir. Halef'in 285 larenks kanserli hasta üzerinde uyguladığı araştırmada hastaların çoğunluğunun serbest meslek grubunda bulunduğu ve serbest meslek grubunun % 47,39'unun çiftçi olduğu, Sunar'ın yönettiği araştırmada da olguların çoğunun serbest meslek sahibi olduğu ve bu grup içinde yer alan çiftçilerin tüm olguların % 55'ini oluşturduğu bildirilmiştir. Bizim araştırma kapsamına aldığımız tüm olguların % 63,3'ünün serbest meslek sahibi olduğu saptanmıştır. Araştırma bulgularımızın saptandığı anket formu uygulanırken hastalarla yaptığımız karşılıklı görüşmede çoğunluğunun çiftçi olduğu gözlenmiştir.

Fakat anket formumuzda serbest meslek grubunu alt gruplara ayırmadığımızdan çiftçi olgular sayı ve yüzde olarak ifade edilememiştir(29,49,48) (Tablo 4).

Coşkun'un 160 hasta üzerinde uyguladığı araştırmada olguların % 66,25'inin evli olduğu bildirilmiştir. Bizim bulgularımız da bu çalışmaya paralellik göstermektedir. Araştırma kapsamına aldığımız tüm olguların % 93,4'ünün evli olduğu saptanmıştır. Araştırma kapsamımıza aldığımız olguların 50-59 yaş grubunda olması ve Türkiye'nin sosyo-kültürel yapısından dolayı bu olguların çoğunun evli olması doğaldır(16) (Tablo 5).

Sunar'ın yönettiği araştırmada ülkemizin 13 değişik merkezinden alınan bilgilere göre larenks kanserli hastaların % 95'inin, Halef'in 285 larenks kanserli hasta üzerinde yaptığı araştırmada hastaların % 95,79'unun sigara kullandığı bildirilmiştir. Bizim bulgularımızda tüm olguların % 100'ünün sigara kullandığı saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan olguların sayısını arttırdığımızda bu oranın değişebileceği kanısındayız(29,48) (Tablo 6).

Literatür taramalarımızda da larenks kanserli olguların çoğunun sigara kullandığı gözlenmiştir. Larenks kanserinin etyolojisinde yer alan sigara, ister tütünün yanması sonucu çıkan kanserojen maddeler ile ister dumanın olumsuz etkisi ile veya kağıdın yanması sonucu ortaya çıkan maddeler ile olsun kanser oluşumunda etkili olduğu gerçektir. Dünyanın çeşitli yerlerinde yapılan incelemelerde larenks kanserli hastaların % 90'ının sigara kullandığı saptanmıştır(45,50).

Sunar'ın yönettiği araştırmada ülkemizin 13 değişik merkezinden alınan sonuçlara göre % 50 olgunun günde 20 adet, % 40'ının günde 20 adetten fazla içtiği bildirilmiştir. Halef'in araştırma kapsamına aldığı sigara kullanan 273 olgunun çoğunluğunun % 25,64'ünün günlük 40 tane sigara kullandığı bildirilmiştir. Bizim araştırma kapsamına aldığımız tüm olguların % 41,6'sının 31-40 tane/gün sigara kullandığı saptanmıştır. Bulgularımız, Halef'in bulguları ile paralellik göstermektedir(29,48) (Tablo 7).

Sunar'ın yönettiği araştırmada 559 olgunun % 82'sinin alkol kul-landığı bildirilmiştir. Araştırmamızda tüm olguların % 26,7'sinin alkol kul-landığı, alkol kullanan olguların da % 56,25'inin haftada 601 gr ve üstü alkol kullandığı, toplam olguların % 26,7'sinin sigara ile birlikte alkol kul-landığı saptanmıştır. Sunar'ın bulguları ile bizim bulgularımız paralellik göstermemektedir. Bizim araştırmamızda da olgu sayısı arttırıldığında alkol kullanma oranının değişebileceği kanısındayız (Tablo 8, 9, 10)(48).

Literatür taramalarında larenks kanserinde alkolün tek başına etken olmadığı, sigara kullanımı ile birlikte veya tek yönlü beslenme ile bir-likte değerlendirilmesi gerektiği bildirilmektedir(45,50).

Araştırma kapsamına aldığımız 60 larenjektomili olgunun % 98,3'ü-nün larenks kanseri, % 1,7'sinin piriform sinüs teşhisi ile kliniğe yattığı sap-tanmıştır (Tablo 11).

Halef'in 285 larenks kanserli hasta üzerinde yaptığı araştırmada cerrahi yöntemle tedavi edilen olguların % 71,94'ünün total larenjektomi ameliyatı geçirdiği bildirilmiştir. Araştırmamız kapsamına alınan tüm olgu-ların % 46,7'sinin total larenjektomi + boyun disseksiyonu ameliyatı geçir-diği saptanmıştır. Bizim bulgularımız ile Halef'in bulguları paralellik gös-termemektedir. Halef'in bulgularında parsiyel larenjektomi alt gruplara ayrılmıştır. Bulgularımızı saptadığımız anket formunda parsiyel larenjekto-mi alt gruplara ayrılmamıştır ve daha önce parsiyel larenjektomi ameliyatı geçirip de nüks etmiş olgularda araştırma kapsamımıza alınmıştır. Sunar'ın yönettiği araştırmada ülkemizin 13 değişik merkezinden alınan bilgilere göre larenks kanserli hastaların primer tedavi yöntemlerini içeren cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi yöntemlerinden en çok total larenjektominin uygulandığı vurgulanmıştır(29,48) (Tablo 12).



Deney ve kontrol grubu olguların NGB'de kullandıkları besinlerin dağılımını incelediğimizde, deney grubu olguların % 96,7'sinin, kontrol grubu olguların % 90'ının süt + bal + yumurta + sıvı yağ karışımını kullandığı saptanmıştır. Bu konuda yapılan bir araştırma bulunamadığından bizim bulgularımız ile karşılaştırılamamıştır (Tablo 13).

Yapılan literatür taramalarında nazogastrik tüple beslenmede daha çok süt ve süt ürünleri besinlerin sevilerek yenilip-içildiği ve daha iyi tolere edildiği, buna karşılık tatlı besinlerin daha az isteyerek yenilip-içildiği bildirilmiştir. Bizim bulgularımız da literatür bilgilerine paralellik göstermiştir. Araştırma kapsamına alınan tüm olguların süt + bal + yumurta + sıvı yağ, ayran, bebek mamaları, ensure gibi süt ve süt türevi besinleri daha çok kullandığı gözlenmiştir(3,19,52) (Tablo 13).

Nazogastrik tüple beslemeye başlamadan önce ve besleme bittikten sonra tüpte kalan besin artıklarını temizlemek, tüpün tıkanmasını önlemek, hastanın günlük sıvı ihtiyacını karşılamak ve özellikle proteinden zengin formüllerden sonra azot artıklarının atılmasını sağlamak amacıyla tüpten 10-20 ml su verilmelidir(19,52).

Her NGB'den sonra tüpten su verilip-verilmediğini incelediğimizde olguların büyük bölümünün tüpten su verdiği saptanmıştır. Aynı zamanda tüm olgularda "her NGB'den sonra tüpten niçin su veriliyor?" sorusuna "tüpün tıkanmasını önlemek" yanıtını verme açısından deney ve kontrol grubu olguları arasındaki bilgi farkı istatistiksel olarak incelendiğinde ileri derecede anlamlı ( $x^2=13.41$ ,  $p<0.001$ ) bulunmuştur. Deney grubu olguların bu konuda kontrol grubuna oranla daha bilgili oldukları saptanmış ve yapılan eğitimin etkili olduğu gözlenmiştir (Tablo 14, 15).

Larenjektomili hastalarda beslenmenin ağızdan yapılamaması oral kavitede ortam değişikliği meydana getirdiğinden nemli bir ağız ve paslı bir dil meydana gelmesi oldukça sıktır. Hemşire bu hastalarda iyileşmeyi hızlandırmak, oluşabilecek enfeksiyonları ve kokuyu önlemek açısından ağız bakımının önemini hastalara açıklayarak, uygulamasında hastanın katkısını sağlamalıdır(7,14).

Yıldız'ın araştırmasında ameliyat sonrası erken dönemde deney grubu olguların % 31,66'sında, kontrol grubu olguların % 38,33'ünde ağız kuruluşu görüldüğü bildirilmiştir. Ağız kuruluşunun giderilmesinde deney grubu olgular ile kontrol grubu olgulara uygulanan hemşirelik yaklaşımı istatistiksel olarak incelendiğinde deney grubu olgulara uygulanan hemşirelik yaklaşımının etkili olduğu bildirilmiştir(55).

Araştırmamızda her NGB'den sonra ağız bakımı uygulanması veya dişlerin fırçalanmasının deney ve kontrol grupları arasındaki farkı istatistiksel olarak incelendiğinde anlamsız ( $X^2=2,95$ ,  $p>0.05$ ) bulunmuştur. Bunun sonucu olarak da deney ve kontrol grubu olguların aynı oranda NGB'den sonra ağız bakımı uyguladığı veya dişlerini fırçaladığını belirtebiliriz. Fakat ağızdan beslenememeye bağlı olarak gelişen oral kavite yarası açısından deney ve kontrol grubu olguları arasındaki fark ileri derecede anlamlı ( $X^2=11,73$ ,  $p<0,001$ ) bulunmuştur. NGB'den sonra ağız bakımı uygulanması veya dişlerin fırçalanması konusunda kapsamlı hemşirelik bakımı ve eğitimi uygulanan deney grubu olgularında oral kavite yaralarının daha az görülmesi, kapsamlı hemşirelik bakımının, etkili ağız bakımını gerçekleştirmede ve eğitiminde ne kadar etkili olduğunu gösterdiği kanısındayız (Tablo 16, 22).

Hemşirelik bakımında önemli bir faktörde hastanın en kısa zamanda bağımsız hale gelmesine yardımcı olacak bilgileri vermeyi içermektedir. Bu amaçla hemşire hastasına bakım verirken neyi, niçin ve nasıl yaptığını açıklamalıdır. Hasta kendi bakımında bağımsız hale geldiğinde bakımında gerekli olan işlemleri daha bilinçli ve dikkatli uygulayabilecektir.

Deney ve kontrol grubu olgularının "NGB sırasında tüpten hava kaçmamasına dikkat ediliyor mu?" sorusuna verdikleri yanıtlarda, iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Ancak deney ve kontrol grubu olgularının "NGB sırasında tüpten niçin hava yutturulmuyor?" sorusuna "Batında distansiyonu önlemek" şeklinde yaptığı açıklamada deney ve kontrol grup olguları arasındaki fark istatistiksel olarak anlam-

lı ( $X^2=8,4$ ,  $p<0.05$ ) bulunmuştur. Kontrol grubu olguları NGB sırasında tüpten hava kaçırmamaya dikkat ettiğini fakat bunu niçin uyguladığını bilmediğinden batında distansiyonun önlenmesinde etkili olamadığı saptanmıştır. Yapılan literatür taramalarında da hemşirelerin hasta bakımında olduğu kadar hastaların sağlık eğitimi konusunda da etkili olduğu bildirilmiştir(12) (Tablo 17, 18).

Yıldız'ın 60 cerrahi girişim geçirmiş hasta üzerinde yaptığı araştırmada ameliyat sonrası erken dönemde görülen abdominal sorunların çözümlenmesinde kapsamlı hemşirelik bakımının etkili olduğu bildirilmiştir(55).

Hemşire, abdominal distansiyon, yanma hissi ve kolik şeklinde ağrının meydana gelmemesi için NGB sırasında tüpten hava yutturmamaya dikkat etmeli ve bu konuda gerekli açıklamaları hasta ve hasta ailesine yapmalıdır.

Larenjektomili hastalarda bazal metabolizmanın artması, kanser hücrelerinin enerji sentezinde görev almayarak enerji tüketimini arttırması, iştah kaybına bağlı olarak besinlerin az miktarda alınması, geçirilen cerrahi girişime bağlı olarak gelişen yaranın iyileşmesinde kullanılan enerji ve protein ihtiyacının artması ve cerrahi girişime bağlı olarak değişen beslenme yöntemi iştahsızlığa ve yetersiz besin alımına sebep olduğundan kilo kaybı meydana gelmektedir(3,19).

Araştırmamızda günlük enerji gereksiniminin karşılanamamasına bağlı olarak gelişen kilo kaybı dağılımında ameliyattan önce ölçülen kilo ile ameliyattan 15 gün sonrasına kadar ölçülen kilolar arasında bir düşmenin olduğu saptanmıştır. Deney ve kontrol grubu olguları arasındaki kilo kaybı farkı istatistiksel olarak incelendiğinde ileri derecede anlamlı bulunmuştur ( $X^2=21,62$ ,  $p<0.001$ ). Deney grubu olgularda kilo kaybının daha az olduğu gözlenmiştir. Bizim çalışmamız larenjektomili hastaların beslenmesinde kapsamlı hemşirelik yaklaşımının ne kadar etkili olduğunu vurgula-

maktadır. Kliniklerde hasta başına düşen hemşire sayısı arttırıldığında hastalarda kilo kaybının önlenebileceği ve kapsamlı hemşirelik bakımının etkili olacağı kanısındayız (Tablo 19).

Nazogastrik tüple beslenmede ideal osmolalitedeki besinlerin daha önce dinlenme konumunda olan barsağa hızla verilmesi, hiperosmolar besinlerin uygulanması, beslenme hızının yetersiz kontrolü, laktoz intoleransı, besinlerin içeriği ve ısısına bağlı olarak bulantı-kusma, hazımsızlık, abdominal distansiyon hastalarda en çok görülen komplikasyonlar arasında yer almaktadır(21,28,39,52).

Nazogastrik tüple verilen besinlerin içeriğine ve verilmiş hızına bağlı olarak gelişen hazımsızlık açısından deney ve kontrol grubu olguları arasındaki fark istatistiksel incelendiğinde anlamlı ( $X^2=4,56$ ,  $p<0.05$ ) bulunmuş, deney grubu olgularda bu komplikasyon daha az görülmüştür. Bu sonuç bize kapsamlı hemşirelik bakımı ile NGB'nin komplikasyonlarından biri olan hazımsızlığın önlenebileceğini düşündürmektedir (Tablo 20).

NGB'lerin verilmiş hızına, ısısına ve içeriğine bağlı olarak gelişen diyare sorunu incelendiğinde deney ve kontrol grubu olguları arasındaki fark anlamsız ( $X^2=0,4292$ ,  $p>0.05$ ) bulunmuştur. Diyarenin deney grubu olgularında da görülmesini kapsamlı hemşirelik bakımının etkisizliğinden çok bu hastaların uzun süre likid, tatlı ve süt ürünlerinin beslenmede kullanılmasına ve hastaların yatağa bağımlı olmaması sonucu bolüs tarzı beslenmeyi tercih etmesine bağlayabiliriz(21,27,28,52) (Tablo 21).

Literatür taramalarında da besinlerin verilmiş hızına, içeriğine, ısısına, antibiyotik tedavisine ve besinlerin bakteriyel kontaminasyonuna bağlı olarak diyarenin gelişebileceği bildirilmiştir. Bulgularımız literatür bilgilerine paralellik göstermektedir(21,27,28,52).

Kanserli organizmada kan protein sentezindeki azalma, diyetle yeterli miktarda enerji ve protein alındığında bile saptanmıştır. Bunun nedeni dokulardan tümör için azot çekilmesidir. Bununla birlikte kanser,

organizmanın karbonhidrat, yağ ve elektrolit dengesini olumsuz yönde etkiler. Kanserli organizmada hipoglisemiye rastlanması, neoplazmanın fazla glikoz kullanmasına ve diğer bir görüşe göre de, bazı kişilerde tümörün hipoglisemi oluşturan bir takım maddeler salgılaması ve bunların tümörde insülin gibi aktivasyon göstermesidir. Kanserli organizmada lipid metabolizmasında değişmelerin olduğu ve yağ dokusundan serbest yağ asitlerinin mobilizasyonu sonucu vücudun yağ depolarının kaybolduğu belirtilmektedir. İlerlemiş kanserlerde sıklıkla görülen elektrolit anormalliği hiponatremidir. Aynı zamanda ağırlık kaybı, artan katabolizma idrarla sodyum ve potasyum kaybına neden olmaktadır(3).

Araştırmamızda deney grubu olguları ile kontrol grubu olgularının ameliyat öncesi ve ameliyattan 3 gün sonra alınan kan örneklerinde total protein, total kolesterol, trigliserid, üre, şeker, sodyum, potasyum, klorür ve magnezyum değerleri arasındaki fark ki-kare testi ile incelendiğinde anlamsız bulunmuştur (Tablo 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31).

Araştırmamızda deney ve kontrol grubu olguların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası kan değerleri t-testi ile incelendiğinde;

Deney grubu olguların ameliyat öncesi ve ameliyattan 3 gün sonraki total protein, trigliserid, total kolesterol, potasyum değerleri arasındaki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ameliyat öncesi ve ameliyattan 3 gün sonraki şeker değerindeki artış istatistiksel olarak anlamlı, klorürdeki artış anlamsız bulunmuştur. Bu arada sodyum, üre ve magnezyum değerleri arasındaki azalma da anlamsız bulunmuştur.

Kontrol grubu olguların ameliyat öncesi ve ameliyattan 3 gün sonraki total protein, total kolesterol değerlerindeki azalma istatistiksel olarak anlamlı, trigliserid, potasyum ve magnezyum değerleri arasındaki azalma anlamsız, şeker, üre, sodyum, klorür değerleri arasındaki artış anlamsız bulunmuştur.

Deney ve kontrol grubu olguların ameliyat öncesi ve ameliyat

sonrası 3. günkü kan değerleri ortalamaları arasındaki fark t-testi ile incelendiğinde, total protein, trigliserid, total kolesterol, Şeker, sodyum, potasyum, klorür ve magnezyum değerleri anlamsız, üre değerleri anlamlı bulunmuştur.

Deney grubu olgulardaki total protein, total kolesterol, trigliserid, sodyum, potasyum değerlerindeki azalma literatür bilgilerine paralellik göstermekte, Şeker değerindeki artış paralellik göstermemektedir(3).

Kontrol grubu olgularındaki total protein, trigliserid, total kolesterol, potasyum değerlerindeki azalma literatür bilgilerine paralellik göstermekte, Şeker, re, sodyum ve klorür değerlerindeki artış paralellik göstermemektedir(3).

Elektrolit değerlerindeki deęiŐiklikleri diyetten çok araştırma kapsamına alınan olguların kanserin ileri dönemlerinde olmasına ve olguların büyük bir kısmının total larenjektomi, total larenjektomi + boyun diseksiyonu gibi büyük cerrahi girişim geçirmelerine bağlıyabiliriz (Tablo 12).

Sonuç olarak larenjektomi ameliyatı geçirmiş olan olguların, gerek geçirdikleri ameliyata bağlı olarak gerekse kanser metabolizmasına bağlı olarak değişen beslenme yöntemlerinin uygulanmasında, besinlerin hazırlanmasında ve beslenme sırasında meydana gelebilecek komplikasyonların önlenmesinde kapsamlı hemşirelik bakımının ne kadar etkili olduğu belirlenmiştir.

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmamız larenjektomi ameliyatı geçirmiş olguların beslenme sorunları ve bu sorunların çözümlenmesinde hemşirelik yaklaşımının etkinliğini saptamak amacıyla yapılmıştır. Çalışmamız İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi ve İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastaneleri Kulak-Burun-Boğaz kliniklerinde yatmakta olan 60 larenjektomi ameliyatı geçirmiş olgu üzerinde yapılmıştır.

Araştırma kapsamımıza giren olguların % 98,3'ünün erkek, % 40'ının 50-59 yaş grubunda (ortalama 56,55), % 63,3'ünün serbest meslek sahibi, % 43,4'ünün ilkökul mezunu ve % 93,4'ünün evli olduğu saptanmıştır.

Larenks kanserinin etyolojisinde yer alan sigaranın bütün olgular tarafından kullanıldığı ve olguların % 41,6'sının günde 31-40 tane sigara içtiği saptanmıştır. Tek başına larenks kanserinin etyolojisinde etkili rol almayan alkolün % 26,7 oranında kullanıldığı, en fazla haftalık alkol miktarının 601 gr ve üstü olduğu, % 26,7'sinin alkol ile birlikte sigara kullandığı saptanmıştır.

Larenjektomi ameliyatı geçirmiş hastaların teşhisleri incelendiğinde % 98,3'ünün larenks kanseri, % 1,7'sinin piriform sinüs olduğu, tüm olguların (n=60) % 46,7'sinin (n=28) total larenjektomi + boyun disseksiyonu ameliyatı olduğu saptanmıştır.

Geçirilen ameliyata bağlı olarak değişen beslenme formüllerinde tüm olguların (n=60) % 93,3'ünün (n=56) süt + bal + yumurta + sıvı yağ ve süt ürünlerinin kullanıldığı gösterilmiştir.

Olguların % 90'ının her beslenmeden sonra tüpten su verdiği ve % 70'inin suyu tüpün tıkanmasını önlemek için verdiği saptanmıştır. Bu konuda deney ve kontrol grubu olgular arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ). Bunların sonucu olarak da hemşirenin hasta bakımında olduğu kadar hasta eğitiminde de etkili olduğu saptanmıştır.

Olguların % 90'ının NGB sırasında tüpten hava kaçırmadığı ve % 60'ının batında distansiyonu önlemek için tüpten hava kaçırmadığı saptanmıştır. Bu konudaki deney ve kontrol grubu olguları arasındaki bilgi farkı anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

Kanserli ve cerrahi girişim geçirmiş hastalarda değişen beslenme yoluna ve organizmanın besin öğelerine karşı ihtiyacının artmasına bağlı olarak kilo kaybı meydana gelmektedir. Deney grubu olguların % 40'ında kilo kaybının görülmemesi, kapsamlı hemşirelik bakımının larenjektomili hastaların beslenmesinde etkili olduğu saptanmış ve sonuçlarda istatistiksel olarak doğrulanmıştır ( $p < 0.001$ ).

NGB sırasında görülen hazımsızlık gelişebilecek bir diğer beslenme komplikasyonudur. Tüm olguların % 23,3'ünde görülen bu sorunu çözmek için uygulanan kapsamlı hemşirelik bakımının olumlu yönde etkili ve istatistiksel olarak da anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

NGB'lerin hızlı verilmesine, besinlerin içeriğine, ısısına, bakteriyel kontaminasyonuna bağlı olarak gelişen diyare NGB'nin önemli kompli-



kasyonlarından biridir. Tüm olgularda % 40 oranında rastlanılan bu sorunun her iki grup olguda da görülmesi, soruna bir başka yönden yaklaşılması gereğini ortaya çıkarmaktadır.

NGB sırasında ağız yolunun kullanılmamasına bağlı olarak gelişen oral kavite yaralarının deney grubu olgularında % 8,3, kontrol grubu olgularında % 31,7 oranında olduğu ve bu iki grup arasındaki hemşirelik yaklaşımının etkinliği incelendiğinde anlamlı olduğu, deney grubu olgularda daha az oral kavite yaralarına rastlandığı görülmüştür ( $p < 0.001$ ).

Deney ve kontrol grubu olgularının, ameliyattan önceki kan değerleri ile ameliyattan 3 gün sonraki kan değerleri  $X^2$  (Ki kare) testi ile karşılaştırıldığında anlamsız bulunmuştur. Bunun sonucu olarak da larenjektomili hastaların ameliyattan 3 gün sonraki kan değerleri ile uyguladığımız diyet arasında ilişki olmadığı saptanmıştır.

Araştırmamızın sonuçlarına göre, larenjektomili hastaların yaşamlarını sürdürebilmeleri için gerekli olan beslenmenin en iyi şartlarda sürdürülmesinde ve beslenme sırasında meydana gelebilecek komplikasyonların önlenmesinde etkili olan hemşirelik yaklaşımının devamlılığının sürdürülmesinde şunlar yapılmalıdır.

. Kulak Burun Boğaz gibi yoğun çalışma temposu gerektiren servislerde hemşire sayısı ve hemşirelik bakımının niteliği arttırılmalı,

. Kulak Burun Boğaz kliniklerinde yeni çalışmaya başlayacak hemşireler için en az iki hafta oryantasyon programları ve kliniklerde çalışmaya devam eden hemşireler için hizmet içi eğitim programları düzenlenmeli,

. Kulak Burun Boğaz kliniklerinde çalışan hemşireler larenjektomili hastaların beslenme sorunlarına karşı uyanık olmalı ve gerekli hemşirelik bakımını en kısa zamanda planlama ve uygulama yeteneğine sahip olmalı,

. Larenjektomili hastaların bakımları konusundaki yerli ve yabancı kaynaklar takip edilmeli,

. Hemşirelerin, kanserli ve cerrahi girişim geçirmiş hastaların beslenme gereksinimleri ve yöntemleri konusunda bilgi sahibi olması,

. Kanserli ve cerrahi girişim geçirmiş hastaların beslenmesinde son yıllarda kullanılmaya başlanılan enteral beslenme, enteral beslenme yöntemleri, enteral besinler ve uygulanması konusunda Kulak Burun Boğaz klinik hemşirelerinin bilgi sahibi olması,

. Larenjektomi ameliyatı geçirmiş olan hastaların beslenmelerine ve komplikasyonlar konusunda bilgi sahibi olmalarına ilişkin hazırlanacak bir kitapçığın hastalara verilmesinin uygun olacağı kanısındayız.

## Ö Z E T

Bu araştırma, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi ve İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Servislerinde larenjektomi endikasyonu ile yatan 30 deney, 30 kontrol grubunda olmak üzere 60 hastada gerçekleştirilmiştir.

Larenjektomili hastalarda nazogastrik tüple beslenmeye bağlı olarak gelişen diyare, abdominal distansiyon, hazımsızlık, oral kavite yaraları, kilo kaybı gibi sorunların çözümlenmesinde hemşirelik bakımının rolünü araştırmak amacı ile deney grubu hastalar ameliyat sonrası dönemde bu sorunlar açısından gözlenmiş ve kapsamlı hemşirelik bakımı uygulanmış, kontrol grubu hastalara ise rutin servis bakımı verilmiştir.

Sonuçlar istatistiksel olarak değerlendirildiğinde, larenjektomili hastalarda nazogastrik tüple beslenmeye ait hazımsızlık, batında distansiyon, kilo kaybı, oral kavite yaralarının çözümlenmesinde kapsamlı hemşirelik bakımının etkili olduğu, diyarenin çözümünde etkisiz olduğu ve nazogastrik tüple beslenmede uygulanan kapsamlı hemşirelik bakımının sorunları minimuma indirgemedi etkili olduğu gözlenmiştir.

## S U M M A R Y

This study includes 60 patients with laryngectomy indication (30 patients control group) hospitalized in E.N.T. Clinics of Istanbul Faculty of Medicine and Cerrahpaşa Faculty of Medicine.

In laryngectomized patients fed by nazogastric tube complications like diarrhea, abdominal distension, dyspeptic complaints, ulcers in oral cavity, weight lost have been observed. In order to search the role of nursing care in the management of this complications patients have been observed in post operative period. For control group routine nursing care, for experimental group intensive nursing care have been performed.

We have evaluated our results statistically seen that in laryngectomized patients, intensive nursing care is effective for management of dyspepsia, abdominal distention, oral cavity ulcers and weight lost, but in management of diarrhea it is not effective. However in patients fed by nasogastric tubes intensive nursing care minimizes problems.

**KAYNAKLAR**

- 1- Aksoy,G.: Cerrahi Hastalıkları hemşireliğinde sürekli eğitim, Hemşirelik Bülteni, 7:31, (1986).
- 2- Aksoy,G.: Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ders Notları, İstanbul, (1986).
- 3- Aksoy,M.: Beslenme ve Kanser. Çağ Matbaası, Ankara, (1984).
- 4- Alexander,M.F.: Hemşirelik süreci hemşirelik bakımına sistematik bir yaklaşım. Çeviri: S.Oktay, Hemşirelik Bülteni, 14:7, (1989).
- 5- Antia,F.P.: Clinical Dietetics and Nutrition. Oxford University Press, London, New York, Second Edition, (1973).
- 6- Babadağ,K.: İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Hemşirelik Temel İlkeleri ve Uygulamaları Ders Notları, İstanbul, (1990).
- 7- Barclay,V.: Kanser Hemşireliğinde Temel Kavramlar. Çeviri: N.Plantin, Uluslararası Kanser Savaş Birliği, Yenışehir/Ankara, (1987).

- 8- Baysal,A.: Yeterli ve Dengeli Beslenme Rehberi. Edebiyat Fakültesi Matbaası, İstanbul, (1981).
- 9- Baysal,A.: Genel Beslenme Bilgisi. Volkan Matbaacılık, Ankara, 4. baskı, (1988).
- 10- Baysal,A.: Beslenme. Yargıçoğlu Basımevi, Ankara, (1975).
- 11- Baysal,A., Keçecioğlu,S., Güneyli,U., Yücecan,S., Pekcan,G., Arslan,P., Birer,S., Sağlam,F., Yurttagül,M. ve Çehreli,R.: Besinlerin Bileşimleri. Çağ Matbaası, Ankara, (1984).
- 12- Birol,L.: Hemşirelik Süreci. Şafak Matbaası, Ankara, 2. baskı, (1990).
- 13- Birol,L., Akdemir,N., Bedük,T.: İç Hastalıkları Hemşireliği, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, Ankara, (1989).
- 14- Bouchard,R., Owens,F.N.: Nursing Care of The Cancer Patient. The C.V. Mosby Company, Saint Louis, Second Edition, (1972).
- 15- Cem,K.: Hemşire-hasta ilişkileri, Türk Hemşireler Dergisi, 3:38, (1987).
- 16- Coşkun,Ü.: Hastaların öğünlerini yememe sebeplerinin araştırılması. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (1990).
- 17- Değerli,Ü.: Genel Cerrahi. Fatih Gençlik Vakfı Matbaa İşletmesi, İstanbul, (1986).
- 18- Değerli,Ü.: Cerrahi Hastaların Bakımı ve İlgili Problemler. Yenilik Basımevi, İstanbul, (1970).

- 19- Devranoğlu,İ., Akan,D., Őekercioglu,N., Sarıkahya,İ., Oran,Y., Kaleli,Ç., Altuğ,T., Rehnevard,M. ve Enver,Ö.: Kanser metabolizması ve larenks kanserlerinde beslenme. Türk Oto-RinoLarengoloji Derneği XV. Milli Kongresi. Çeltüt Matbaacılık Koll.Şti., İstanbul, (1982).
- 20- Dökmeçi,İ.: Toksikoloji Akut Zehirlenmelerde Tanı ve Tedavi. Fatih Gençlik Vakfı Matbaa İşletmesi, İstanbul, (1988).
- 21- Engquist,A.: Sıvılar, Elektroitler, Beslenme. Çeviri: C.Mordeniz, Ü.Değerli, Omaş Ofset Matbaacılık A.Ő., İstanbul, 1. baskı, (1990).
- 22- Erdal,E.: Nazogastrik tüp uygulaması, Türk Hemşireler Dergisi, 1:28, (1985).
- 23- Erdil,F.: Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Hemşirelik Süreci, Şafak Matbaası, Ankara, (1990).
- 24- Fırat,D.: Türkiye ve Dünyada Kanser Ölümleri (1980-1981). Saydam Matbaacılık, Ankara, 1. baskı, (1983).
- 25- Fişek,N.: Halk Sağlığına Giriş. Çağ Matbaası, Ankara, (1983).
- 26- Fruest,E.V., Wolff,L.V. ve Weitzel,M.H.: Hemşireliğin Temel İlkele-ri. Çeviri: R.Avery, S.Bezmez, M.Yaylalı, Redhouse Yayınevi, İstanbul, 1. baskı, (1979).
- 27- Goldberger,E.: A Primer of Water Electrolyte and Acid-Base Syndro-mes. Lea and Febiger, Philadelphia, fifth edition,(1977).
- 28- Gören,A.: Enteral beslenme alan hastalarda komplikasyon ve sonuçla-rın değerlendirilmesi. Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroentero-loji Kliniği, Yüksek İhtisas Tezi, Ankara, (1988).

- 29- Halef,E.: Larenks kanserlerinde çeşitli etiyolojik faktörler (285 vak'a-da klinik araştırma). Uzmanlık Tezi, İstanbul, (1977).
- 30- Hall,D.C.: Hemşirenin görevi ve sorumlulukları, Tıp ve Hemşirelik Eğitim Simpozyumları, Sermet Matbaası, İstanbul, (1977).
- 31- Hardy,J.D.: Cerrahide Komplikasyonlar ve Tedavileri. Çeviri: Ü.Değerli, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 4. baskı, (1981).
- 32- Havener,W.H., Saunders,W.H., Keith,C.F. ve Prescott,A.W.: Nursing Care in Eye, Ear, Nose and Throat Disorders. The C.V. Mosby Company, Saint Louis, third edition, (1974).
- 33- Hoşal,İ.N. ve Turan,E.: Larenjektomilerde postoperatif ağızdan erken beslenme, Türk Oto-Rino-Larengoloji Derneği XV. Milli Kongresi, Çeltüt Matbaacılık Koll.Şti., İstanbul, (1982).
- 34- Irmak,S., Emiroğlu,F. ve Gökhan,N.: Dişhekimliği, Eczacılık, Biyoloji ve Yüksek Hemşirelik Öğrencileri İçin Fizyoloji Kısa Ders Kitabı. Basım Yayım ve Dağıtım A.Ş., İstanbul, (1982).
- 35- Kamber,A.: Larenjektomi olan hastaların ameliyat sonrası bakımına ilişkin hemşirelerin bilgi düzeylerinin incelenmesi. İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (1989).
- 36- Karatay,S.: Kulak Burun Boğaz Hastalıkları İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Ders Kitapları. Çeltüt Matbaacılık Koll.Şti., İstanbul, 2. baskı, (1974).
- 37- Kırdar,Ü.: Kanser Nedir. Y.Güray Matbaası, İstanbul, (1979).
- 38- King,E.M., Wieck,L. ve Dyer,M.: Hemşirelik Teknikleri El Kitabı. Çeviri: K.Babadağ, N.Sabuncu ve G.Tandal. Çeltüt Matbaacılık Sanayi ve T.A.Ş., İstanbul, (1983).



- 39- Maloney,W.H.: Otolaryngoloji Nursing Care. Howper Row, New York, (1973).
- 40- Onul,M.: Sistematik İnfeksiyon Hastalıkları. Ayyıldız Matbaası A.Ş., Ankara, 2. baskı, (1983).
- 41- Özden,M.: Sağlık Eğitimi. Ünal Ofset Matbaacılık Sanayi Ltd.Şti., Ankara, (1988).
- 42- Sabuncu,H.: İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Yayınlanmamış İstatistik Ders Notları, İstanbul, (1987).
- 43- Sencer,E.: Beslenme ve Diyet. Fatih Gençlik Vakfı Matbaası, İstanbul, 1. baskı, (1983).
- 44- Shafer,K.N., Sawyer,J.R., McCluskey,A.M. ve Beck,E.L.: Tıbbi ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Çeviri: E.Kum, The C.V. Mosby Company, New York, 2. baskı, (1983).
- 45- Sözen,N.: Baş ve Boyun Kanseri. Hilal Matbaacılık, İstanbul, (1979).
- 46- Stell,P.M., Maran,A.G.D.: Head and Neck Surgery. William Heine-  
mann Medical Books Ltd., London, second edition, (1978).
- 47- Suen,J.Y., Myers,E.N.: Cancer of the Head and Neck. Churchill  
Livingstone, New York, Edinburgh, London and Melbourne, (1981).
- 48- Sunar,O.: Türkiye'de larenks kanserleri, Baş ve Boyun Kanseri Sim-  
pozyumu. Hilal Matbaacılık, İstanbul, (1980).
- 49- Süyük,H.: Akciğer tüberkülozlu hastaların beslenme ile ilgili bilgi  
düzeylerinin saptanması. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (1989).

- 50- Şenocak,A.: Otolarengoloji Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Ders Kitabı. Hilal Matbaacılık Koll.Şti., İstanbul, (1979).
- 51- Şenocak,M.: Tıbbi İstatistik Genel Kavramlar-Uygulama Modelleri. Sermet Matbaası, Kırklareli/Vize, (1986).
- 52- Thomas,B.: Manual of Dietetic Practice. Printed and bound in Great Britain by Redwood Burn Ltd., Trowbridge, Wilts, (1988).
- 53- Velioglu,P.: Hemşirelikte Bilimselleşmeye Doğru. Bozok Matbaası, İstanbul, (1985).
- 54- Wood,S.R.: The nurse and nutritional support, Clinical Nutrition '81. Churchill Livingstone, Edinburg, London, Melbourne and New York, (1982).
- 55- Yıldız,Ü.: Cerrahi hastalarında erken ameliyat sonrası dönemde karşılaşılan abdominal sorunlar ve bu sorunların çözümlenmesinde hemşirenin rolü, İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (1989).
- 56- - - - -: Enteral Tüp Beslenme Prensipleri (Gastrointestinal kanal tüp beslenme prensipleri) Kısım 1, Beslenmeye ilişkin gereksinimler ve formül seçimi, İstanbul, (1990).

## EKLER (I)

## DENEY GRUBUNUN VÜCUT AĞIRLIĞI (Gr)

| Olgu No | İdeal Ağırlık | Ameliyat Öncesi Ağırlık | Ameliyat sonrası Vücut Ağırlıkları |        |         |
|---------|---------------|-------------------------|------------------------------------|--------|---------|
|         |               |                         | 3. Gün                             | 7. Gün | 15. Gün |
| 1       | 67.000        | 56.000                  | 55.100                             | 54.000 | 57.000  |
| 2       | 71.000        | 53.000                  | 56.000                             | 64.000 | 67.000  |
| 3       | 66.000        | 55.500                  | 55.200                             | 56.500 | 59.000  |
| 4       | 65.000        | 70.000                  | 71.000                             | 68.500 | 67.000  |
| 5       | 60.000        | 60.000                  | 62.000                             | 60.500 | 60.00   |
| 6       | 64.000        | 62.000                  | 58.500                             | 56.000 | 62.000  |
| 7       | 67.000        | 59.000                  | 63.000                             | 60.000 | 59.000  |
| 8       | 66.000        | 50.000                  | 52.000                             | 53.000 | 51.000  |
| 9       | 61.700        | 56.000                  | 57.500                             | 54.000 | 57.500  |
| 10      | 63.500        | 55.000                  | 56.500                             | 56.000 | 57.000  |
| 11      | 61.000        | 61.000                  | 62.000                             | 63.000 | 62.000  |
| 12      | 68.000        | 50.000                  | 50.500                             | 50.500 | 50.000  |
| 13      | 59.600        | 71.000                  | 73.000                             | 73.000 | 73.000  |
| 14      | 67.000        | 79.000                  | 79.000                             | 78.000 | 79.000  |
| 15      | 57.600        | 59.000                  | 60.000                             | 60.000 | 61.000  |
| 16      | 57.600        | 71.000                  | 71.500                             | 70.000 | 70.000  |
| 17      | 63.500        | 64.000                  | 64.000                             | 62.000 | 64.000  |
| 18      | 63.500        | 59.000                  | 58.500                             | 58.500 | 60.000  |
| 19      | 57.600        | 52.000                  | 50.500                             | 52.000 | 53.000  |
| 20      | 67.000        | 60.000                  | 60.000                             | 61.000 | 62.000  |
| 21      | 68.000        | 51.000                  | 52.000                             | 54.000 | 52.000  |
| 22      | 58.600        | 43.000                  | 42.000                             | 43.000 | 43.000  |
| 23      | 57.600        | 48.000                  | 49.000                             | 50.000 | 50.000  |
| 24      | 63.500        | 53.000                  | 54.000                             | 54.000 | 51.000  |
| 25      | 71.000        | 70.000                  | 73.000                             | 73.000 | 72.000  |
| 26      | 64.000        | 67.500                  | 65.000                             | 66.000 | 66.000  |
| 27      | 57.600        | 60.000                  | 60.000                             | 57.500 | 56.000  |
| 28      | 59.600        | 59.000                  | 58.500                             | 61.000 | 60.000  |
| 29      | 63.500        | 71.000                  | 72.000                             | 70.000 | 70.000  |
| 30      | 67.000        | 60.000                  | 61.500                             | 63.000 | 63.000  |

**KONTROL GRUBUNUN VÜCUT AĞIRLIĞI (Gr)**

| Olgu No | İdeal Ağırlık | Ameliyat Öncesi Ağırlık | Ameliyat sonrası Vücut Ağırlıkları |        |         |
|---------|---------------|-------------------------|------------------------------------|--------|---------|
|         |               |                         | 3. Gün                             | 7. Gün | 15. Gün |
| 1       | 63.500        | 54.000                  | 56.000                             | 54.000 | 52.000  |
| 2       | 60.600        | 59.000                  | 61.500                             | 59.000 | 60.000  |
| 3       | 63.500        | 47.000                  | 50.000                             | 46.000 | 45.000  |
| 4       | 67.000        | 62.000                  | 62.000                             | 62.500 | 63.000  |
| 5       | 63.500        | 67.000                  | 66.500                             | 61.500 | 61.000  |
| 6       | 71.000        | 84.000                  | 81.500                             | 80.000 | 79.000  |
| 7       | 60.600        | 50.000                  | 50.000                             | 51.000 | 50.500  |
| 8       | 67.000        | 63.000                  | 67.000                             | 66.000 | 63.500  |
| 9       | 64.000        | 61.000                  | 60.000                             | 57.000 | 58.000  |
| 10      | 57.600        | 64.500                  | 65.000                             | 65.000 | 63.000  |
| 11      | 57.600        | 76.000                  | 76.000                             | 76.000 | 76.000  |
| 12      | 52.600        | 64.000                  | 65.000                             | 65.000 | 62.000  |
| 13      | 60.000        | 52.000                  | 53.000                             | 52.500 | 50.000  |
| 14      | 63.500        | 61.500                  | 58.000                             | 55.000 | 54.000  |
| 15      | 58.000        | 63.000                  | 61.000                             | 62.500 | 60.000  |
| 16      | 60.000        | 45.000                  | 49.000                             | 48.500 | 44.000  |
| 17      | 60.600        | 57.500                  | 57.500                             | 57.000 | 56.000  |
| 18      | 59.600        | 70.000                  | 70.000                             | 68.500 | 69.000  |
| 19      | 57.600        | 54.000                  | 53.000                             | 53.500 | 52.000  |
| 20      | 63.500        | 62.000                  | 63.000                             | 60.000 | 61.000  |
| 21      | 63.500        | 53.000                  | 52.500                             | 53.000 | 50.500  |
| 22      | 60.000        | 60.000                  | 58.500                             | 57.000 | 58.000  |
| 23      | 60.000        | 61.000                  | 60.500                             | 58.000 | 56.500  |
| 24      | 63.500        | 61.000                  | 58.500                             | 57.500 | 56.000  |
| 25      | 55.800        | 50.000                  | 46.500                             | 46.000 | 45.000  |
| 26      | 64.000        | 53.000                  | 51.000                             | 52.000 | 47.000  |
| 27      | 71.500        | 67.000                  | 66.000                             | 64.000 | 67.000  |
| 28      | 63.500        | 74.000                  | 70.000                             | 69.000 | 69.000  |
| 29      | 63.500        | 90.000                  | 91.000                             | 92.000 | 86.000  |
| 30      | 63.500        | 60.000                  | 59.000                             | 58.000 | 57.000  |

**EKLER (2)**  
**DENEY GRUBU OLGULARININ KAN DEĞERLERİ TABLOSU**

| Olgu No |        | Total Trigliserid |      | Total Kolesterol |      | Şeker % mg | Üre % mg | Na mmol/l | K mmol/l | Cl mmol/l | Mg mmol/l |
|---------|--------|-------------------|------|------------------|------|------------|----------|-----------|----------|-----------|-----------|
|         |        | % gm              | % mg | % mg             | % mg |            |          |           |          |           |           |
| 1       | Preop  | 5,5               | 184  | 143              | 106  | 14         | 140      | 4,12      | 100      | 0,85      |           |
|         | Postop | 6,2               | 94   | 164              | 74   | 13         | 143      | 5,10      | 102      | 0,93      |           |
| 2       | Preop  | 5,0               | 77   | 111              | 105  | 17         | 146      | 4,4       | 105      | 0,97      |           |
|         | Postop | 5,4               | 52   | 86               | 113  | 31         | 142      | 3,9       | 102      | 0,73      |           |
| 3       | Preop  | 7,0               | 231  | 192              | 100  | 14         | 134      | 4,9       | 97       | 0,96      |           |
|         | Postop | 5,5               | 104  | 127              | 134  | 10         | 136      | 4,2       | 99       | 0,91      |           |
| 4       | Preop  | 7,6               | 185  | 210              | 70   | 16         | 140      | 4,8       | 99       | 1,00      |           |
|         | Postop | 5,4               | 108  | 141              | 173  | 14         | 139      | 3,6       | 103      | 0,81      |           |
| 5       | Preop  | 7,0               | 62   | 260              | 89   | 12         | 142      | 4,7       | 104      | 0,89      |           |
|         | Postop | 5,5               | 86   | 149              | 87   | 14         | 142      | 4,1       | 100      | 0,82      |           |
| 6       | Preop  | 5,2               | 181  | 123              | 195  | 25         | 136      | 4,3       | 98       | 0,84      |           |
|         | Postop | 5,6               | 162  | 190              | 117  | 14         | 139      | 3,9       | 100      | 1,02      |           |
| 7       | Preop  | 6,4               | 73   | 195              | 69   | 23         | 144      | 4,8       | 102      | 1,02      |           |
|         | Postop | 5,2               | 43   | 132              | 84   | 33         | 140      | 3,7       | 101      | 0,87      |           |
| 8       | Preop  | 5,7               | 121  | 159              | 84   | 34         | 143      | 4,6       | 102      | 0,92      |           |
|         | Postop | 4,7               | 140  | 133              | 161  | 34         | 140      | 3,1       | 103      | 0,77      |           |
| 9       | Preop  | -                 | 97   | 146              | 110  | 20         | 144      | 4,2       | 105      | -         |           |
|         | Postop | -                 | 83   | 108              | 97   | 11         | 138      | 4,0       | 101      | 0,77      |           |
| 10      | Preop  | 7,1               | 90   | 236              | 84   | 14         | 140      | 4,9       | 103      | 0,82      |           |
|         | Postop | 5,8               | 119  | 171              | 112  | 8          | 147      | 3,9       | 101      | 0,90      |           |
| 11      | Preop  | -                 | -    | -                | 100  | 10         | 141      | 4,3       | 102      | -         |           |
|         | Postop | 5,3               | 98   | 162              | 127  | 6          | 139      | 3,7       | 103      | 0,94      |           |
| 12      | Preop  | 6,7               | 202  | 237              | 49   | 20         | 144      | 3,7       | 104      | 0,74      |           |
|         | Postop | 5,6               | 43   | 144              | 114  | 14         | 148      | 3,7       | 105      | 0,77      |           |
| 13      | Preop  | 6,1               | -    | -                | 73   | 22         | 142      | 4,9       | 103      | -         |           |
|         | Postop | 4,4               | 67   | 129              | 81   | 25         | 141      | 4,6       | 102      | 1,12      |           |
| 14      | Preop  | 6,9               | 202  | 264              | 86   | 15         | 144      | 4,3       | 102      | 1,03      |           |
|         | Postop | 6,2               | 87   | 107              | 62   | 19         | 140      | 4,1       | 100      | 1,12      |           |
| 15      | Preop  | 6,7               | 154  | 230              | 86   | 16         | 140      | 4,0       | 104      | 1,00      |           |
|         | Postop | 6,0               | 88   | 169              | 104  | 12         | 141      | 3,7       | 102      | 1,08      |           |

## DENEY GRUBU OLGULARINI KAN DEĞERLERİ TABLOSU (Devam)

| Olgu No | Total Prot. % gm | % mg | Total Kolesterol |      | Üre % mg | Na mmol/l | K mmol/l | Cl mmol/l | Mg   |
|---------|------------------|------|------------------|------|----------|-----------|----------|-----------|------|
|         |                  |      | % mg             | % mg |          |           |          |           |      |
| 16      | Preop 5,4        | 48   | 163              | 104  | 15       | 142       | 4,0      | 103       | 0,70 |
|         | Postop 6,1       | 105  | 156              | 89   | 15       | 140       | 4,1      | 104       | 0,96 |
| 17      | Preop 6,8        | 83   | 148              | 78   | 13       | 141       | 4,4      | 102       | 1,26 |
|         | Postop 5,8       | 87   | 136              | 155  | 17       | 143       | 4,5      | 103       | 1,05 |
| 18      | Preop 7,3        | 48   | 184              | 75   | 16       | 141       | 4,3      | 102       | 1,05 |
|         | Postop 6,1       | 91   | 158              | 128  | 14       | 142       | 4,2      | 101       | 1,00 |
| 19      | Preop 7,2        | 67   | 205              | 102  | 16       | 140       | 4,2      | 103       | 0,72 |
|         | Postop 6,5       | -    | -                | 91   | 14       | 143       | 4,3      | 102       | -    |
| 20      | Preop 7,5        | 116  | 275              | 80   | 19       | 143       | 4,3      | 103       | 0,94 |
|         | Postop 6,7       | 70   | 171              | 110  | 21       | 142       | 4,2      | 102       | 1,03 |
| 21      | Preop 7,0        | 96   | 167              | 93   | 15       | 142       | 4,0      | 102       | 0,85 |
|         | Postop 5,7       | 74   | 120              | 90   | 20       | 142       | 3,9      | 102       | 0,61 |
| 22      | Preop 6,8        | 110  | 175              | 79   | 14       | 145       | 4,3      | 105       | 0,61 |
|         | Postop 5,9       | 103  | 149              | 84   | 15       | 143       | 4,9      | 104       | 0,83 |
| 23      | Preop 5,6        | 69   | 129              | 105  | 11       | 138       | 4,2      | 104       | 0,94 |
|         | Postop 4,8       | 47   | 105              | 97   | 11       | 145       | 5,6      | 106       | 0,76 |
| 24      | Preop 5,9        | 73   | 118              | 86   | 16       | 145       | 5,3      | 106       | 0,85 |
|         | Postop -         | 105  | 91               | 108  | 14       | 141       | 4,0      | 102       | 0,72 |
| 25      | Preop 6,9        | 88   | 189              | 59   | 18       | 144       | 4,6      | 101       | 0,70 |
|         | Postop 5,9       | 85   | 99               | 90   | 12       | 145       | 4,8      | 105       | 0,91 |
| 26      | Preop 7,3        | 114  | 152              | 81   | 10       | 144       | 4,5      | 102       | 0,87 |
|         | Postop 7,1       | 101  | 196              | 85   | 13       | 141       | 5,1      | 103       | 1,09 |
| 27      | Preop 7,5        | 142  | 190              | 84   | 13       | 142       | 4,5      | 106       | 1,03 |
|         | Postop -         | 114  | 137              | 111  | 10       | 141       | 4,1      | 103       | 0,90 |
| 28      | Preop 7,1        | 87   | 159              | 82   | 18       | 137       | 4,9      | 100       | 0,99 |
|         | Postop -         | 70   | 127              | 92   | 20       | 141       | 4,5      | 103       | 0,89 |
| 29      | Preop 7,0        | 182  | 199              | 75   | 19       | 144       | 4,3      | 104       | 0,83 |
|         | Postop 5,9       | 109  | 131              | 75   | 12       | 142       | 4,2      | 104       | 0,88 |
| 30      | Preop 6,2        | 87   | 140              | 90   | 28       | 141       | 4,6      | 100       | -    |
|         | Postop 6,6       | 55   | 105              | 81   | 30       | 142       | 4,6      | 141       | 2,30 |

## KONTROL GRUBU OLGULARININ KAN DEĞERLERİ TABLOSU

| Olgu No | Total Triglisericid |      | Total Kolesterol |      | Üre | Na  | K   | Cl  | Mg   |
|---------|---------------------|------|------------------|------|-----|-----|-----|-----|------|
|         | Total Prot. % gm    | % mg | % mg             | % mg |     |     |     |     |      |
| 1       | Preop               | 6,3  | 149              | 228  | 18  | 141 | 5,1 | 98  | 1,02 |
|         | Postop              | 5,9  | 69               | 149  | 22  | 140 | 3,8 | 102 | 1,01 |
| 2       | Preop               | 6,0  | 55               | 230  | 17  | 144 | 5,9 | 103 | 1,06 |
|         | Postop              | 6,2  | 90               | 157  | 21  | 142 | 4,6 | 102 | 0,84 |
| 3       | Preop               | 7,2  | 72               | 212  | 19  | 142 | 4,7 | 102 | 1,00 |
|         | Postop              | 5,7  | 72               | 104  | 37  | 139 | 4,6 | 100 | 0,81 |
| 4       | Preop               | 6,0  | 44               | 162  | 11  | 141 | 3,8 | 102 | 0,78 |
|         | Postop              | 6,0  | 80               | 160  | 12  | 142 | 4,4 | 102 | 0,87 |
| 5       | Preop               | 5,9  | 131              | 205  | 12  | 137 | 4,9 | 99  | 0,86 |
|         | Postop              | 6,1  | 44               | 207  | 13  | 142 | 3,7 | 104 | 0,97 |
| 6       | Preop               | 6,4  | 144              | 210  | 13  | 137 | 4,2 | 101 | 0,85 |
|         | Postop              | 5,6  | 92               | 169  | 20  | 140 | 4,2 | 101 | 0,83 |
| 7       | Preop               | 6,3  | 69               | 147  | 11  | 140 | 4,2 | 102 | 1,05 |
|         | Postop              | 5,3  | 66               | 109  | 13  | 143 | 3,7 | 103 | 0,70 |
| 8       | Preop               | -    | 70               | 123  | 18  | 138 | 4,0 | 101 | 0,80 |
|         | Postop              | 5,7  | 134              | 170  | 8   | 143 | 4,6 | 105 | 0,80 |
| 9       | Preop               | 6,7  | 255              | 235  | 13  | 143 | 4,8 | 102 | 0,78 |
|         | Postop              | 6,1  | 163              | 251  | 11  | 143 | 4,4 | 103 | 0,96 |
| 10      | Preop               | -    | 67               | 165  | 15  | 140 | 4,4 | 103 | 0,98 |
|         | Postop              | 6,0  | 88               | 139  | 9   | 142 | 4,4 | 103 | 0,80 |
| 11      | Preop               | 7,6  | 89               | 174  | 12  | 144 | 4,7 | 103 | 1,30 |
|         | Postop              | 5,3  | 36               | 121  | 22  | 139 | 4,0 | 103 | 0,82 |
| 12      | Preop               | 6,8  | 103              | 202  | 14  | 144 | 4,3 | 104 | 0,89 |
|         | Postop              | 6,0  | 88               | 169  | 12  | 141 | 3,7 | 102 | 1,08 |
| 13      | Preop               | 6,6  | 63               | 133  | 17  | 142 | 4,2 | 103 | 0,94 |
|         | Postop              | -    | 84               | 114  | -   | 146 | 4,1 | 104 | 0,59 |
| 14      | Preop               | 6,7  | 69               | 181  | 11  | 143 | 4,1 | 104 | 0,92 |
|         | Postop              | 6,2  | 99               | 155  | 16  | 140 | 4,2 | 104 | 0,85 |
| 15      | Preop               | 7,1  | 107              | 198  | 14  | 136 | 4,1 | 102 | 0,79 |
|         | Postop              | -    | 107              | 166  | 18  | 138 | 3,8 | 103 | 0,89 |
| 16      | Preop               | 6,7  | 95               | 182  | 44  | 140 | 4,9 | 104 | 0,76 |
|         | Postop              | 4,8  | 107              | 110  | 13  | 140 | 3,6 | 101 | 0,77 |

## KONTROL GRUBU OLGULARININ KAN DEĞERLERİ TABLOSU (Devam)

| Olgu No | Total Prot. % gm          | Trigliserid |            | Total Kolesterol |          | Şeker % mg | Üre % mg   | Na mmol/l  | K mmol/l     | Cl | Mg mmol/l |
|---------|---------------------------|-------------|------------|------------------|----------|------------|------------|------------|--------------|----|-----------|
|         |                           | % mg        | % mg       | % mg             | % mg     |            |            |            |              |    |           |
| 17      | Preop 7,7<br>Postop 6,3   | 76<br>104   | 189<br>160 | 56<br>68         | 19<br>14 | 138<br>143 | 5,2<br>5,0 | 98<br>102  | 0,96<br>0,82 |    |           |
| 18      | Preop 6,2<br>Postop -     | 212<br>-    | 185<br>-   | 170<br>88        | 17<br>18 | 142<br>141 | 3,0<br>3,6 | 99<br>99   | 1,01<br>-    |    |           |
| 19      | Preop 7,2<br>Postop 6,4   | 76<br>87    | 187<br>157 | 92<br>111        | 23<br>23 | 139<br>144 | 4,3<br>4,4 | 100<br>105 | 0,63<br>0,70 |    |           |
| 20      | Preop -<br>Postop -       | 96<br>75    | 172<br>119 | 99<br>103        | 12<br>60 | 142<br>143 | 4,4<br>4,0 | 102<br>102 | 0,95<br>0,76 |    |           |
| 21      | Preop 7,0<br>Postop -     | 90<br>75    | 135<br>119 | 84<br>103        | 10<br>60 | 143<br>143 | 5,7<br>4,0 | 100<br>102 | 0,95<br>0,76 |    |           |
| 21      | Preop 7,0<br>Postop -     | 90<br>42    | 135<br>95  | 84<br>68         | 10<br>8  | 143<br>145 | 5,7<br>4,5 | 100<br>105 | 0,95<br>0,93 |    |           |
| 22      | Preop 6,6<br>Postop 5,7   | 87<br>117   | 153<br>128 | 93<br>74         | 12<br>14 | 145<br>140 | 4,5<br>4,3 | 102<br>103 | 1,06<br>0,79 |    |           |
| 23      | Preop 7,24<br>Postop 7,38 | 663<br>126  | 166<br>197 | 101<br>112       | 23<br>40 | 146<br>142 | 4,4<br>4,3 | 106<br>104 | -<br>-       |    |           |
| 24      | Preop 6,78<br>Postop 6,4  | 539<br>102  | 160<br>131 | 110<br>75        | 24<br>41 | 143<br>136 | 5,3<br>4,2 | 104<br>110 | 1,70<br>1,90 |    |           |
| 25      | Preop 6,9<br>Postop 7,38  | 167<br>95   | 219<br>208 | 85<br>-          | 26<br>50 | 139<br>143 | 4,6<br>3,8 | 101<br>108 | -<br>-       |    |           |
| 26      | Preop 7,33<br>Postop 5,45 | 176<br>84   | 191<br>104 | 74<br>90         | 44<br>35 | 140<br>139 | 5,2<br>4,3 | 106<br>100 | -<br>1,54    |    |           |
| 27      | Preop 6,8<br>Postop 6,46  | 104<br>90   | 159<br>156 | 77<br>108        | 35<br>36 | 134<br>141 | 4,1<br>4,3 | 102<br>103 | -<br>2,5     |    |           |
| 28      | Preop 6,95<br>Postop 6,60 | 48<br>96    | 153<br>153 | 155<br>97        | 45<br>64 | 144<br>136 | 4,0<br>3,8 | 102<br>102 | 1,39<br>2,08 |    |           |
| 29      | Preop 7,03<br>Postop 6,33 | 74<br>51    | 192<br>154 | 81<br>108        | 26<br>63 | 143<br>146 | 4,5<br>4,1 | 102<br>101 | 1,71<br>2,17 |    |           |
| 30      | Preop 7,30<br>Postop 6,64 | 99<br>90    | 204<br>165 | 81<br>112        | 41<br>38 | 140<br>140 | 5,0<br>5,4 | 101<br>99  | 2,17<br>2,41 |    |           |



**EKLER (3)****2500 Kalorilik Diyet**

| Saat          | Besin ve Miktarları       | Prot       | Yağ       | CH         | Kcal        |
|---------------|---------------------------|------------|-----------|------------|-------------|
| 6.00          | 250 cc Ensure<br>20 cc Su | 10,5       | 8,4       | 33,4       | 250         |
| 8.00          | 250 cc Ensure<br>20 cc Su | 10,5       | 8,4       | 33,4       | 250         |
| 10.00         | 250 cc Ensure<br>20 cc Su | 10,5       | 8,4       | 33,4       | 250         |
| 12.00         | 250 cc Ensure<br>20 cc Su | 10,5       | 8,4       | 33,4       | 250         |
| 14.00         | 250 cc Ensure<br>20 cc Su | 10,5       | 8,4       | 33,4       | 250         |
| 16.00         | 250 cc Ensure<br>20 cc Su | 10,5       | 8,4       | 33,4       | 250         |
| 18.00         | 250 cc Ensure<br>20 cc Su | 10,5       | 8,4       | 33,4       | 250         |
| 20.00         | 250 cc Ensure<br>20 cc Su | 10,5       | 8,4       | 33,4       | 250         |
| 22.00         | 250 cc Ensure<br>20 cc Su | 10,5       | 8,4       | 33,4       | 250         |
| 24.00         | 250 cc Ensure<br>20 cc Su | 10,5       | 8,4       | 33,4       | 250         |
| <b>Toplam</b> | <b>2700 cc</b>            | <b>105</b> | <b>84</b> | <b>334</b> | <b>2500</b> |

\* Daha yüksek kalori sağlamak için Ensure yerine Ensure Plus kullanıldı.

## 3000 Kalorilik Diyet

| Saat          | Besin ve Miktarları                          | Prot          | Yağ           | CH            | Kcal                                 |
|---------------|--|---------------|---------------|---------------|--------------------------------------|
| 6.00          | 250 cc Ensure Plus<br>30 cc Su               | 15,6          | 12,5          | 50            | 375                                  |
| 8.00          | 300 cc Portakal Suyu<br>20 cc Su             | 2,1           | 0,6           | 31,2          | 135                                  |
| 10.00         | 250 cc Ensure Plus<br>30 cc Su               | 15,6          | 12,5          | 50            | 375                                  |
| 12.00         | 300 cc Süt+ Bal+<br>Yumurta+ Yağ<br>20 cc Su | 16,64         | 24,62         | 23,28         | 384,5                                |
| 14.00         | 300 cc Portakal Suyu<br>20 cc Su             | 2,1           | 0,6           | 31,2          | 135                                  |
| 16.00         | 250 cc Ensure Plus<br>30 cc Su               | 15,6          | 12,5          | 50            | 375                                  |
| 18.00         | 300 cc Süt+ Bal+ Yum.<br>+ Yağ<br>20 cc Su   | 16,64         | 24,62         | 23,28         | 384,5                                |
| 20.00         | 250 cc Ensure Plus<br>30 cc Su               | 15,6          | 12,5          | 50            | 375                                  |
| 22.00         | 300 cc Portakal Suyu<br>20 cc Su             | 2,1           | 0,6           | 31,2          | 135                                  |
| 24.00         | 250 cc Ensure Plus<br>30 cc Su               | 15,6          | 12,5          | 50            | 375                                  |
| <b>TOPLAM</b> | <b>3000 cc</b>                               | <b>117,58</b> | <b>113,54</b> | <b>390,16</b> | <b>3049</b><br>~<br><b>3000 Kcal</b> |

## Süt + Bal + Yumurta + Zeytin Yağ Karışımının Hazırlanması

|                    | Prot  | Yağ   | CH    | Kcal  |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|
| 400 cc süt         | 14    | 12    | 22    | 256   |
| 3 Yumurta (150 gr) | 19,2  | 17,25 | 1,05  | 238,5 |
| 30 gr Bal          | 0,09  | -     | 23,52 | 94,5  |
| 20 gr Zeytinyağ    | -     | 20 gr | -     | 180   |
| TOPLAM             | 33,29 | 49,25 | 46,57 | 769   |



## 3200 Kalorilik Diyet

| Saat   | Verilecekler   | Prot   | Yağ   | CH     | Kcal                        |
|--------|--|--------|-------|--------|-----------------------------|
| 06.00  | 300 cc Kuru üzüm<br>Kompostosu<br>20 cc su                       | 0,27   | 0,09  | 47,22  | 185,1                       |
| 08.00  | 300 cc protifarlı<br>Muhallebi<br>20 cc su                       | 32,7   | 5,88  | 99,52  | 568,5                       |
| 10.00  | 300 cc Ayran<br>20 cc su   | 3,84   | 3,12  | 6,48   | 70,8                        |
| 12.00  | 300 cc süt + bal +<br>Yumurta + Zeytinyağ<br>20 cc su            | 13,46  | 41,75 | 27,03  | 540,5                       |
| 14.00  | 300 cc portakal suyu<br>20 cc su                                 | 2,1    | 0,6   | 31,2   | 135                         |
| 16.00  | 300 cc etsuyu<br>20 cc su  | 22,44  | 21,84 | 0      | 288                         |
| 18.00  | 300 cc Kuru üzüm<br>kompostosu<br>20 cc su                       | 0,27   | 0,09  | 47,22  | 185,1                       |
| 20.00  | 300 cc protifarlı muh.<br>20 cc su                               | 32,7   | 5,88  | 99,52  | 568,5                       |
| 22.00  | 300 cc portakal suyu<br>20 cc su                                 | 2,1    | 0,6   | 31,2   | 135                         |
| 24.00  | 300 cc süt + bal<br>Yumurta + zeytin yağ<br>karışımı<br>20 cc su | 13,46  | 41,75 | 27,03  | 540,5                       |
| Toplam | 3200 cc  | 123,34 | 121,6 | 416,42 | 3217 Kcal<br>~<br>3200 Kcal |

## 600 cc Süt + Bal + Yumurta + Zeytinyağ Karışımı

| Miktar               | Pr           | CH           | Yağ         | Kcal        |
|----------------------|--------------|--------------|-------------|-------------|
| 400 cc süt           | 14           | 22           | 12          | 256         |
| 2 Yumurta (100 gr)   | 12,8         | 0,7          | 11,5        | 159         |
| 60 gr Zeytinyağ      | -            | -            | 60          | 540         |
| 40 gr Bal            | 0,12         | 31,36        | -           | 126         |
| <b>Toplam 600 cc</b> | <b>26,92</b> | <b>54,06</b> | <b>83,5</b> | <b>1081</b> |

## 300 cc protifarlı Muhallebi

|                      |             |              |             |              |
|----------------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
| 30 gr protifar       | 26,4        | 0,12         | 0,48        | 111,3        |
| 90 gr şeker          | -           | 89,5         | -           | 342          |
| 180 gr süt           | 6,3         | 9,9          | 5,4         | 115,2        |
| <b>Toplam 300 cc</b> | <b>32,7</b> | <b>99,52</b> | <b>5,88</b> | <b>568,5</b> |

## 300 cc et suyu

|                      |              |          |              |            |
|----------------------|--------------|----------|--------------|------------|
| 120 gr et            | 22,44        | -        | 21,84        | 288        |
| 180 gr su            | -            | -        | -            | -          |
| <b>Toplam 300 cc</b> | <b>22,44</b> | <b>-</b> | <b>21,84</b> | <b>288</b> |

## 300 cc kuru üzüm kompostosu

|                      |             |             |             |            |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| 90 gr kuru üzüm      | 0,27        | 17,37       | 0,09        | 71,1       |
| 30 gr şeker          | -           | 29,83       | -           | 114        |
| 180 gr su            | -           | -           | -           | -          |
| <b>Toplam 300 cc</b> | <b>0,27</b> | <b>47,2</b> | <b>0,09</b> | <b>185</b> |

\* Komposto ve etsuyu blanderden geçirildi.

**ANKET SORULARI**

- 1) Hastanın ismi -----
- 2) Hastanın Yattığı Kurum -----
- 3) Bölüm - Blok -----
- 4) Yatak No -----
- 5) Denek No -----
- 6) Hastanın Teşhisi
  - 1) Farenks Sinüs
  - 2) Larenks Kanseri
  - 3) Piriform Kanseri
- 7) Hastanın Cinsiyeti
  - 1) Kadın
  - 2) Erkek
- 8) Hastanın Doğum Yeri (Coğrafi bölgelere göre)
  - 1) Marmara Bölgesi
  - 2) Ege Bölgesi
  - 3) Akdeniz Bölgesi
  - 4) Karadeniz Bölgesi
  - 5) İç Anadolu Bölgesi
  - 6) Doğu Anadolu Bölgesi
  - 7) Güney Anadolu Bölgesi
  - 8) Yurt Dışı
- 9) Hastanın Yaşı -----
- 10) Eğitim Durumu
  - 1) Okur-Yazar değil
  - 2) Okur-yazar
  - 3) İlkokul
  - 4) Ortaokul
  - 5) Lise
  - 6) Yüksekokul

## 11) Mesleği

- 1) İşçi
- 2) Memur
- 3) Serbest Meslek
- 4) Emekli
- 5) Ev Hanımı
- 6) Öğrenci
- 7) İşsiz

## 12) Medeni Durumunuz

- 1) Bekar
- 2) Evli
- 3) Dul

## 13) Çocuk Sayınız

- 1) Yok
- 2) 1 tane
- 3) 2 tane
- 4) 3 tane
- 5) 4 tane ve daha üstü

## 14) Aylık Geliriniz

- 1) Düşük
- 2) Orta
- 3) Yüksek

## 15) Daha önce hastaneye yattınız mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

## 16) Sigara alışkanlığınız var mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

17) Bir günde kullandığınız sigara miktarı

- 1) 1-10 tane/gün
- 2) 11-20 tane/gün
- 3) 21-30 tane/gün
- 4) 31-40 tane/gün
- 5) 41-50 tane/gün
- 6) 51 tane/gün ve daha üstü

18) Alkol alışkanlığınız var mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

19) Bir haftada en çok kullandığınız üç alkol cinsini ve bardak sayısını yazar mısınız?

(1 su bardağı = 200 cc)

Kullanılan alkolün cinsi

Miktarı

- 1) ----- Bardak/hafta
- 2) ----- Bardak/hafta
- 3) ----- Bardak/hafta

1) 100-200 gr

2) 201-300 gr

3) 301-400 gr

4) 401-500 gr

5) 501-600 gr

6) 601 gr ve daha üstü

100 cc içkide bulunan alkol miktarı

|        |         |               |
|--------|---------|---------------|
| Bira   | % 2-6   | Ortalama % 4  |
| Şarap  | % 10-12 | Ortalama % 11 |
| Likör  | % 20-35 | Ortalama % 28 |
| Rakı   | % 45-50 | Ortalama % 47 |
| Kanyak | % 41-45 | Ortalama % 43 |
| Cin    | % 47    | Ortalama % 47 |
| Votka  | % 40    | Ortalama % 40 |
| Viski  | % 43-50 | Ortalama % 46 |

(20)



- 20) Geçirilen ameliyatın türü
- 1) Total Larenjektomi
  - 2) Total Larenjektomi + Boyun Disseksiyonu
  - 3) Parsiyel Larenjektomi
  - 4) Parsiyel Larenjektomi + Boyun Disseksiyonu
- 21) Hastanın yaş ve boyuna göre ideal vücut ağırlığı
- gr
- 22) Hastanın ameliyattan bir önceki gün vücut ağırlığı
- gr
- 23) Hastanın ameliyattan üç gün sonraki vücut ağırlığı
- gr
- 24) Hastanın ameliyattan bir hafta sonraki vücut ağırlığı
- gr
- 25) Hastanın ameliyattan onbeş gün sonraki vücut ağırlığı
- gr
- 26) Hastanın ameliyattan onbeş gün sonraki beslenme şekli
- 1) Paranteral
  - 2) Nazogastrik Tüp ile beslenme
  - 3) Oral yol ile beslenme
- 27) Paranteral beslenmede kullanılan mayilerden üç tanesini işaretleyiniz.
- 1) % 5 Dekstroz Sudaki
  - 2) % 5 Dekstroz Laktatlı Ringer
  - 3) % 5 Dekstroz % 0,45 NaCl
  - 4) % 10 Dekstroz
  - 5) % 20 Dekstroz
  - 6) İzotonik
  - 7) Isolyte
  - 8) Isolyte M
  - 9) Laktatlı Ringer
  - 10) Procalamin v.b.
  - 11) İntralipoz v.b.

28) 24 saatlik total paranteral mayi miktarı

- 1) 1000-1500 cc
- 2) 1501-2000 cc
- 3) 2001-2500 cc
- 4) 2501-3000 cc
- 5) 3001-3500 cc
- 6) 3501 cc ve daha üstü

29) Nazogastrik beslenmede kullanılan besinleri işaretler misiniz?

- 1) Et suyu
- 2) Komposto
- 3) Süt + bal + yumurta zeytinyağ karışımı
- 4) Çorbalar (Nazogastrik tüpten geçebilen)
- 5) Su
- 6) Ensure gibi hazır besinler
- 7) Bebek mamaları
- 8) Meyva suları
- 9) Ayran
- 10) Nazogastrik tüpten geçebilen yemek suları

30) 24 saatlik total nazogastrik besin miktarı

- 1) 1000-1500 cc
- 2) 1501-2000 cc
- 3) 2001-2500 cc
- 4) 2501-3000 cc
- 5) 3001-3500 cc
- 6) 3501-4000 cc
- 7) 4001 cc ve daha üstü

31) Oral beslenmede aldığınız besinleri işaretleyiniz.

- 1) Sulu gıdalar (çorbalar, su, komposto, meyva suları, ayran gibi)
- 2) Yumuşak gıdalar (muhallesi, patetes püresi, sütlü ekmek v.b.)
- 3) Katı gıdalar (haşlama et, kuru köfte, tavuk v.b.)
- 4) Hamur işleri (makarna, pilav vb.)
- 5) Meyvalar
- 6) Su
- 7) Her türlü gıdalar.

## 32) 24 saatlik oral alınan total besin miktarı

- 1) 500 gr ve daha aşağısı
- 2) 501-1000 gr
- 3) 1001-1500 gr
- 4) 1501-2000 gr
- 5) 2001-2500 gr
- 6) 2501-3000 gr
- 7) 3001 gr ve daha üstü

## 33) Hastanın ameliyattan önceki kan tablosu

- 1) Total protein -----
- 2) Triglisericid -----
- 3) Total kolesterol -----
- 4) Şeker -----
- 5) Üre -----
- 6) Sodyum -----
- 7) Potasyum -----
- 8) Klorür -----
- 9) Magnezyum -----

## 34) Hastanın ameliyattan üç gün sonraki kan tablosu

- 1) Total protein -----
- 2) Triglisericid -----
- 3) Total kolesterol -----
- 4) Şeker -----
- 5) Üre -----
- 6) Sodyum -----
- 7) Potasyum -----
- 8) Klorür -----
- 9) Magnezyum -----

35) Hastanın ameliyattan sonraki günlük kalori gereksinimi (Boya göre ideal kilodan)

Hastanın boyu ----- cm

- 1) 1500-2000 Kcal/gün
- 2) 2001-2500 cal/gün
- 3) 2501-3000 cal/gün
- 4) 3001-3500 cal/gün
- 5) 3501-4000 cal/gün
- 6) 4001 cal/gün ve daha üstü

**Parantral sıvı perfüzyonunda görülebilecek komplikasyonlar:**

36) Parantral sıvıya karşı allerji gelişti mi?

- 1) Evet
- 2) Hayır

37) Septisemi gelişti mi?

- 1) Evet
- 2) Hayır

38) Perfüzyon bölgesinde tromboflebit gelişti mi?

- 1) Evet
- 2) Hayır

**Nazogastrik tüp ile beslenmede görülebilecek komplikasyonlar:**

39) Besinlerin hızlı verilmesine, ısısına ve içeriğine bağlı olarak diyare gelişti mi?

- 1) Evet
- 2) Hayır

40) Konstipasyon gelişti mi?

- 1) Evet
- 2) Hayır

40) Besinlerin hızlı verilmesine ve hava yutturulmasına bağlı olarak kramp şeklinde ağrı meydana geldi mi?

- 1) Evet
- 2) Hayır

- 42) Besinlerin içeriğine ve hızlı verilmesine bağlı olarak hazımsızlık gelişti mi?  
1) Evet  
2) Hayır
- 43) Verilen besinlerin fiziksel görünüşlerinin kötü olmasına bağlı olarak iştahsızlık gelişti mi?  
1) Evet  
2) Hayır
- 45) Verilen besinlerin fiziksel görünüşlerinin, kokularının kötü olmasına ve hızlı verilmesine bağlı olarak bulantı-kusma görüldü mü?  
1) Evet  
2) Hayır
- 44) Günlük kalori ihtiyacının karşılanamamasına bağlı olarak kilo kaybı meydana geldi mi?  
1) Evet  
2) Hayır
- 46) Beslenmede ağız yolunun kullanılmamasına bağlı olarak oral kavite yaraları meydana geldi mi?  
1) Evet  
2) Hayır
- 47) Sıvı-elektrolit dengesinin iyi karşılanamaması sonucu dehidratasyon görüldü mü?  
1) Evet  
2) Hayır
- 48) Beslenmede kullanılan besinlere karşı allerji gelişti mi?  
1) Evet  
2) Hayır
- 49) Hastada tat alamamaya bağlı olarak huzursuzluk gelişti mi?  
1) Evet  
2) Hayır

50) Hasta nazogastrik tüp ile beslenirken tat alabilmesi için besinin ilk yudumunu ağzına alıp tükürüyor mu?

- 1) Evet
- 2) Hayır

**Hasta ve ailesinin nazogastrik beslenmeye ait bilgi düzeyi:**

51) Nazogastrik tüpten beslenirken tüpten hava kaçmamasına dikkat ediliyor mu?

- 1) Evet
- 2) Hayır

52) Nazogastrik beslenme sırasında niçin hava yutturulmuyor?

- 1) Batında distansiyonu önlemek için,
- 2) Hastanın iyi beslenmesi için,
- 3) Besinin kolay akması için,
- 4) Bilmiyorum ,

53) Nazogastrik beslenmede bir kerede verilmesi gereken miktar ne kadar?

- 1) 100-200 cc
- 2) 201-300 cc
- 3) 301-400 cc
- 4) 401-500 cc
- 5) 501 cc ve daha üstü

54) Nazogastrik beslenmede besinin ısısına dikkat ediliyor mu?

- 2) Evet
- 2) Hayır

55) Besinin ısısı nasıl olmalı?

- 1) Çok soğuk olmalı,
- 2) Vücut ısısında olmalı,
- 3) Çok sıcak olmalı,
- 4) Bilmiyorum,

56) Her beslenmeden sonra tüpten su veriliyor mu?

- 1) Evet
- 2) Hayır

57) Nazogastrik tüp sık sık aspire ediliyor mu?

- 1) Evet
- 2) Hayır

58) Nazogastrik tüpten niçin her beslenmeden sonra su veriliyor ve sık sık aspire ediliyor?

- 1) Tüpteki hava kabarcıklarını çıkartmak için,
- 2) Fazla besini geri almak için,
- 3) Tüpün tıkanmasını önlemek için,
- 4) Bilmiyorum,

**Oral beslenmede görülebilecek komplikasyonlar**

59) Oral beslenme sırasında besinler sık sık akciğerlere aspire ediliyor mu?

- 1) Evet
- 2) Hayır

60) Oral beslenmede hangi kıvamdaki besinleri daha kolay yutabiliyorsunuz? (Akciğerlere aspire etmeden)

- 1) Likid
- 2) Yarı-Likid
- 3) Katı
- 4) Her türlü besini

61) Nazogastrik veya oral beslenmeden sonra sık sık ağzınızı çalkalıyor veya dişlerinizi fırçalıyor musunuz?

- 1) Evet
- 2) Hayır

## ÖZGEÇMİŞ

1968 yılında Bursa'da doğan Nuran TEKE, ilk, orta ve lise öğrenimini Bursa'da tamamladı. Nisan 1989'da Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulundan mezun oldu. Ekim 1989'dan beri İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda servis hemşiresi olarak görev yapmakta.

Ulusal Cerrahi Kongresi '90 Cerrahi Hemşireliği Seksiyonu'na ve 2.Ulusal Hemşirelik Kongresi'ne dinleyici olarak katıldı.

Bekar olup, İngilizce bilmektedir.