

T.C.

İstanbul Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı
Tez Yöneticisi :
Yard. Doç. Dr. Güler AKSOY

37719

LARENJEKTOMİ OLAN HASTALARIN
AMELİYAT SONRASI BAKIMINA İLİŞKİN
HEMŞİRELERİN BİLGİ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Ayfer KAMBER

İstanbul, 1989

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

İ Ç İ N D E K İ L E R

	<u>SAYFA</u>
GİRİŞ	1
GENEL BİLGİLER.....	4
MATERYAL VE METOD.....	17
BULGULAR.....	19
TARTIŞMA.....	27
SONUÇ VE ONERİLER.....	35
OZET.....	37
SUMMARY.....	38
KAYNAKLAR.....	39
OZEÇMİŞ.....	51

G İ R İ Ő

Sağlık subjektif ve değer yüklü bir kavramdır, zamanla deęiŐmeye açıktır ve bireyin olduğu kadar toplumun sağlık sistemini biçimlendiren değer yargıları ile görecelidir. Bunun yanısıra herhangi bir sağlık bakımı sistemi, hasta kişinin temel gereksinimlerini doyuma ulaŐtıracak biçimde, kendisine saygısını yitirmeden, gururunu koruyarak ona kiŐisel bakım yollarını içerir. Sağlık Bakım Sistemi içinde hemşirenin büyük ve önemli bir rol üstlenmesinin gerekliliği tartıŐılamaz (50).

Hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini korumak, geliŐtirmek ve hasta olduğunda da iyileŐtirmek amacına yönelik, hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden ve bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplindir (26, 50).

Sağlık sorunu ile hastaneye gelen kiŐiye verilen hizmet, hem hastalık ya da sakatlığının cerrahi ya da tıbbi açıdan tedavisini, hem de karar verilen tanı ve tedavi işlemlerinin uygulanması, sonuçlarının gözlenmesi, kaydedilmesi ve değerlendirilmesi gibi hemşirelik hizmetlerini içerir (2).

Günümüzde hemşirelik geleneksel boyutlarını aŐmıŐ, kendine özgü kuramlarını geliŐtirmiŐ ve geliŐtirmektedir. Geleneksel hemşirelik uygulamaları daha çok tedavi edici

yönde ve hastanın fiziki yönden rahatlandırılması, ilaç ve benzeri tedavi işlemlerinin uygulanması gibi dar bir alanda görülmekte idi. Bunlar fiziki rahatsızlığı olan hastanın bakımında hâlâ temel öğeler olmasına karşın, bu gün hemşirenin rol kavramı oldukça genişlemiş ve hemşirelerden geleneksel rolünün yanı sıra bilimsel, sağlığı öğretici olması, hastalıkları önleyici çalışmalara katılması, sağlık ve hastalığın duygusal kavramlarını bilmesi, çeşitli duygusal gereksinimleri tanımlaması, sorunu olan kişileri anlaması ve sorunlarını çözmeye onlara yol gösterici olması beklenmektedir(10, 20,26).

Hastalar sağlıkla ilgili sorunlarını, hastalıklarının çeşidine göre sağlık ekibi üyeleri ile birlikte çözümlenmeye çalışırlar. Eğer bu sorunlarını cerrahi girişimle çözümlenmek zorunda kalırlarsa hemşire, hastayı normal fonksiyonlarına kavuşuncaya kadar destekleyecek, koruyacak, rahat ettirecek ve komplikasyonların doğmasını önleyecek bir bakım planı uygulamalıdır. Hasta böyle bir bakım sonunda genellikle günlük yaşam işlemlerine çok kısa zamanda yeniden başlayabilecektir (2,4).

Hastaneye yatan bireyin tedavisinde, profesyonel hemşirenin değişik fonksiyonlarından biri hemşirenin bağımlı fonksiyonlarıdır. Bunlar, hekimin önerdiği tedaviyi uygulamak, sonucu gözlemek, kaydını tutmak ve bunun yanı sıra oluşabilecek komplikasyonlarda duyarlılık ve anında ilgili hekimle haberdar etmektir. Diğer ise, hemşirenin bağımsız fonksiyonlarıdır. Hasta, hastaneye yattığında, hastalığının yarattığı pek çok, sıkıntı, endişe, korku gibi duygusal sorunlar ve bunların çatışmaları ile başbaşadır. Bazen bu duyguların üstesinden gelebilmekte, bazen de profesyonel bir kişinin yardımına gereksinim duymaktadır (11,20).

Hastanın bireyselliğinin yanı sıra, hastalıkta uygulanan tedavi işlemlerinden ve yaşamakta olduğu ilişkilerden

ne derece etkilendiği konusunda uğraşacak ve bu konuda hastaya yardım edecek kişi hemşiredir (11,20).

Cerrahi girişimle total larenjektomi geçirecek hastaların ameliyat öncesi dönemde hemşirelik bakımı genellikle karmaşıktır. Bu dönemde verilen bakımın ve hasta eğitiminin, hastada ortaya çıkması olası, onu fiziksel ve duygusal açıdan etkileyebilecek ameliyat sonrası durumların olumlu yöne doğru yönlendirilmesine katkısı yadsınamaz. Tüm ameliyat sonrası sorunların erken tanısı, etkin önlem alınması ve tedavisi, iyi yetiştirilmiş hemşirelerin bilgili ve tutarlı hemşirelik hizmeti ile mümkündür (4,8,35).

Bu nedenle, bilimsel prensiplere temellendirilmiş, tutarlı ve en üst düzeyde bir hemşirelik bakımının, Larenjektomili hastalarda ameliyat sonrası dönemde gelişebilecek komplikasyonlarda duyarlı, anında etkin önlemler alabilecek bilgi, beceri ve yetenekte hemşireler tarafından sistemli bir biçimde sağlanması ile minimuma indirgenebilir.

Bu araştırma, Kulak Burun Boğaz Kliniklerinde çalışan hemşirelerin profesyonel meslek üyesi olarak sahip oldukları mesleğin amaç ve özelliklerine uygun hemşirelik işlevlerinin, ne kadarını bilinçli olarak yaptıklarını ortaya çıkarmak amacıyla planlanmıştır. Araştırma sonucunda elde edilecek bulguların, meslek standartlarına uygun işlevlerin ortaya çıkarılmasına yardımcı olması ve iş tanımlarının yapılmasına ilişkin çalışmalarda yol gösterici olması inancı içindeyiz.

GENEL BİLGİLER

Bu gün sağlık, bir bütün halinde fiziksel ya da bedensel ve akılsal açıdan sağlam bulunan kişinin, yapıcı güçlerini faal durumda bulundurmasını sağlayan bir kavram olarak değerlendirilmektedir (2,38).

Sağlık, organizmanın tüm sistemlerinin uyumlu bir biçimde çalışması sonucu oluştuğundan biyolojik, duygular ve onların yönlendirilmesine bağlı olarak gelişen hareket ve davranışlar ile zeka ilişkisi nedeniyle psikolojik, son olarak da ancak insanın çevresi ile bir bütün olarak uyumu sonucunda var olması mümkün olduğundan toplumsaldır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı "bedensel, akılsal, sosyal ahenk ve bütünlük" olarak tanımlanmaktadır (2,26,38,40,50).

Bedensel, akılsal ve sosyal ahenk ile bütünlüğün herhangi bir yerinde yetersizlik ya da eksiklik sonucu insanlar için yıkıcı bir yaşam deneyimi olan hastalık kavramı ortaya çıkmaktadır (20).

Kişi hastalandığında, yeniden sağlığına kavuşturulmasında tüm sağlık ekibi görev üstlenmektedir. Sağlık ekibinin diğer üyelerinin kendi uzmanlıklarına ilişkin uygulamalarının yanısıra en önemli görev, hasta ile olan yakın ve uzun süreli ilişkileri nedeniyle hemşire tarafından üstlenilmektedir (20).

Hemşire temel bir hemşirelik programını tamamlamış, kişileri hastalıklardan koruma, hastalandıklarında en üst

düzeyde bakımı sunma ve daha sağlıklı ve mutlu bir yaşam düzeyinin elde edilmesinde, hemşirelik alanında görev ve sorumluluk almaya yeterli ve yetkili bir kişidir (26,40,50).

Hemşirelik mesleğinin ilgi alanı insandır ve kaynağını insan gereksinimlerinden alır. İnsan varlığı doğal olarak kişilerarası ilişkileri ortaya çıkarır. Nitekim, bir kısım yazarlarda hemşireliği "insan ilişkileri" olarak ele almaktadır. Hemşirenin görevi, kişi aile ya da toplumda hastalıklardan koruyucu önlemler almak, hastalanan kişilere bu hastalığın meydana getirdiği olumsuz etkilere dayanmada gereken tüm yardımı, olumlu ilişkiler içinde sağlamaktır (38,44).

Hastanın gereksinimlerini ve davranışlarını anlamak, davranışın altında yatan etmenleri tanımak ve bunlara uygun iletişim içine girmeyi öğrenmek, hemşire hasta ilişkisinin temelini oluşturur. Bu ilişkinin profesyonel anlamda ele alınabilmesi, tedavi edici iletişim bilgi ve yeteneklerinin de kapsam içine alınması ile mümkündür (38).

Tedavi ilişkileri, ortak bir amaca yöneltildiğinde, hasta ve hemşire açısından yararlı bir etkileşimdir ve tedavi ilişkisinin aynı zamanda bireyin gereksinimlerinin karşılandığı bir ilişki olduğu söylenebilir. Hemşire hasta arasındaki bu ilişkinin amacı, hastanın gereksinimlerini temel almalıdır. Burada hasta için gittikçe artan bir bağımsızlık, daha fazla özgüven ve iyi beden sağlığı amaçlanmaktadır(20, 38).

Hasta kişilerin fiziksel, duygusal ve sosyal açıdan çeşitli düzeylerde bakıma gereksinimleri olduğu açıktır. Fiziksel bakımda amaç, hastalığın hasta üzerinde yapacağı etkilere karşı onu korumak, hastayı en iyi koşullarda ve maksimum güvenlikte hastalıkla başedebilecek durumda bulundurmaktır. Bu bakım fonksiyonu, hemşirenin hastayı ayrıcalıklarla ile bir kişi olarak görmesine ve kişinin kendine özgü gereksinimlerinin saptanmasına olanak sağlamaktır. Hastanın

günlük hijyen, beslenme, hareket etme ve boşaltım gereksinimlerinin karşılanması hemşirenin fiziksel bakım aktiviteleri içinde ele alınmakta ve genelde hemşireler hastalarının fizik bakım gereksinimlerini karşılamada kendilerini daha yeterli görmektedirler (1,49,50).

Schlotfeldt'e göre hemşirenin fiziksel bakım aktiviteleri, çevrenin regülasyonu, hastanın maksimum bağımsızlığını elde etmesine yardım için "istirahat, konfor, uyku, aktivite, yeme, solunum, eliminasyon ve ayağa kaldırma" gibi bakım gereksinimlerini kapsamaktadır (41).

Hastada en ufak değişikliğin farkedilebilmesi ve durumuna karşı duyarlılığının gözlenmesi, onun kişiliğine inilmesi ile mümkündür. Burada hemşire, kişilik ve kişiliğin gelişimi hakkında kapsamlı bilgiye sahip olmalıdır. Bütün bunlar sağlandığı zaman hemşire, "hastasını tam anlamı ile düşünür" durumuna gelmiş ve empati olarak isimlendirilen "hemşire hasta ilişkisi" kurulmuş olur (28).

Ameliyat sonrası dönem, hastanın ameliyat masasından sedyeye alındığı anda başlayan ve hastanın fizyolojik, psikolojik gereksinimlerini karşılamayı amaçlayan bir dönemdir. Hastanın yaşı, beslenme durumu ya da mevcut sistemik hastalıklarının durumu gibi faktörler daha yoğun bir hemşirelik bakımı gerektirebilir ve ameliyat sonrası dönemin süresini etkiler (23,32,39).

Bu dönemde hemşirelik işlevleri, hastada komplikasyonların gelişmesini önlemek ve travmadan korumak, hastanın kendi gereksinimlerini karşılamasına yardım etmek ve en kısa sürede kendine yetebilir duruma gelmesini sağlamak, hasta ve ailesini korumak, desteklemek ve rahatlatmak amacına hizmet eder.

Hastanın temel fizyolojik gereksinimleri içinde en önde karşılanması gerekli olan, soluk alma gereksinimdeki

yetersizliklerin, neden ne olursa olsun, acil olarak karşılanması ve solunumun yeterli düzeyde sürdürülmesinin en kısa zamanda sağlanması gereklidir. Total larenjektomili kişi, ameliyat sonrası dönemde stomaya tamamen bağımlıdır. Artık trakea ile larenks arasında bağlantı olmadığından, operasyondan sonra hava yolu açıklığının sağlanması kapsamlı bir hemşirelik bakımı ile mümkündür. Hasta anestezi etkisinden kurtulduktan sonra fawler veya yarı fawler pozisyonuna getirilir. Solunum ve dolaşım sorunlarının en iyi göstergeleri olduğu için hasta, huzursuzluk, zorlu solunum, ürkeklik, hızlı nabız sayısı ve arteriyel basınç açısından yakinen gözlenmeli ve doğru bir kayıt sistemi gerçekleştirilmelidir. Diğer hastalarda olduğu gibi larenjektomili hastalarda da öksürme ve solunum egzersizleri yaptırılmalıdır. Hemşire bu egzersizleri ameliyat öncesi dönemde hastaya öğretmeli, uygulamasını yaptırmalı ve ameliyat sonrası dönemdeki önemini anlatmalıdır. Hastanın öğrendiği bu bilgileri ameliyat sonrası dönemde uygulamasının, atelektazi ve pnömoni gibi solunum komplikasyonlarının önlenmesinde etkili olacağı bir gerçektir (7,8,12,14,17,23,40,42).

Eser tarafından 1988 yılında yapılan bir araştırmada ameliyat öncesi dönemde hastaya verilen solunum eğitim ve egzersizlerinin, ameliyat sonrası dönemdeki solunum komplikasyonlarını önemli ölçüde azalttığı saptanmıştır. Tüm hastalarda olduğu gibi larenjektomili hastalarda da açık bir hava yolu sağlanması ve bunun sürdürülmesi öncelikle karşılanması istenen önemli bir gereksinim ve bakım işlevidir(17).

Larenks kanserlerinde lezyon, ses şeritlerinin orta ve ön kısımlarında sınırlı olarak kalmışsa, laringofissür ve tirotomi yapılır. Daha geniş lezyonlar larenjektomiyi gerektirir. Larenks, tiroid kıkırdak, vokal kordlar ve epiglottla beraber tamamen çıkarılır. Trakea artık arka nasofarenks ile birleşemediği için hastaya daimi trakeostomi uygulanır (7,8,9,14,21,45,46).

Hemşire hastanın hava yolunun açık olmasında ve sekresyonların çıkarılmasında kullandığı araç gerecin hem steril olmasına, hemde steril bir şekilde kullanılmasına dikkat ederek, hastada mevcut olan patolojik olaya ek olarak oluşabilecek solunum yolları enfeksiyonlarının gelişmesine engel olabilir (9).

Kataterin ucu serum fizyolojikle nemlendirilerek sürtünme azaltılır ve giriş kolaylaştırılır. Hemşire, kateteri bronşların anatomik yapısına uygun bir biçimde, larenjektomi tüpü yoluyla aspiratör kapalıyken uygulamalı ve kateteri sağ ya da sol bronşa yöneltmek için hastanın başını aksi yöne yerleştirerek, hem bronşlardaki sekresyonu ve kanı aspire etme yoluyla sekresyon birikimine bağlı olarak oluşabilecek komplikasyonları önlemede hem de kateterin istenilen biçimde yerleştirilmesinde etkin bir rol üstlenmelidir. uzun süreli aspirasyonda atelektazi, hipoksi ve mukus membran travması oluşabileceğinden, sürekli aspirasyona 15 sn devam edilmeli hasta 3 dak. dinlendikten sonra işlem tekrarlanmalıdır. Aspirasyon işlevi sekresyonla birlikte oksijen ve nemi de organizma dışına aldığından, hemşire oluşabilecek komplikasyonları önlemek için aspirasyon süresine dikkat etmelidir. Burada sürekli ve doğru kayıt sistemi, hastaya uygulanacak tedavi ve bakım işlevlerinde rehberlik etme açısından önemlidir (9,10,20,32,36,42).

Total larenjektomili hastada, cerrahi yöntemlerle solunum yolunun değişmesine bağlı olarak fizyolojik değişikliklerin olması doğaldır. Bu nedenle, solunan havanın oral ve nasal ısıtma, nemlendirme ve filtre edilme fonksiyonları ortadan kalkmıştır. Bu tür hastalarda hasta odasının yeterince nemlendirilmesine önem verilmesi ve nemli havanın sağlanması solunum yolunun duyarlı mukozasını korumanın yanı sıra salgıyı kalın ve yapışkan hale gelmekten koruyabilir. Hasta odasındaki havanın nemlendirilmesinde nebülizatör ya da radyatör üzerine kaynatılarak konulan bir tas su kullanılır. Kapı ve pencerelerin kapalı tutulması, çok nemli bir atmosferin sürdürülmesine yardımcı olabilir(8,24,42).

Trakeaostomi tüpünde bulunan i kanülün bakımı da önemlidir. Hemşire tarafından her 8 saatte bir çıkarılıp temizlenen i kan ldeki biriken salgılar, %50'lik Hidrojen Peroksitte bekletilerek yumuŐatıldıktan sonra soğuk su ile iyice yıkanarak hastaya uygulanmadan önce özellikle sterilize edilmelidir (8,42).

Larenjektomi ameliyat geÇiren hastaların ameliyat sonrası bakımında hemşirenin titizlikle üzerinde durması gereken diğer bir konu da, hastanın yeterli ve dengeli bir biçimde beslenmesinin sağlanmasıdır. Beslenme, sağlığın kazanılması ve korunması için vücudun yiyecekleri kullandığı bir süreçtir (4,9,33).

Hasta hangi yollarla beslenirse beslensin, iŐtahını açmak ve yeterli gıda almasını sağlamak hemşirenin görevidir. Hemşirenin hasta tanısına uygun biçimde verdiği raporlar sonucu, hastanın beslenme rejimini hazırlayan diyetisyenler ile birlikte diyetinde gereken deĐiŐiklikler yapılmalı ve hastanın bu gıdaları alıp almadığı gözlenmelidir. Beslenmede değişik yollar kullanılarak, hastanın beslenme gereksinimi en üst düzeyde karŐılanmalıdır (34,41).

Larenjektomili hastaların yutma işlevi bozulduğundan ve ameliyat bölgesindeki cerrahi giriŐime bağlı olarak ağrı ve  dem meydana geldiğinden, gıdaları ağız dıŐı yollarla vermek gerekebilir. Bu nedenle gıdaların direkt olarak mideye ulaŐmasını sağlayan nazogastrik bir t p ameliyat giriŐimi sırasında hastaya uygulanır. Hemşirelerin dengeli bir beslenmenin sağlanması için gerekli olan nazogastrik beslenme formülünü hazırlayabilmeleri görev ve sorumlulukları içinde yer almaktadır. Hemşire hastasını beslerken aŐırı peristaltizmi azaltmak amacı ile formülün vücut sıcaklığında olmasına, hastanın daha rahat yutma iŐlevini gerçekleŐtirebilmesi için oturur pozisyona getirilmesine ve tüpün pozisyonunu ve yerini kontrol ederek, hastanın yiyecekleri solunum sistemi içine aspire etmesi nedeniyle, oluşabilecek solunum komplikasyonların  nlenmesine dikkat etmelidir (8,20,32).

Eğer hastaya verilen gıda proteinden zengin ise, nitrojen yıkım ürünlerinin atımı sırasında nazogastrik tüpün tıkanmasını önlemek için, hastaya bol su verilmesi önerilmektedir (51).

Yemek yeme sırasında yiyeceklerin hızla mideye ulaşması ve fazla hava verilmesi sonucu oluşan peristalzinin hızlanmasından kaynaklanan midede gerginlik ve bulantı konusunda duyarlı olan hemşire yiyeceklerin yer çekimi ile akmasını sağlayarak bu tür hastanın yemek yememe isteğini ortadan kaldıracaktır ve beslenme yetersizliğinin meydana getireceği komplikasyonları önlemede etkin olabilir (8,15,32).

Larenjektomili hastalar, insizyon iyileştikten yaklaşık 7 gün sonra oral beslenmeye başlarlar. Fibro elastik bir kıkırdak olan epiglott yutma sırasında aspirasyonu önler. Ancak total larenjektomide bunun çıkarılması, yiyecek ve sıvıların hava yoluna kolayca geçmesi için bir geçit oluşturur. Bu nedenlere bağlı olarak hastalar özellikle akciğer fonksiyonları yönünden dikkatlice incelenmelidir. Nazogastrik tüp çıkarıldıktan sonra da yiyecekleri ve suyu solunum sistemine aspire etmeden yemesini öğrenmesi, zamana ve desteklenmeye gereksinim gösteren durumlardır. Hemşire tarafından, sulu ve ağırlığı olan bebek maması, makarna ve elma püresi gibi yiyecekler öncelikle denenmeli ve hastaya bunların yenmesindeki özellikler anlatılmalı, hastanın denemesine de olanak sağlanmalıdır (8,15,32,35,51).

Hastaya yemek eğitiminin verilmesinde çeşitli yöntemler vardır. Yöntemlerden biri, hastaya derin bir nefes aldirmek ve tutmasını istemek, o sırada bir parça yiyeceği ağzına almasını söylemek, üç kez yutkunmasını sağlamak, daha sonra da boğazını temizletmektir. Yöntemin özü, nefes almadan yiyeceği yutmak ve solunum yoluna aspirasyonu önlemek için vokal kortları temizletmektir. Diğer bir yöntemde yiyeceklerin yer çekimi yardımıyla boğazın dorsallığını izleyerek özefagusu geçmesini sağlamayı amaçlayan hastaya geriye doğru yarı oturur pozisyonda yutmasını öğretmektir (8,35).

Hemşire gözlemleri ve laboratuvar bulguları sonucu larenjektomili hastanın beslenmesindeki gereksinimleri ve eksiklikleri saptandıktan sonra, gıdaların seçilmesi ve hazırlanması konusunda bir diyetisyenle işbirliğine girerek önerilerde bulunabilmelidir. Hasta kişilerde fiziksel aktivitelerin yerine getirilmesinde en önemli noktalardan biri de temel gereksinimlerin başında yer alan beslenme gereksinimidir. Bu gereksinimi saptamada etkin olabilmek için hastanın yemek yeme alışkanlıkları, bu konudaki zevkleri ve inançları dikkate alınmalıdır. Hemşire, yemek servisiyle ilgili olarak görüşün önemini de dikkate alarak uygun menü hazırlanması konusunda ilgili bölümlerle ilişkiye geçmelidir. uygun fiziksel çevreyi hazırlamak, zevkli ve hoş görümlü bir yemek servisi yapmak, öğünlerden önce hastayı rahat ettirmek, yemeğini yemesine yardımcı yeterli bir zaman ayırmak ve yemek yemede yanında olup onu cesaretlendirmek, hemşirenin bakım aktivitelerinin içinde yer almaktadır (32,34,41).

Cerrahi hastasının bakımında hemşirenin ana amaçlarından biri de, ameliyat sonrası komplikasyonların gelişmesini önlemektir. Bu nedenle hemşire larenjektomili hastalarda iyileşmeyi hızlandırmak, oluşabilecek enfeksiyonları önlemek için, ağız bakımının önemini bilmeli ve hastaya özel ağız bakımı vermelidir. Yara kontraktürlerinin çok hızlı gelişmesi nedeni ile ağız içini kapsayan ameliyatlardan sonra kullanılan protezler, temizleme, dışında yerlerinden çıkarılmamalı ve bunun önemi hastaya açıklanmalıdır (2,8,34).

Larenksin işlevleri arasında birinci sırayı sfinkter görevini üstlenmek almaktadır. Bu görev, yutma işlevi sırasında olduğu gibi defekasyon işlevi sırasında da yapılmakta ve larenks çıkış valfi gibi çalışmaktadır. Larenksin çıkarılması sonucunda işlevlerinin yerine getirilmemesine bağlı olarak defekasyonda güçlükler ortaya çıkabilir. Bu nedenle hemşireler, erken ayağa kaldırma, uygun diet, yeterli sıvının sağlanması, defekasyon alışkanlıklarını yerine getirmede

yardımlar ve yumuşatıcı lavmanların uygulanması yoluyla, hastaların karın kaslarını efektif olarak kullanmayı başlatana kadar defekasyon fonksiyonunun rahat bir biçimde, zorlamadan yapılmasına yardımcı edebilirler (6,12,14,24,27,31,34,35,51).

Larenks konuşma için gerekli ses dalgalarının meydana gelmesinde önemli rol oynar. Total larenjektomi, hastaların konuşma yeteneklerini ortadan kaldıran bir ameliyat türüdür. Bu da bakım verirken hemşirelerin gözönüne alması gereken bir durumdur. "Kişiler arası ilişkiler" deyimini iki bireyin birbirleriyle teması sırasında birbirlerini karşılıklı olarak etkilemeleri ve sözlü ya da sözsüz (sessiz) olarak iletişimde bulunmaları anlamına gelmektedir. Hasta birey için sağlık personeli ile iletişimde bulunmak oldukça önemlidir. Bu durum total larenjektomi ameliyatı geçiren hastalarda ise daha da önem kazanmaktadır. Çünkü hasta birey ameliyat sonrası en çok kullandığı iletişim yolu olan konuşma yeteneğini kaybetmiş ve isteklerini anlatamayacağı endişesi içine girmiştir (6,7,8,9,10,14,16,25,31,35,40,42,44,51).

Daha ameliyat öncesi dönemde hemşire, hastasına eğitimle ve bilgi verici açıklamalarla konuşma yeteneğinde meydana gelecek bu duruma hazırlayabilir. Eğer hasta total larenjektomi geçirecekse, tam olarak tabii sesini kaybedeceğini, bunun yanı sıra eğitimle oldukça normal bir konuşmayı sürdürebilme yollarını öğrenebileceğini ve bu yolun varlığını bilmelidir. Ancak tüm bu olumlu gelişmelerin yanı sıra şarkı söyleme, kahkaha ile gülme, ıslık çalma gibi yaşam sürecini hayati bir önemde zorlamayacağı düşünülen fonksiyonları da yerine getiremeyeceğini açıklıkla öğrenmelidir. Hastaların en büyük korkularından biri, ameliyat sonrası dönemde, çevrelerine istediklerini anlatamamaktan ileri gelmektedir. Hemşire, hastaya ameliyat öncesi dönemde ameliyattan sonra istediklerini yazarak anlatabileceğini açıklamalıdır. Eğer hasta, yazamıyorsa ve bu şekilde iletişimde güçlük çekecekse ameliyat sonrası dönemdeki gereksinimlerini hemşire

tarafından hazırlanan özel kartlar yoluyla anlatılabileceği konusunda güvenmeli ve kendisine yardımcı olacağını bilmelidir. Ameliyat öncesi dönemde hastanın sağ ya da sol elini kullanma alışkanlığı araştırılmalı ve ameliyat ekibi ile ilişkiye girilerek ameliyat sonrası dönemde konuşamayacak olan hastanın, yazılı olarak isteklerini iletmesine olanak sağlayacak biçimde, serum gibi tedavi işlemlerinde, bu alışkanlığın dikkate alınarak uygulamanın yapılmasına rehberlik etmelidir (7,8,35).

Ameliyat sonrası dönemde hastaya ameliyatın türü, se-sini kaybedeceği açıklamaları yapılsa da, yeni bir hava yoluna sahip olma ve geçirmiş olduğu büyük ameliyatın psikolojik travması ürkütücüdür ve iletişim kurma oldukça güçleşir. Ayrıca okuma yazması olmayanlarla, yazılı anlatım yerine dudak hareketleri ile gereksinimlerini anlatmak isteyen ancak diş yapıları buna yeterli olmayan hastalar ile iletişim kurulması daha da güçleşir (8,35).

Hemşire larenjektomili hastalarla iletişim kurmada oldukça yetenekli olmalı, soru sorma ve cevap verme gibi işlevler için hastaya zaman tanınmalıdır. Hastanın ne söyleyeceğini tahmin etmek ya da onun yerine cümleleri tamamlamak heves kırıcı olabilir. Hastanın cerrahi öncesi açıklamalar yoluyla bilgi almış olması iletişim kurulmasını kolaylaştırır. Hastanın duygularını kelimelere dökmesi sonucu hemşire sözlü iletişim dışında davranış ve imajlarla ya da yazılı olarak iletişim sürdürmeyi geliştirir. Hasta ile iletişim yolunun kurulmasında her türlü yol denenmeli ve hiçbir hasta iletişim kurulamamasına bağlı olarak gerekli yardımı görmekten yoksun bırakılmamalıdır (8,10,42).

Yazı materyali hasta uyanır uyanmaz sağlanmalı ve sürekli elinin yetiştirebileceği bir uzaklıkta bulundurulmalıdır. Hasta yazamıyor ya da çok sıkıntılıysa yatağının kenarına herhangi bir şeyle vurması ve el çırpması gibi hemşirenin

dikkatini çekecek bir ses çıkartması için ameliyat öncesi dönemde eğitilmelidir (8,9,10,35,39,40).

Konuşamayan ancak işitmelerinde herhangi bir kayıpları olmayan hastalarla çok yüksek sesle konuşma hemşire ve hasta bireylerin sıklıkla düştükleri yanlışlar arasında sayılabilir. Buna ilişkin olarak özellikle hemşirelerin yavaş sesle konuşmaları, bu konuda hastaların da uyarılmalarına neden olabilir.

Ameliyat sonrası dönemde bir çok nedenle hastalar depresif bir duygusal durum içine girebilirler. Sesi kaybetmenin üzüntüsü, kanser tanısına tepki, yeterli iletişimin kurulamayışına tepki, hastanede uzun süre kalma, solunum ve beslenme şeklinin değişmesi ve hastanın bağımlı yaşaması gibi nedenler bunlar içinde sayılabilir. Depresif dönemde iyimser tavır ve hastanın desteklenmesi önemsenmelidir (8, 35).

Diğer büyük cerrahi girişimlerde hissedilen yüksek düzeydeki ağrıya karşın larenjektomide ameliyat sonrası ağrı minimaldir. Radikal boyun diseksiyonu uygulanması sırasında insizyon bölgesindeki boynun duyuşal sinirlerinin kesilmiş olması ağrı duyusundaki bu düşüklüğü etkilemektedir. Bu nedenle komplikasyonlar açısından hasta çok dikkatli gözlenmelidir (8,30,35).

Sekresyon ve tükürüğü yutamamanın verdiği rahatsızlık nedeniyle hasta genellikle huzursuz ve sıkıntılıdır. Hemşire, tükürük ve kanlı sekresyonları çıkarması için hastayı uygun pozisyona getirmeli ve çıkarmasına yardım ederek hastayı rahatlatmalıdır (8,35,42). Ayrıca yatağının yanına yerleştirilecek yumuşak kağıt mendiller ve atılabilir kağıt torbalar yastığının muşamba ve yumuşak bir havlu ile kaplanması tükürük ve salyaya ilişkin sorunların ortadan kaldırılmasına yardımcı olabilir.

Başın yataktan 30-45 derece yükseltilmesi hastanın solunumunu ve sekresyonun atılımını kolaylaştırır ve boynudaki ödemi azaltır. Boynun flexionda tutulması da süturların gerilmesini önleyeceğinden, hemşire oturur pozisyonda hastanın baş ve boynunu arkadan destekleyerek gerginliğe bağlı rahatsızlığını azaltabilir.

Hemşire, hastasını aktif ve hareketli olma açısından yönlendirmelidir. Aktivite morali yükseltir, sirkülasyonu arttırır ve respiratuar sistem fonksiyonunu düzenler, ödemin azalmasına yardımcı olur ve iyileşmeyi hızlandırır. Ameliyat sonrası dönemde insizyon bölgesinin ve stomanın çevresinin pansumanı aseptik şartlarda yapılmalıdır. Yara çevresindeki şişlik, kızarma, ağrı gibi lokal semptomlar yanında ateş yükselmesi, taşikardi gibi sistemik belirtilerin mevcudiyeti gözlenmeli hasta dosyasına kaydedilerek gerekli yerlere rapor edilmelidir (4,8,35).

Larenjektomili hastaların banyo yaparken veya duş alırken suyun stomadan akciğerlere girmesini önlemek için gevşek olarak bir plastik örtü ile stomanın üzerinin örtülmesi ya da basit olarak kendi elini stoma üzerinde tutması gibi önlemler alması gerekir. Hemşire hasta taburcu olmadan önce bu konuda hastayı eğitmeli ve hastanın istediği başka konularda ona rehber olmalıdır. Trakeostomi tüpü çıkarıldıktan sonra konuşma rehabilitasyonuna başlanır. Hastaların konuşma patolojistine giderek özefagial konuşmayı öğrenebilecekleri ya da bu tür bir konuşmayı kullanabilecekleri konusunda gerekli açıklamalar yapılarak bu konu ile ilgili var olan derneklere başvurması sağlanmalıdır. Ayrıca konuşma terapistleri ile ilişkileri sağlanarak yeni yaşamına uyum sağlamada yardımcı olunması hasta açısından önemlidir (8,10,18,35).

Hasta hayatının sonuna kadar soluk alma gereksiniminin stoma yoluyla sağlayacağından, hemşire stoma bakımı ile

hastanın yakından ilgilenmesi ve bu konuda bilinçlendirilmesi için tüm olanaklarını kullanmalıdır.

Tüm hastalara olduğu gibi larenjektomili hastalara da en iyi hemşirelik bakımının verilmesi ve normal yaşamlarına geri dönüp, toplum içinde yerlerini alabilmeleri, onlara bakım veren hemşirelerin üst düzeyde bilgi beceri ve anlayış içinde olmaları ile mümkündür.

Hemşireler bu niteliği elde etmek için sürekli kendilerini yinelemek, yeni yayınları takip ederek, bakımda meydana gelen olumlu değişiklikleri hastalarına yansıtmak ve verdikleri bakımı değerlendirerek hasta bakımına katkıda bulunmak zorunluluğunu duymalıdırlar.

Ayrıca hasta ailesi de hastaya yapılan tüm eğitiminden haberdar edilmeli ve açıklamalar bu kişilere de yapılmalıdır. Hastanın aile içinde yardım alabileceği bir yakını da bu konuda eğitilmeli ve aile çevresi içinde hayatını normal koşullarda sürdürebilmesinde hemşire tüm etkinliğini kullanabilmelidir.

M A T E R Y A L v e M E T O D

Çalışmamız, larenjektomili hastalarda bakımın önemi gözönüne alınarak bakım veren hemşirelerin, ameliyat sonrası bakıma ilişkin bilgi düzeylerini saptamak amacı ile planlanmıştır.

Araştırma, İstanbul Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastaneleri, Devlet Hastaneleri ve Sosyal Sigortalar Kurumunda Kulak Burun Boğaz servislerinde çalışan Sağlık Meslek Lisesi mezunu ve Yüksekokul mezunu olmak üzere toplam 70 hemşire üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Araştırma verileri anket formu uygulanarak toplanmıştır. Anket formunun ilk bölümü; yaş, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, çalıştığı kurum, görevinin niteliği, Kulak Burun Boğaz kliniklerinde kaç yıldır çalıştığı, Kulak Burun Boğaz kliniğinde çalışma kararını isteyerek mi verdiği, mezuniyet sonrası Kulak Burun Boğaz ile ilgili herhangi bir kursa katılıp katılmadığı, çalıştıkları alanla ilgili bilgi edinip edinmedikleri, edinmelerini engelleyen durumlar, bu bilgileri hangi kaynaklardan elde ettiği gibi denekleri tanımlayıcı soruları içermektedir.

İkinci bölümde ise, Larenksin anatomisi, fizyolojisi, etyolojisi, insidansı, larenks kanserlerinde ilk bulgu, larenjektomi endikasyonu, larenjektomiden sonra hastada görülen fonksiyon bozukluğu ve larenjektomiden sonra hastada görülen komplikasyonlarla ilgili tıbbi soruları kapsar. Diğer bölüm ise, ameliyat öncesi ve sonrası dönemde ağız bakımının

amacı, larenjektomili hastaların pozisyonu, larenjektomili hastaların hangi durumlarda aspire edildiği, aspirasyon esnasında hastanın pozisyonu, aspirasyonun süresi, aspirasyon esnasında hemşirenin dikkat etmesi gereken hususlar, aspirasyon esnasında hastada gözlemesi gereken durumlar, larenjektomili hastalarda kanül temizliği, hasta odasının nemlendirilmesi ile ilgili sorular, gavajla beslenmenin amacı, gavajla beslemeden önce ve sonra dikkat etmesi gereken durumlar gibi larenjektomili hastanın hemşirelik bakımına ilişkin bilgi sorularını içermektedir (Ek-I).

Anket sonuçlarından elde edilen veriler yüzdelik, chisquare (x^2 testi) ve t-testi ile değerlendirilerek tablolar halinde verilmiştir.

B U L G U L A R

Araştırma İ.Ü. Arş. ve Uyg. Hastanesi, Devlet Hastanesi ve Sosyal Sigortalar Kurumu Kulak Burun Boğaz Servislerinde çalışan servis sorumlusu ve yatakbaşı hemşireliği görevini sürdüren toplam 70 hemşireye uygulanmıştır.

TABLO-1.

Hemşirelerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Hemşirelerin Yaş Grupları	Sayı	%
18-25	44	62.9
26-35	17	24.3
36-45	9	12.8
TOPLAM	70	100

Hemşirelerin yaş gruplarına göre dağılımlarına bakıldığında, %62.9'unun (n:44) 18-25 yaş grubunda, %24.3'ünün (n:17) 26-35 yaş grubunda ve %12.8'inin (n:9) 36-45 yaş grubunda oldukları ve en büyük yüzdenin 18-25 yaş arasında yoğunlaştığı görülmektedir (Tablo 1).

TABLO-2.

Hemşirelerin Medeni Durumlarına Göre Dağılımları

Hemşirelerin Medeni Durumu	Sayı	%
Evli	18	25.7
Bekar	50	71.4
Dul	2	2.9
TOPLAM	70	100

Hemşirelerin medeni durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; %25.7 sinin (n:18) evli, %71.4'ünün (n:50) bekar, %2.9'unun (n:2) dul olduğu saptanmıştır.

TABLO-3.

Hemşirelerin Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı

Hemşirelerin Eğitim Düzeyleri	Sayı	%
Hemşirelik Yüksek Okulu	10	14.4
Sağlık Lisesi	60	85.6
TOPLAM	70	100

Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre dağılımları incelendiğinde; %14.4'ünün (n:10) Hemşirelik Yüksek Okulu, %85.6'sının (n:60) Sağlık Lisesi Mezunu oldukları ve büyük çoğunluğunun Sağlık Lisesinden mezun hemşireler olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

TABLO-4.

Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumlara Göre Dağılımı

Çalıştıkları Kurum	Sayı	%
İ.Ü.Arş. ve Uyg. Hastanesi	39	55.7
Devlet Hastanesi	16	22.9
Sosyal Sigortalar Kurulu	15	21.4
TOPLAM	70	100

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları kurumlara göre dağılımları incelendiğinde; %55.7'sinin (n:39) İ.Ü.Araş. ve Uyg. Hastanesi, %29.9'unun (n:16) Devlet Hastanesinde ve %21.4'ünde (n:15) Sosyal Sigortalar Kurumunda görev yaptığı görülmüştür (Tablo-4).

TABLO-5.

Hemşirelerin Klinik Görevlendirilmelerine Göre Dağılımı

Hemşirelerin Görevlendirilmeleri	Sayı	%
Sorumlu Hemşire	9	12.9
Servis Hemşiresi	61	87.1
TOPLAM	70	100

Hemşirelerin klinik içinde görevlendirilmelerine göre dağılımları incelendiğinde; %12.9'unun (n:9) sorumlu hemşire, %87.1'inin (n:61) servis hemşiresi olarak görev yaptıkları saptanmıştır (Tablo 5).

TABLO-6.

Hemşirelerin Mesleki Deneyim Yıllarına Göre Dağılımı

Hemşirelerin Deneyim Yılı	Sayı	%
1-5 yıl	53	75.7
6-10 yıl	10	14.3
11 yıldan fazla	7	10.0
TOPLAM	70	100

Hemşirelerin mesleki deneyim yıllarına göre dağılımına bakıldığında; 75.7'sinin (n:53) 1-5 yıl arası, %14.3'ünün (n:10) 6-10 yıl arası ve %10'unun (n:7) 11 yıldan fazla mesleki deneyimleri olduğu belirlenmiştir (Tablo 6).

TABLO-7.

Hemşirelerin Kulak Burun Boğaz Kliniğinde Görevlendirme Şekline Göre Dağılımı

Görevlendirme Kararı	Sayı	%
Kurumca	40	57.1
İsteyerek	30	42.9
TOPLAM	70	100

Hemşirelerin Kulak Burun Boğaz Kliniğinde görevlendirme şekline göre dağılımı incelendiğinde; %57.1'inin(n:40) isteyerek, %42.9'unun (n:30) kurumca görevlendirildiği saptanmıştır (Tablo 7).

TABLO-8.

Mezuniyet Sonrası Kulak Burun Boğaz Kursuna Katılım Oranına Göre Dağılımı

Mezuniyet Sonrası Kursu Katılma	Sayı	%
Katılan	4	5.7
Katılmayan	66	94.3
TOPLAM	70	100

Hemşirelerin mezuniyet sonrası Kulak Burun Boğaz kursuna katılma oranına göre dağılımı incelendiğinde %5.7'sinin (n:7) kursa katıldığı, %94.3'ünün (n:66) kursa katılmadığı ve bu konuya ilişkin okulda aldıkları bilgi dışında bilgi almadıkları belirlenmiştir (Tablo 8).

TABLO-9.

Hemşirelerin Larenjektomili Hasta Bakımına İlişkin Mevcut Bilgilerin Edindikleri Yerlere Göre Dağılımı

Bilgi Edinilen Kaynak	Sayı	%
Hekim	27	38.6
Hemşire	30	42.9
Kitap	10	14.3
Dergi, Broşür	3	4.2
TOPLAM	70	100

Hemşirelerin Larenjektomili hasta bakımına ilişkin mevcut bilgilerini edindikleri kaynaklara bakıldığında; %38.6'sının (n:27) hekimlerden, %42.9'unun (n:30) hemşirelerden, %14.3'ünün (n:10) kitaplardan ve %4.2'sinin (n:3) ise dergi ve broşürlerden bu bilgileri edindikleri görülmüştür (Tablo 9).

TABLO-10.

Hemşirelerin Larenjektomili Hasta Bakımına İlişkin Bilgi Edinmelerini Engelleleyen Nedenlerin Dağılımı

Engelleyici Nedenler	Sayı	%
Kaynaklar yetersiz	19	27.1
Zaman yetersiz	28	40.0
Rehberlik yetersiz	16	22.9
Kaynaklar Pahalı	7	10
TOPLAM	70	100

Hemşirelerin bilgi edinmelerini engelleyen nedenlere bakıldığında %27.1'i (n:19), kaynakların yetersiz olmasını, %40'ı (n:28) zamanlarının yeterli olmadığını, %22.9'u (n:16) çalışma alanında rehberliğin yetersiz olmasını ve %10'u(n:7) da kaynakların pahalı olmasını neden olarak göstermişlerdir.

TABLO,11.

Hemşirelerin Eğitim Düzeylerinin Almış Oldukları Ortalama Bilgi Puanlarına Göre Dağılımı

Eğitim Düzeyi	Ortalama Bilgi \bar{x} Puan	Denek Sayısı	Student t < +	Anlamlılık
S.Meslek Lise	57.8 15.6	60	$t = 2.03$ $p < 0.005$	
Yüksek Okul Mezunlu	65.4 9.98	10		
TOPLAM		70		

($p < 0.005$)

Hemşirelerin Eğitim Düzeylerinin almış oldukları ortalama bilgi puanlarına göre dağılımı incelendiğinde; Sağlık Meslek Lisesi mezunlarının ortalama bilgi puanı $\bar{X}=57.8 \pm 15.6$ olup, yüksek okul mezunlarının ortalama bilgi puanı $X=65.4 \pm 9.98$ olarak belirlenmiştir (Tablo 11).

Hemşirelerin eğitim düzeyleri ile ortalama bilgi puanları arasındaki fark istatistiksel değerlendirmede anlamlı bulunmuş ($t=2.03$ $p < 0.005$), yüksek okul mezunu hemşirelerin

bu konudaki bilgi açısından diğer okul mezunlarına göre daha yeterli oldukları görülmüştür.

TABLO-12.

Hemşirelerin Aldıkları Ortalama Bilgi Puanlarının Mesleki Deneyim Süresine Göre Dağılımı

Deneyim Süresi	1-5 Yıl		6-10 Yıl		11 yıldan fazla		TOPLAM
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Ortalama bilgi puan							
$\bar{x} = 59 \uparrow$	26	49	10	100	4	57.1	40
$\bar{x} = 59 \downarrow$	27	50.1	0	0	3	42.9	30
TOPLAM	53	100	10	100	7	100	70

($p < 0.05$)

Hemşirelerin ortalama bilgi puanlarının deneyim süresine göre dağılımı incelendiğinde; 1-5 yıl arası deneyimi olan %49'unun (n:26) bilgi puan ortalamasının $\bar{x}=59\uparrow$ de, %50.1'inin (n:27) bilgi puan ortalamasının $\bar{x}=59\downarrow$ da, 6-10 yıl arası deneyimi olan %100'ünün (n:10) bilgi puan ortalaması $\bar{x}=59\uparrow$ de, 11 yıldan fazla deneyimi olan %57.1'inin (n:4) bilgi puan ortalaması $\bar{x}=59\uparrow$ de, %42.9'unun (n:3) bilgi puan ortalaması $\bar{x}=59\downarrow$ da olduğu saptanmıştır (Tablo-12).

Hemşirelerin deneyim süresi ile ortalama bilgi puanları arasındaki fark istatistiksel değerlendirmede anlamlı bulunmuş, deneyim süresi arttıkça bilgi düzeyinin artmakta olduğu ve alanda uzun süre çalışmanın o alandaki bilgi düzeyi üzerinde olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir (8.61, $p < 0.05$).

TABLO-13.

Hemşirelerin Aldıkları Ortalama Bilgi Puanlarının
Çalıştıkları Kuruma Göre Dağılımı

Çalıştıkları Kurum	İ.Ü.Araş.ve Uyg.Hast. Devlet		S.S.K.				Toplam
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Ortalama Bilgi Puan							
$\bar{x}=59\uparrow$	22	56.4	10	62.5	8	53.3	40
$\bar{x} = 59\downarrow$	17	43.6	6	37.5	7	46.7	30
TOPLAM	39	100	16	100	15	100	70

($p>0.05$)

Hemşirelerin ortalama bilgipuanlarının çalıştığı kuruma göre dağılımı incelendiğinde; ortalama bilgi puanının $\bar{x}=59\uparrow$ % de 56.4'ünün (n:22) İ.Ü.Araş.ve Uyg.Hast. %62.5 unun (n:10) Devlet Hastanesinde %53.3'ünün (n:8), S.S.K.'da ortalama bilgi puanının $\bar{x}=59\downarrow$ da olanların %43.6 sinin (n:17) İ.Ü.Araş. ve Uyg. Hastanesinde %37.5 (n:6) Devlet Hastanelerinde, %46.7 sinin (n:7) S.S.K.'da görev yaptığı saptanmıştır (Tablo-13).

hemşirelerin çalıştıkları kurum ile ortalama bilgi puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamış ve çalıştıkları ($\chi^2=0.29$: $p>0.05$) kurumun bilgi puan ortalaması üzerinde bir etkisi olmadığı görülmüştür.

TABLO-14.

Tüm Hemşirelerin Larenjektomi ile İlgili Soru Gruplarından
Aldıkları puanların Başarı Yüzdesi

Soru Grupları	Soru Sayısı	Puanların Muhtemel T.	Puanların Gerçek T.	Başarı Yüzdesi
I Tıbbi Bilgi	9	2100	1388	66.1
II Bakıma İlişkin bilgi	21	4900	2675	54.6
TOPLAM	30	7000	4063	58.5

Araştırma kapsamına giren tüm hemşirelerin (n:70) sorulardan aldıkları puanların başarı yüzdesi %58.5, Tıbbi bilgiye ilişkin I. grup sorulardan aldıkları puanların başarı yüzdesi %66.1, Bakıma ilişkin II. grup soruların cevaplanma başarı yüzdesi %54.6 dır. Her iki bilgiye ilişkin % delere bakıldığında bakıma ilişkin bilgi sorularının cevaplanma başarı yüzdesinin daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo-14).

TABLO-15.

Hemşirelerin Aldıkları Ortalama Bilgi Puanlarının Görevinin Niteliğine Göre Dağılımı

Görevinin Niteliği	Sorumlu hemşire	Yatakbaşı Hemşire	Toplam		
Ortalama Bilgi Puan	Sayı	%	Sayı	%	
x = 59 ↑	7	77.8	33	54.0	40
x = 59 ↓	2	22.2	28	46	30
TOPLAM	9	100	61	100	70

(p>0.05)

Hemşirelerin aldıkları ortalama bilgi puanlarının görevinin niteliğine göre dağılımı incelendiğinde, sorumlu hemşirelerin %77.8'inin (n:7) ortalama bilgi puanını $\bar{x}=59^{\uparrow}$ de aldığı, %22.2 sinin (n:2) ortalama bilgi puanının $\bar{x}=59^{\downarrow}$ da aldığı, yatakbaşı hemşirelerinin %54'ünün (n:33) ortalama bilgi puanının $\bar{x}=59^{\uparrow}$ de aldığı, %46'sının (n:28) ortalama bilgi puanının $\bar{x}=59^{\downarrow}$ da aldığı saptanmıştır (Tablo-15).

Hemşirelerin görevlerinin niteliği ile ortalama bilgi puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamış ($\chi^2=1.77$, p>0.05), görev niteliğinin bilgi puanı üzerinde bir etkisi olmadığı saptanmıştır.

T A R T I Ő M A

Total larenjektomi nedeniyle hastaneye gelen hastalarda, gerek cerrahi girişim ve gerekse bu girişimin normal fizyolojide meydana getireceği değişiklikler nedeniyle bakım oldukça önemlidir. Cerrahi girişimden sonra hastaya verilecek bakımın amacı, komplikasyonlar doğmadan, hastayı normal fonksiyonlarına en kısa zamanda geri döndürmektir. Larenjektomili hastaların bakımında karşı karşıya gelinen sorunlar psikolojik ya da fizyolojik kökenli olabilir. Total larenjektomi hastaların değişmiş hava yoluna sahip olması, sözel iletişim kurma yetisinin kaybolması, major cerrahinin psikolojik travması, beslenme düzeninin değişmesi ve alınması gereken önlemler, normal yaşamın dışına çıkan ve hastanın toplum içine yeniden kabulünü zorlaştıran, hayata yeniden adaptasyonunu engelleyen vücut imajındaki değişiklikler, sorunlarının ana hatlarıdır (4,8,35,51).

Ameliyat sonrası komplikasyonların önlenmesinde temel, bu komplikasyonların ortaya çıkabileceğini işaret eden önemli semptomları bilmek ve en kısa zamanda tanımlamaktır. Hangi semptomların üzerinde titizlikle durulması ve değerlendirilmesi gerektiği konusunda duyarlı olunmalıdır. Bu hastalara kapsamlı hemşirelik bakımın sunulmasında, oluşabilecek komplikasyonların önlenmesinde ve tedavisinde, hemşirelik hizmetlerinin rolünün ne denli önemli olduğu açıktır. Bu nedenle hemşirelerin, larenjektomili hastalara en iyi bakımı sunmalarına ilişkin bilgilerinin yeterli olması beklenilendir.

Çeşitli hastanelerin Kulak Burun Boğaz kliniklerinde çalışan hemşirelerin larenjektomili hastanın bakımına ilişkin bilgi düzeylerinin araştırılmasını amaçlayan çalışmamızda toplam bilgi puan ortalaması $\bar{x}=59$ olup, bilgilerin orta düzeyde görülmesine karşın larenjektomili hastaya verilen hemşirelik bakımına ilişkin bilgi puan ortalaması $\bar{x}=54.6$ olup, tıbbi bilgi sorularından elde edilen bilgi puan ortalaması $\bar{x}=66.1$ olarak belirlenmiştir. Hemşirelik bakımına ilişkin puan ortalamasının tıbbi bilgi sorularından elde edilen bilgi puan ortalamasından daha düşük düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo-14). Buradan elde edilen sonuçlar bize hemşirelerin, bakıma ilişkin bilgilerden çok, hastanın sağlığına kavuşmasında daha etkili olarak gördükleri tıbbi bilgi konusuna ilgi duydukları kanısını uyandırmaktadır.

Akbal'ın yaptığı çalışmada da hemşirelik bakımına ilişkin bilgi puan ortalamasının tıbbi ve rehabilite edici soru gruplarından elde edilen bilgi puan ortalamasından daha düşük düzeyde olduğu açıklanmıştır (1).

Araştırmaya katılan deneklerin %62.9'unun "18-25" yaş grubunda, %71.4'ünün "Bekar", %85.6'sının "Sağlık Meslek Lisesi" mezunu, %75.7'sinin "1-5" yıl arası hizmet süresine sahip olduğu saptanmıştır (Tablo-1,2,3,6).

Saydanlı'nın, 100 hemşire uyguladığı bir çalışmada hemşirelerin yaş gruplarına göre dağılımının %82'sinin 17-25 yaş grupları arasında olduğu, Yıldırım'ın, 200 hemşireye uyguladığı bir çalışmada da yataklı tedavi kurumlarında çalışan hemşirelerin %52.5'inin 18-25 yaş grupları arasında olduğunu, Fıstıkçioğlu'nun 80 hemşire üzerinde yaptığı bir çalışmada da hemşirelerin %51.25'inin 17-25 yaş grupları arasında olduğu belirtilmiştir. Bizim bulgularımızda bu çalışmaya paralellik göstermektedir. Görev yapan hemşirelerin çoğunluğunun 17-25 yaş grubu arasında yoğunlaşmaları, bu meslek üyelerinin ilerki yaşlarda görevlerini sürdürmediklerinin ve evlendikten sonra çoğunluğunun

meslekten ayrıldığıının açık bir kanıtıdır. Oktay ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada da gece nöbetleri saatlerinin uzunluğunun hemşirelerin işten ayrılma nedenlerinden biri olduğu belirtilmektedir. Özellikle evli ve çocuk sahibi hemşirelerin gece nöbetleri, hemşire sayısının yetersizliğine bağlı, yoğun çalışma ortamı, deneyim yılı artan hemşirelerin idarecilik görevlerine transfer olmaları hemşirelerin çoğunluğunun genç yaşta görevden ayrılmalarına ya da yatak başı hemşireliğinden başka bir göreve kaymalarına neden olmaktadır düşüncesindeyiz (19,37,41,52).

Araştırmaya katılan hemşirelerin %85.6'sının (n:60) Sağlık Meslek Lisesi çıkışlı, %14.4'ü (n:10) Hemşirelik Yüksekokulu mezunudur. Bu bulgular bize Kulak Burun Boğaz kliniklerinde çalışan hemşirelerin önemli bir bölümünü Sağlık Lisesi çıkışlı hemşirelerin oluşturduğunu, Yüksekokul mezunu hemşirelerin söz konusu hizmetlerde yeter sayıda yer almadıklarını göstermektedir. Türkiye'de mevcut Hemşirelik Yüksekokullarının az sayıda olması, her yıl verdikleri mezun adedinin de buna orantılı olarak az olması buna neden olarak söylenebilir. Hemşirelik eğitim düzeyinin liseye temellendirilmesi ve hemşirelik eğitiminin üniversitelerce yürütülmesinin toplumumuza daha yeterli bakım götürülmesinde etkin olacağı, buna bağlı olarakta Yüksekokul Mezunu hemşirelerin sayılarının arttırılmasına ilişkin çalışmaların Devlet sağlık politikası içinde düşünülmesi gerektiği kanısındayız.

Yıldırım'ın yaptığı çalışmada da tedavi hizmetlerinde çalışan hemşirelerin %75.5'inin Sağlık Lisesi mezunu %16'sının Yüksekokul mezunu olduğu, Saydanlı'nın cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerin uyguladıkları fiziksel bakımın belirlenmesine ilişkin 100 hemşire üzerinde yaptığı bir çalışmada da hemşirelerin %84'ünün Sağlık Meslek Lisesi mezunu olduğunu, yine, Fıstıkçioğlu'nun kanserli hastalara bakım veren hemşirelerin kanser ağrısı hakkındaki bilgilerinin araştırılmasına ilişkin 80 hemşire üzerinde yaptığı bir çalışmada hemşirelerin %78.75'i Sağlık Meslek Lisesi mezunu olduğu belirtilmiştir (19,41,43,52).

Şentürk ve arkadaşlarının Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu öğrencileri sosyo-ekonomik özellikleri, sorun ve mesleki beklentilerinin araştırılması ile ilgili yaptıkları bir çalışmada, öğrencilerin çoğunlukla mezuniyet sonrası öğretmen ve yönetici hemşire olarak görev yapmak istediklerini, yatak başı hemşireliğini ise üçüncü sırada tercih ettiklerini saptamışlardır. Bulgularımız öğrencilerin mezun olduktan sonra aynı beklentileri doğrultusundaki iş alanlarında daha çok yer aldıklarını düşündürmektedir(47).

Hemşirelerin eğitim düzeylerinin larenjektomili hasta bakımına ilişkin toplam bilgi puan ortalamalarını etkilediği ve Yüksekokul mezunlarının bilgi puan ortalaması $\bar{x}=65.4$ olup, Sağlık Meslek Lisesi mezunlarının $\bar{x}=57.8$ olduğu ve yüksekokul mezunlarının daha yüksek bilgi puan ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır.

Literatür taramaları sonucunda konu ile yakinen ilgili bir çalışmaya rastlanılmamasına karşın, araştırmamız hemşirelerin bilgi düzeylerini ölçen çeşitli çalışmalara paralellik göstermiştir. Eşel'in sigaranın zararlı etkilerine ilişkin, Akbal'ın Akut Myokard İnfarktüsü hastalarının bakımına ilişkin, Fıstıkçıoğlu'nun kanserli hastalara bakım veren hemşirelerin kanser ağrısı hakkında bilgileri, Coşkun'un hemşirelerin üretral kateterizasyona ilişkin bilgi düzeyleri ve uygulama biçimlerinin saptanması isimli çalışmalarında Hemşirelik Yüksekokulu mezunu hemşirelerin aldıkları ortalama bilgi puanı, Sağlık Meslek Lisesi mezunlarına göre yüksek bulunmuştur. Bu sonuç bizi, eğitim düzeyi arttıkça hemşirelerinde bilgi düzeyinde yükselme olacağı sonucuna götürmektedir (1,13,19,48).

Hemşirelik eğitiminin düzeyinin liseye temellendirilmesinin ve hemşirelik eğitiminin üniversitelerce yürütülmesinin toplumumuza daha yeterli bakım götürülmesinde etkin olacağı açıktır. Hemşirelerin büyük çoğunluğunun 14 yaşında

okula girdikleri, henüz bedensel ve psikolojik gelişimlerini tamamlamamış oldukları göz önüne alındığında bilinçli meslek seçimi yapmaları ve bu meslekte mutlu olmaları beklenemez. Bakım vermekle yükümlü oldukları hastaların her tür ihtiyaçlarını saptamada ve karşılamada yetersiz kalmaları beklenebilir. Sağlık Meslek Liselerinde, Milli Eğitim Bakanlığının öngördüğü kültür dersleri ilavesi ile mezunlar lise mezunu dengi kabul ediliyorsa da bu tür eğitim programının bitirenler ne lise mezunu niteliği kazanmakta ne de mezuniyet sonrası kendi mesleklerini rahat bir ortamda yapabilmektedirler. Bunun yanı sıra Yüksekokula giren öğrenciler, sosyal, fen ve kültürel derslerini lisede almış ve de hemşirelik mesleğini seçmede kendi tercihlerini kullanmış olduklarından bu durum mesleğe duyulması gerekli sevgiyi ve mesleki gelişme için gerekli çalışma arzusunu olumlu yönde etkilemektedir (49,50).

Serviste sorumlu hemşire olarak görev yapan hemşirelerin, sorumluluklarından biri de eğitici görev üstlenmektedir. Sorumlusu olduğu serviste yeni göreve başlayacak hemşirelerin, servise oryantasyonlarını sağlamak, servisin çalışma düzeni konusunda bilgi vermek üzere bir oryantasyon programı hazırlamak görev alanı içine girmektedir. Böylesi bir programın hazırlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi, bu konuda genişlemesine ve derinlemesine bilgi sahibi hemşireler tarafından gerçekleştirilebilir.

Araştırmamızda servis sorumlu hemşirelerinin bilgi puan ortalaması ile, servis hemşirelerinin bilgi puan ortalamaları arasında servis sorumlu hemşireleri lehine bir farklılığın olması beklenen olmasına karşın böyle bir farklılığın olmadığı gözlenmiştir. Burada da anlaşılacağı gibi aralarında bilgi açısından bir farklılık olmayan servis sorumluların, hizmet içi eğitim ve oryantasyon programında etkili olacağı beklenilemez (3).

Akbal'ın yaptığı Akut Myokart İnfaktüslü hastaların bakımına ilişkin hemşirelerin bilgi düzeyleri isimli araştırmada da servis sorumlu hemşirelerinin bilgi puan ortalaması ile servis hemşirelerinin bilgi puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı açıklanmıştır (1).

Ancak Fıstıkçioğlu'nun kanserli hastalara bakım veren hemşirelerin kanser ağrısı hakkındaki bilgilerinin araştırılması isimli çalışmada, sorumlu hemşirelerin başarı derecelerinin, diğer hemşirelerden yüksek oldukları ve bunun memnuniyet verici bir durum olduğundan söz edilmektedir(19).

Bir meslek üyesi olarak görev yaptığı mesleğe ilişkin bilgi düzeyinin ortalamanın çok üstünde olması beklenirken araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunun deneyimlerinin az olması (1-5 yıl) ve Kulak Burun Boğaz kliniklerinde çalışmada istekli olmamaları (%57.1) bilgi puan ortalamalarını olumsuz yönde etkilemektedir.

Saydanlı'nın yaptığı araştırmada da bulunduğu görevden memnun olan, hemşirelerin, fiziksel aktivitelerini yapma oranının, bulunduğu görevden memnun olmayanlara oranla daha fazla olduğu, memnun olma duygusunun hemşirelerin sorumluluklarını yerine getirmede etkin olduğu belirtilmektedir (38).

Görevde başarılı olmada o görevi istekle yapmanın önemi büyüktür. Oktay ve arkadaşlarının yaptıkları FNHYO mezunlarının sorunları, beklentileri ve önerilerine ilişkin bir çalışmada da, hemşirelerin çok az bir bölümünün hemşireliği yeniden tercih ettiği sonucu bildirilmektedir (37).

Köknel, çeşitli iş dallarında görev yapan kişilerde %45'den fazla memnuniyetsizliğin olduğunu, meslek görevlilerinin %40'ının başka meslek özlemi içinde olduklarını belirtmektedir (41).

Deneyim süresi 1-5 yıla göre 6-10 yıl olanların toplam bilgi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmış, deneyim süreleri fazla olan hemşirelerin bilgi puan ortalamaları ile deneyimi az hemşirelerin bilgi puan ortalamaları arasında istatikselsel açıdan anlamlı bir fark saptanmış deneyim yıl arttıkça bilgi puan ortalamasının arttığı görülmüştür ($\chi^2=8.61$, $p<0.05$).

Öğrenmede bir yöntemin tekrar tekrar o işi deneyimlemek olduğu bir gerçektir. Buna bağlı olarak hemşirelerin deneyim yılları arttıkça kapsamlı hasta bakımı ile ilgili bilgilerinde artış görülmesi beklenilendir.

Görgülü tarafından yapılan bir çalışmada da çalışma süresi, arttıkça bilgilerin arttığı ve deneyim kazanmanın bilgi artışında bir etken olduğu vurgulanmıştır. Araştırmamızda deneyim yıllarının artması ile bilgisinin arttığı saptanmış ($\chi^2=8.61$, $p<0.05$) ve görgülü'nün bulgularına paralellik göstermiştir (22,41).

Ameliyat öncesi dönemden başlayarak ameliyat sonrası dönemde kapsayan beslenme durumunun, hastanın iyileşmesini ve yara yerinin kapanmasını etkileyen en önemli faktörlerden biri olduğu açıktır. Radin ve arkadaşlarının yaptıkları bir araştırmada hipo-proteinemik hastalarda yara açılmasının sıklıkla meydana geldiği, ayrıca bu kişilerde hemorojik şoka duyarlılığın arttığı bildirilmiştir. Araştırmamızda, ameliyat sonrası nasogastrik sonda yoluyla beslenme konusunda sorulan sorulara hemşirelerin %87'si doğru cevap vermiş ve sonuç hemşireler açısından sevindirici olarak nitelendirilmiştir (4,5,41).

Ameliyat sonrası dönemde nasogastrik beslenme ile oluşabilecek komplikasyonları önleme ve beslenmenin önemini bilmeleri, hemşirelerin hastaların beslenmelerine verdikleri önemi vurgulama açısından memnunluk vericidir.

Saydanlı'nın yaptığı araştırmada da hemşirelerin %82 gibi büyük çoğunluğunun hastaların yemek yemeleri konusunda duyarlı oldukları saptanmıştır (41).

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %5.7 (n:4) gibi çok küçük bir grubun hizmet içi eğitim programına katılmaları nedeniyle hizmet içi eğitime katılma durumunun ortalamaları etkilemediği saptanmıştır. Kulak Burun Boğaz Kliniklerinde çalışan hemşirelerin spesifik eğitim programlarının planlanması ve işlerlik kazandırılmasının bilgi düzeyini yükselteceği kanısındayız.

Yine kurumda isteyerek görev alan hemşirelerin bilgi puan ortalamaları $\bar{x}=61.8$ olup kurum tarafından görevlendirilenlerin bilgi puan ortalamalarından $\bar{x}=57.7$ daha yüksektir. Burada da görüldüğü gibi başarılı olmayı etkileyen önemli faktörlerden birinin de istekli olmak durumu olduğu açıktır.

Saydanlı yaptığı araştırmasında, hemşirelerin %26'sının çalıştıkları servisten memnun olmadıklarını, görevinden memnun olan hemşirelerin fiziksel bakım aktivitelerini yerine getirmede duyarlı oldukları bildirilmiştir (41).

Hemşirelerin, %27'sinin mevcut bilgilerini hekimlerden, %30'unun hemşirelerden ve %13'ü kitap ve dergilerden edindikleri saptanmıştır. Stros ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada hemşirelerin %40.5'inin mevcut bilgisini hekimlerden edindiklerini belirtmektedir (Tablo-9).

Larenjektomili hastaların tüm gereksinimlerinin yeterli ve etkin bir biçimde karşılanmasında ve en kısa sürede normal yaşamlarına geri dönmelerinde hemşirelik bakımının ne denli önemli olduğu açıktır.

Araştırma sonuçlarının hastalarımızın sağlıklarını yeniden elde etmelerinde hemşirelerimizin uygulayacakları hasta bakım aktivitelerine olumlu katkıları sağlayacağı ve hasta bakımına yansıtacağı ümidindeyiz.

S O N U Ç v e Ö N E R İ L E R

Bu çalışma, hemşirelerin larenjektomi ameliyatı geçiren hastaların ameliyat sonrası bakımına ilişkin bilgi düzeylerini ve bu bilgilerini etkileyebilecek etkenleri araştırmak amacı ile yapılmıştır. Çalışma, İstanbul Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastaneleri, Devlet Hastaneleri ve Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanelerinde görev alan Hemşirelik Yüksekokulu mezunu ve Sağlık Meslek Lisesi mezunu 70 hemşire üzerinde yapılmıştır.

Araştırma kapsamına giren hemşirelerin larenjektomi konusuna ilişkin bilgi puan ortalaması $\bar{x}=59$ olup, bilgilerin orta düzeyde olduğu görülmeye karşın, larenjektomi olan hastaların ameliyat sonrası bakımına ilişkin bilgi puan ortalaması $\bar{x}=54.6$ olup tıbbi soru grubundan elde edilen bilgi puan ortalamalarından daha düşük düzeyde olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin eğitim düzeyinin yüksek oluşu ve deneyim yılının artması, bilgi puan ortalamasını olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir.

Sorumluluk almanın, eğitim faaliyetlerinin yoğun olduğu Üniversite ortamında çalışmanın hemşirelerin bilgi düzeylerine olumlu bir katkıda bulunmadığı söylenebilir.

Bakım verdikleri hastaların spesifik gereksinimlerine yönelik olmayan türde hizmet içi eğitim programlarına katılmış olmanın ve düzenli bir sürekli eğitim programının içinde

yer alan oryantasyon programından geçmemiş olmalarının bilgi puan ortalamalarını olumlu yönde değiştirmedeği kanısındayız.

Araştırmada elde edilen bulgular değerlendirildiğinde, hemşirelerin larenjektomi olan hastalara ameliyat sonrası bakımına ilişkin bilgi düzeylerinin yükseltilebilmesi için;

- Kulak Burun Boğaz servislerinde yeni görevlendirilen hemşireler için en az iki haftayı kapsayan oryantasyon programlarının düzenlenmesi,

- Hemşirelerin çalışma alanındaki bilgi dinamiğini sağlamak ve devam ettirmek için sürekli eğitim programlarının hazırlanması ve işlerlik kazandırılması, değerlendirilmesi,

- Servis sorumlularının, bilgili, deneyim sahibi ve diğer meslektaşlarına rehberlik edebilecek nitelikteki hemşirelerden seçilmesi,

- Hemşirelik Yüksekokulu mezunlarının temel hemşirelik bakımını özendirici formasyonda, Kulak Burun Boğaz kliniklerinde daha fazla sayıda yer almalarının sağlanması,

- Hemşireler tarafından seminer, konferans ve kongrelerin sık olarak düzenlenmesi,

- Kulak Burun Boğaz bilgisini geliştirebilecek hemşireliğe yönelik Türkçe ve yabancı, sürekli kaynakların bulunması,

- Hemşirelerin öğrencilik dönemlerinden başlayarak, daha çok mesleki yayın izlemeye yöneltmelerinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

Ö Z E T

Bu araştırma İ.Ü. Araştırma ve Uygulama hastaneleri, Devlet hastaneleri ve Sosyal Sigortalar Kurumu hastaneleri Kulak-Burun-Boğaz kliniklerinde çalışmakta olan Sağlık Meslek Lisesi, Hemşirelik Yüksek Okulu mezunu 70 hemşirenin larenjektomi ameliyatı olan hastaların ameliyat sonrası bakımına ilişkin bilgi düzeylerini araştırmak amacıyla yapılmıştır.

Hemşirelerin tıbbi bilgilerini ve larenjektomili hastanın hemşirelik bakımına ilişkin bilgilerini belirlemek amacı ile anket formu kullanılmıştır.

Sonuç olarak, hemşirelerin eğitim düzeyi, deneyim süresi, istekli olma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve hemşirelerin larenjektomili hastalara bakım ile ilgili bilgilerinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır.

S U M M A R Y

This study has been performed to investigate the states of knowledge of to nurses in postoperative care patients who underwent laryngectomy. All nurses were graduates of High School and School of Nursery and were working in Ear-Nose-Throat clinics of State hospitals, Hospital of Social Security Institution and Medical School Hospitals of University Istanbul.

An inquiry form has been used to determine the medical knowledge of nurses and the opinions of laryngectomised patients about the nursery care.

In conclusion, the educational level, duration of experience and the enthusiasm of nurses have been found statistically significant. Their knowledge in laryngectomised patient care was fair.

K A Y N A K L A R

1. Akbal, Y.: Akut myokard infarktöslü hastalara bakım veren hemşirelerin bu hastaların bakım konusunda bilgi düzeyleri, İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu, İstanbul, 1985 (Bilim Uzmanlığı Tezi).
2. Aksoy, G.: Ameliyat öncesi ve sonrası hasta bakımında psikososyal etkenlerin rolü ve hemşirelik hizmetlerinin yeri, İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu, İstanbul, 1982 (Doktora Tezi).
3. Aksoy, G.: Cerrahi hemşireliğinde sürekli eğitim, I.U. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu, Hemşirelik Bülteni, 2:7, 1986.
4. Aksoy, G.: Cerrahi Hemşireliği, I.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu, Cerrahi Hemşireliği Ders Notları, İstanbul, 1987.
5. Aksoy, G., Akyolcu, N.: Total parenteral beslenme, Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu, Hemşirelik Bülteni, 2:6, 1986.
6. Aybers, O.: Kulak Burun Boğaz, Pratik Tanı ve Tedavi, Gaye Matb., Ankara, 1983.
7. Ballenger, J. J., M.S., M.D.: Disease of The Nose Throat, Ear, Head and Neck, LeeFebiger, 13 Th Edition, Philadelphia, 1985.
8. Barclay, V.: Kanser Hemşireliğinde Temel Kavramlar, Çev. Edit.: N.Platin, Uluslararası Kanser Savaş Birliği, I.bs., Yenışehir, Ankara, 1987.
9. Broadwell, L., Milutinovic, B.: Medical Surgical Nursing Procedures, Van Nostrand Reinhold Company, New York, 1977.

10. Brunner, L.S., Suddath, D.S.: Textbook of Medical Surgical Nursing, J.B.Lippincott Company, Philadelphia, 3rd ed., 1975.
11. Cem, K.: Hemşire hasta ilişkileri, Türk Hemşireler Dergisi, 37:3, 1987.
12. Cingi, E.: Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, Diyarbakır Üniversitesi Tıp Fak. Yayınları, Ayyıldız Matb. Aş., Ankara, 1977.
13. Coşkun, A.: Hemşirelerin üretral kateterizasyona ilişkin bilgi düzeyleri ve uygulama biçimlerinin saptanması, Uluslararası Akdeniz Cerrahi Kongresi, İstanbul, 1987.
14. Cristopher, D.: Temel Cerrahi, çev.Edi.: A.Kazancıgil, Güven Kitabevi, Ankara, 1979.
15. Erdal, E.: Nasogastrik tüp uygulaması. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, Türk Hemşireler Dergisi, 35:1, 1985.
16. Eren, Z.: İnsan Anatomisi. Sermet Matb., İstanbul, 1971.
17. Eser, G.: Torakotomi ve göbek altı-üstü laparotomi ameliyatı geçiren hastalarda preoperatif dönemde yapılan solunum eğitimi ve egzersizlerinin, erken dönemde çıkabilecek solunum komplikasyonlarına etkisine ilişkin karşılaştırmalı bir çalışma. İ.ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu, İstanbul, 1988 (Bilim uzmanlığı Tezi).
18. Ferguson, K.L., Sholtis, A.L.: Surgical Nursing, J.B., Lippincott Company, Philadelphia, Montreal, 1959.
19. Fıstıkçıoğlu, A.: Kansersiz hastalara bakım veren hemşirelerin kanser ağrısı hakkındaki bilgilerinin araştırılması. İ.U.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu, İstanbul, 1985 (Bilim Uzmanlığı Tezi).
20. Fuerst, E.V., Wolff, L.V., Weitzel, M.H.: Hemşireliğin Temel İlkeleri. Çev.: R.Avery, S.Bezmez, M.Yaylalı, Redhouse Yayınevi, İstanbul, 1979.

21. Gökçel, A.: Larenks kanserlerinin yayılmasında klinik ve histopatolojik bulguların karşılaştırılması. İ.U.Cerrahpaşa Tıp Fak., İstanbul, 1985 (Uzmanlık Tezi).
22. Görgülü, R.S.: Hemşirelerin antibiotiklere ilişkin bilgi düzeyinin saptanması, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, Ankara, 1983.
23. Gruedmann, B.J., Mcker, H.M.: Alexander's care of The Patient in Surgery. The Mosby Company, Eigt edition, Washington, 1987.
24. Guyton, C.A.: Fizyoloji. Çev.: A.Kazancıgil, Güven Kitabevi, Ankara, 1978.
25. Halef, E.: Larenks kanserlerinde çeşitli etyolojik faktörler. I.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fak., İstanbul, 1977 (Uzmanlık Tezi).
26. Hall, D.C.: Hemşirenin görevi ve sorumlulukları, İstanbul Tıp Kurultayı ve Hemşirelik Eğitimi Simpozyumu, İstanbul, 1977.
27. Henderson, V.: ICN Hemşirelik bakımı temel prensipleri, primer sağlık bakım kavramının-hemşirelik müfredat ders programındaki yeri simpozyumu, Ankara, 1983.
28. Holing, C.K., Leininger, M.M.: Hemşirelikte Ana Psikiatrik Kavramlar. Çev.: A.Kumral Redhouse Yayınevi, İstanbul, 1981.
29. Kanan, N., Akyolcu, N., Aksoy, G.: Cerrahi kliniklerinde yatan hastaların hemşirelik işlevleri konusunda bilgi ve gözlemlerinin değerlendirilmesi.I.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu, İstanbul, 1985.
30. Kanan, N.: Preoperatif eğitimin postoperatif ağrı algılamasına olan etkisi. İ.Ü.Tıp Fak., İstanbul, 1987 (Doktora Tezi).
31. Karatay, S.: Kulak Burun Boğaz Hastalıkları. İ.Ü.Tıp Fak. Klinik Ders Kitapları, Çeltit Matb.Koll.Şti., 2.bs. İstanbul, 1974.

32. King, E.M., Wieck, L., Dyer, M.: Hemşirelik Teknikleri El Kitabı. Çev.: N.Sabuncu, K.Babadağ, G.Tandal, Redhouse Yayınevi, İstanbul, 1981.
33. Louis, S.T., Moseley, F.H.: Textbook of Surgery. The C.V., Mosby Company, 1959.
34. Luckmann, J., Sorenson, K.C.: Medical Surgical Nursing a Pshchophysiologic Approach. W.B.Saunders Company, Philadelphia, 1980.
35. Maloney, W.H.: Otolaryngoloji Nursing care. Howper Row, New York, 1973.
36. Milderd, A., Mason, R.N.: Basic Medical Surgical Nursing, 4th Edi., Macmillan Publishing Co., Inc., New York, Collier Macmillian Publishing London, 1978.
37. Oktay, S., Yazar, J.: I.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Mezunlarının sorunları, beklentileri ve önerilerine ilişkin bir çalışma. Hemşirelik Bülteni, 2:17, 1982.
38. Özcan, A.: Hemşire hasta ilişkisi. Türk Hemşireler Dergisi, Mars Matb., 37:3, 1987.
39. Phips, W.J., Long, B.C.: Shafer's Medical Surgical Nursing. The C.V.Mosby Company, St.Louis, 1980.
40. Rogers, j., Stell, P.M. Siegler, J., Preacy, R.: Ear, Nose and Thoroat Surgery and Nursing, First Published, 1977.
41. Saydanlı, Ş.: Cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerin uyguladıkları fiziksel bakımın belirlenmesine ilişkin bir çalışma. İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu, İstanbul, 1988 (Bilim uzmanlığı Tezi).
42. Shafer, N.C., Sawyer, R.R., Macluskey, M.A., Beck, L.E.: Tıbbi ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Çev.: E.Kum, Copyright (c) 1964 By The C.V., Mosby Company, Meteksan Ltd. Şti. 2. bs., Ankara, 1987.
43. Sümbüloğlu, K.: İstatistik. Çağ Matbaası, Ankara, 1978.

44. Şanlı, T.: Hemşire hasta ilişkileri, istanbul Tıp Kurultayı ve Hemşirelik Simpozyumu, İstanbul, 1977.
45. Şenocak, A.: Otolarengoloji Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Ders Kitabı, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak., Yayınları, İstanbul, 1979.
46. Şenocak, F.: Kulak Burun Boğazda Semptom ve Sendromlar, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak. Yayınları, İstanbul, 1983.
47. Şentürk, S., Yazar, j. ve Arkadaşları: İ.U. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek okulu öğrencilerinin sosyo ekonomik özellikleri, sorunları ve mesleki beklentilerinin araştırılması, Hemşirelik Bülteni, 3:1, 1983.
48. Velicangil, S.: İstatistik Metodları, Sermet Matb., İstanbul, 1975.
49. Velioglu, P.: Hemşirelik Üstüne Düşünceler, Latin Matb., İstanbul, 1977.
50. Velioglu, P.: Hemşirelikte Bilimselleşmeye Doğru, Bozok Matb., İstanbul, 1977.
51. Yıldırım, A.: Yataklı tedavi kurumlarında çalışan hemşirelerin hizmetlerinde yer alması gereken hemşirelik işlevleri hakkında bilgi düzeylerinin araştırılması. İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu, İstanbul-1988 (Bilim Uzmanlığı Tezi).
52. —————: Baş ve Boyun Kanseri I.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak. Yayınları, Hilal Matb., Koll.Şti., İstanbul, 1979.

Değerli Meslektaşlarım,

Bu çalışma, hemşirenin Larenjektomili hasta bakımına ilişkin bilgi düzeyini saptamak amacı ile düzenlenmiştir. Her sorunun bir cevabı bulunmaktadır.

İlgilerinize teşekkür ederim.

Kod No:

1. Yaşınız:

- 18-25
 26-35
 36-45
 45'ten büyük

2. Medeni durumunuz:

- Evli
 Bekar
 Dul

3. Evli iseniz çocuk sayınız:

- Yok
 1
 2
 3 ve daha çok

4. Eğitim Düzeyiniz:

- Sağlık Lisesi
 Hemşirelik Yüksek Okulu
 Yüksek Lisans

5. Çalıştığınız Kurum:

- Üniversite Hastanesi
 Devlet Hastanesi
 SSK

6. Görevinizin niteliği:

- Sorumlu hemşire
 Yatakbaşı hemşiresi

7. KBB Kliniğinde kaç yıldır çalışmaktasınız?

- 1-5 yıl
 6-10 yıl
 11-15 yıl
 16,20 yıl
 21-30 yıl

8. KBB Kliniğinde çalışma kararını isteyerek mi verdiniz?
 () Evet
 () Hayır
9. Mezuniyet sonrası KBB ile ilgili herhangi bir kursa katıldınız m.
 () Evet
 () Hayır
10. Çalıştığınız alan ile ilgili bilgi ediniyormusunuz?
 () Evet
 () Hayır
11. 10. soruya cevabınız evet ise, çalıştığınız alan ile ilgili bilgileri hangi kaynaklardan ediniyorsunuz?
 () Kitap
 () Dergi, broşür
 () Hemşire arkadaşlardan
 () Hekim arkadaşlardan
12. Larenksin bulunduğu bölge aşağıdakilerden hangisidir?
 () Bronşlar ile Farenks arasındadır
 () Tracea ile Broşnlar arasındadır
 () Tracea ile Farenks arasındadır
 () Özefagus ile Farenks arasındadır
13. Larenks kanserlerinin etyolojisinde aşağıdakilerden hangisi rol oynamaz?
 () Sigara
 () Şişmanlık
 () Alkol
 () Devamlı iritasyonlar
14. Larenks kanserlerinin yaşlara göre sıklığı aşağıdakilerden hangisidir?
 () 20-30 yaş arası
 () 30-40 yaş arası
 () 40-50 yaş arası
 () 40-60 yaş arası
15. Larenks kanserlerinin cinsiyete göre sıklığı aşağıdakilerden hangisidir?
 () Kadınlarda
 () Erkeklerde
 () Cinsiyet önemli değil

16. Larenksin en önemli işlevi aşağıdakilerden hangisidir?
 () Ses dalgalarını oluşturmak
 () Yutma refleksini oluşturmak
 () Solunum yolunu açık tutmak
 () Sfinkter olmak
17. Larenks kanserlerinde ilk bulgu aşağıdakilerden hangisidir?
 () Dispne
 () Disfaji
 () Sürekli ses kısıklığı
 () Boğazda ağrı
18. Larenjektomi endikasyonu aşağıdakilerden hangisidir?
 () Akciğer kanserleri
 () Larenks kanserleri
 () Özofagus kanserleri
 () Mide kanserleri
19. Preoperatif dönemde hastanın hangi elini kullandığını öğrendiniz mi?
 () Evet
 () Hayır
20. 19. soruya cevabınız evet ise, öğrenme amacınız nedir?
 () Kullandığı eline serum takmayarak rahat yemek yemesini sağlamak.
 () Kullandığı eline serum takmayarak yazarak iletişim kurmasını sağlamak.
 () Kullandığı eline serum takmayarak öksürürken dikiş yerlerine o elle rahat bası yapmasını sağlamak.
 () Hepsi
21. Hastaya Pre ve Post-Operatif dönemde ağız bakımı vermek gerekiyormu?
 () Evet
 () Hayır
22. 21. soruya cevabınız evet ise verme amacınız aşağıdakilerden hangisi değildir?
 () Enfeksiyonu önlemek
 () Ağız kokusunu önlemek
 () ağızdaki sekresyonu arttırmak
 () İyileşmeyi sağlamak

23. Larenjektomili hastaların pozisyonu önemlidir?
 () Evet
 () Hayır
24. 23. soruya cevabınız evet ise, aşağıdaki pozisyonlardan hangisi doğrudur?
 () Fowler pozisyonu
 () Baş extansiyon yarı fowler
 () Baş hafif bükülmüş yarı fowler
 () Horizontal pozisyon
25. Larenjektomili hastalarda aspirasyon süresi ne kadar olmalıdır?
 () 15 sn aspire edilir 3 dak. bekletilir
 () Sık sık uzun süre aspire edilir
 () 5 dak. aspire edilir
 () 3 dak. aspire edilir 15 sn. bekletilir
26. Larenjektomili hastalar hangi durumlarda aspire edilir?
 () Yavaş nabız, yüksek tansiyon
 () Gürültülü hızlı solunum, hızlı nabız
 () Yüksek tansiyon, hızlı nabız
 () Yavaş solunum, düşük tansiyon
27. Larenjektomili hastaların aspirasyonu esnasında, kateteri içeri sokarken hemşire aşağıdakilerden hangisine dikkat etmelidir?
 () Kateteri aşağı yukarı hareket ettirmeli
 () Hastanın burnunu kapatmalı
 () Aspiratörü kapatmalı
 () Kateteri döndürmeli
28. Aspirasyondan önce kateterin ucunu serum fizyolojikle ıslatmanın amacı aşağıdakilerden hangisidir?
 () Sürtünmeyi azaltmak
 () Enfeksiyonu önlemek
 () Solunumu kolaylaştırmak
 () Hepsi
29. Hemşire, hastayı hangi pozisyonlarda aspire etmelidir?
 () Pozisyon önemli değildir
 () Hastanın başı sağa sola çevrilir
 () Hastanın başı sağa çevrilir
 () Horizontal pozisyon

30. Hemşire aspirasyon esnasında hastada gözlemesi gereken aşağıdaki doğru maddeyi işaretleyiniz?
- () Sekresyonun rengi, miktarı
 - () Sekresyonun kokusu
 - () Larenjektomi etrafında cildin durumu
 - () Hepsi
31. Larenjektomili hastalarda kanül temizliği yöntemlerinden aşağıdaki doğru olanı işaretleyiniz.
- () Kirlendikçe serum fizyolojikle yıkanmalı
 - () Her 8 saatte bir kanül hidrojen peroksitle ve fırçayla yıkanmalı durulanmalı
 - () Her 24 saatte bir kanül hidrojen peroksitle ve fırçayla yıkanmalı durulanmalı
 - () Kirlendikçe kanül hidrojen peroksitle ve fırçayla yıkanmalı durulanmalı
32. Hasta odasını nemlendiriyormusunuz?
- () Evet
 - () Hayır
33. 32. soruya cevabınız evet ise, hangi amaç ve yöntemle nemlendiriyorsunuz?
- () Enfeksiyonu önlemek amacı ile kapı, cam açılarak hava nemlendirilir.
 - () Kolay nefes almasını sağlamak için, bir tas su ocak üzerine konularak hava nemlendirilir.
 - () Enfeksiyonu önlemek amacı ile nebulizatör ile odanın havası nemlendirilir.
 - () Kolay nefes almasını sağlamak için kapı, cam açılarak hava nemlendirilir.
34. Nemlendirilmiş bir gaz kareyi larenjektomi tüpü üzerine örtmedeki amaç aşağıdakilerden hangisidir?
- () Solunumu kolaylaştırır
 - () Konuşmaya yardımcı olur
 - () Filtre görevini yapar
 - () Hepsi

35. Larenjektomili hastaları gavajla beslemenin amacı aşağıdakilerden hangisidir?
- () Sıvı kaybı olduğundan
() Solunum güçleştiğinden
() ödem ve yutma işlevi bozukluğundan
() İştahsız olduğundan
36. Hastayı gavajla beslemeden önce hemşire aşağıdakilerden hangisine dikkat etmelidir?
- () Hazırlanan formül oda ısısında olmalıdır
() Yatağın baş ucu yükseltilmelidir
() Tüpün doğru pozisyonda olduğu kontrol edilir
() Hepsi
37. Gavajla hastayı beslerken aşağıdakilerden hangisini uygularsınız?
- () Besinler enjektörle hızla verilir
() Hasta sırtüstü pozisyonda olmalıdır
() Besinlerin yerçekimiyle akması sağlanır
() Besinler enjektörle çok yavaş verilir
38. Larenjektomili hastalarda post-operatif dönemde hemşire, hasta aşağıdakilerden hangisine dikkat etmelidir?
- () Yaşamsal bulgular
() Ödem
() Drenaj
() Hepsi
39. Gavajla hastayı besledikten sonra aşağıdakilerden hangisini uygulamalıdır?
- () Besledikten sonra bir miktar hava verilir
() Besledikten sonra tüp hemen klempe edilir
() Besledikten sonra bol miktarda su verilir
() Hepsi.
40. Larenjektomiden sonra hastada hangi fonksiyon bozukluğu görülmez?
- () Normal sesin kaybı
() Koku hissi kaybı
() Efor sarfı çok zordur
() Tad hissi kaybı

41. Larenjektomiden sonr en sık görülen komplikasyon hangisidir?

- Serebral komplikasyonlar
- Akciğer komplikasyonu
- Üriner komplikasyonlar
- Venöz komplikasyonlar



Ö Z G E Ç M İ Ş

1964 yılında İstanbul'da doğan ayfer KAMBER, ilk, orta ve lise öğrenimini İstanbul'da tamamladı. 1986 yılında Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulundan mezun olduktan sonra İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Araştırma ve Uygulama Hastanesi Cerrahi Anabilim Dalında servis hemşiresi olarak görev yaptı.

Halen Üroloji Anabilim dalında Başhemşire olarak çalışmaktadır. Türk Hemşireler Derneği üyesidir.

Bekar olup İngilizce bilmektedir.

**T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ**